

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR  
EVE PINSONNAULT

ÉTUDE PHÉNOMÉNOLOGIQUE SUR L'EXPÉRIENCE DE LA VIOLENCE  
HORIZONTALE CHEZ LES NOUVELLES INFIRMIÈRES DIPLÔMÉES

MARS 2018

## Sommaire

La violence horizontale affecte plusieurs infirmières et celles nouvellement diplômées en sont particulièrement victimes et plus à risque de souffrir de stress post-traumatique. Cette étude phénoménologique herméneutique a permis de décrire et de comprendre la signification de l'expérience de violence horizontale à partir du vécu des nouvelles infirmières diplômées. Ainsi des entrevues individuelles semi-structurées ont été réalisées auprès de onze nouvelles infirmières diplômées victimes de violence horizontale. Cette étude expose la difficulté qu'éprouvent les nouvelles infirmières diplômées à définir la violence horizontale, puisque souvent associée à un haut niveau de stress émotionnel. L'analyse des verbatims a permis d'identifier trois types de violence horizontale (directe, indirecte et invisible), de distinguer quatre types d'acteurs (l'agresseur, la victime, le témoin, le *leader*), de reconnaître trois types de témoins (passif, réactif et proactif) et de discerner deux styles de *leadership* (résonance et dissonance). Cette étude a permis d'émettre plusieurs recommandations afin de contrer la violence horizontale. Le développement de compétences émotionnelles ainsi que sociales des infirmières, et surtout celles des *leaders*, semblerait essentiel afin de changer la culture de la violence horizontale dans le but de la contrer et de la prévenir.

Mots-clés : nouvelle infirmière diplômée, violence horizontale, phénoménologie, intelligence émotionnelle et sociale, syndrome de stress post-traumatique, *leaders*

## Table des matières

Sommaire.....	ii
Liste des tableaux.....	v
Liste des abréviations.....	vi
Dédicace .....	vii
Remerciement.....	ix
Introduction.....	1
Problématique .....	4
La violence horizontale en sciences infirmières.....	6
Les conséquences de la violence horizontale .....	8
Les stratégies pour diminuer la violence horizontale.....	10
La pertinence du projet de recherche pour les sciences infirmières.....	10
Le but, les objectifs et la question de recherche .....	12
Cadre de référence.....	13
La relation de pouvoir-savoir .....	14
Le pouvoir disciplinaire.....	16
Recension des écrits.....	20
Concept de la violence horizontale en sciences infirmières.....	21
Ressentis des victimes de violence horizontale.....	34
Stratégies pour contrer la violence horizontale .....	42
Méthode.....	51
Le devis de recherche.....	52
Le milieu de recherche.....	55
L'échantillonnage .....	55
La collecte des données .....	57
Les considérations éthiques .....	62
Résultats.....	65
La description de l'échantillon .....	67
Les composantes de la violence horizontale .....	67
Le ressenti des victimes .....	81
Stratégies pour réduire ou éliminer la violence horizontale .....	89

Discussion.....	96
La relation de pouvoir-savoir .....	98
La violence horizontale telle que perçue par les participantes.....	100
Les stratégies pour réduire ou éliminer la violence horizontale.....	113
Les recommandations .....	116
Les avantages et les limites de cette étude .....	117
Conclusion .....	120
Références .....	123
Appendices A. Courriel de recrutement .....	148
Appendices B. Affiche de recrutement.....	150
Appendices C. Résumé du projet de recherche .....	152
Appendices D. Questionnaire sociodémographique .....	154
Appendices E. Canevas d'entrevue .....	158
Appendices F. Certificats d'appobation éthique .....	166
Appendices G. Formulaire de consentement.....	175
Appendices H. Liste des ressources.....	180
Appendices I. Schéma des résultats de recherche .....	184

## Liste des tableaux

Tableau 1. L'évolution des termes liés à la violence horizontale.....	22
---	----

## Liste des abréviations

CINAHL	<i>Current Index of Nursing and Allied Health Literature</i>
CSPUQO	Clinique de Services Psychologiques de l'UQO
EPTC2	Énoncé de politique des Trois Conseils: Éthique de la recherche avec des êtres humains
FIQ	Syndicat de la Fédération Interprofessionnelle de la Santé du Québec
LSST	Loi sur la Santé et la Sécurité au Travail
OIIQ	L'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec
PARÉE	Programme d'Aide et de Référence de l'UQO
UQO	l'Université du Québec en Outaouais

## Dédicace

Ce mémoire est dédié avec amour à mes parents, à ma marraine, ma mentore ainsi qu'à toutes les infirmières et infirmiers. Merci à chacun d'entre vous de m'avoir inspirée à réaliser ce mémoire.

Il y a des infirmières, il y a des *leaders* et il y a celles qui nous inspirent par leur compassion. Si ce mémoire vous a inspiré, merci d'inspirer quelqu'un à votre tour.

« Be a Rainbow in Someone Else's Cloud » Soyez un arc-en-ciel, illuminez la journée de quelqu'un.  
Maya Angelo

## Remerciement

En premier lieu, je voudrais sincèrement remercier ma directrice de recherche Isabelle St-Pierre ainsi que ma co-directrice Chantal Verdon pour avoir accepté de m'encadrer et d'avoir cru en mes aptitudes. Je leur voue ma plus profonde gratitude puisqu'elles m'ont permis de me dépasser et de mener à terme ce projet de recherche. J'exprime aussi toute ma reconnaissance aux professeurs qui ont accepté d'être membres du comité éthique et du jury auxquels mon projet a été soumis. Je désire aussi remercier la très regrettée Mme Lorraine Bojanowski. Par sa passion et son immense générosité, Mme Bojanowski m'a encouragée et m'a énormément inspirée pour mon projet de recherche. Je tiens également à remercier et à souligner la bienveillance de Mme Francine Gratton et de Mme Sylvie Dubois qui ont vu mon potentiel en recherche dès le début ma carrière. Je tiens à remercier ma mentore Sylvie Scott, qui a su trouver les mots justes pour m'encourager. Je voudrais saluer une professeure passionnée qui m'inspire depuis de nombreuses années : Mme Colette Langlois. Je tiens à rendre hommage à des enseignants exceptionnels qui m'ont encouragée à prendre ma plume : M. Jean-Pierre Gagnon, Mme Josette Levesque, Mme Morissette Pâques et Mme Lyne Cloutier. Je suis également très reconnaissante envers Mme Chantal Cara et M. Alain Gosselin, qui ont été les premiers à me guider durant mes premières années d'études universitaires. Je voudrais souligner le soutien de deux étudiants qui sont devenus avec le temps de précieux amis, M. Pawel Krol et Mme Geneviève Roch. Je remercie du plus profond de mon cœur ma mère Claire Gaudreau, mon père Roland Pinsonnault, ainsi que mon frère Alex Pinsonnault, qui, par leur amour, m'ont toujours encouragée. Merci beaucoup



Maman et Papa, vous êtes des piliers et une grande motivation dans ma vie. Je vous dois énormément. Merci infiniment à mon conjoint Buda Yasa puisqu'avec toi tout est possible. Je voudrais aussi remercier ma tante Lise Gaudreau pour m'avoir encouragée durant mes études. Un grand merci à ma très regrettée marraine Yvette Viau, la fierté dans ses yeux valait toutes les étoiles du firmament. Plusieurs personnes ont aussi veillé sur moi : Alice Gélineau, Herman Pinsonnault, Sœur Thérèse Pinsonnault, Antoinette Yelle et Guy Gaudreau. Je tiens à remercier des collègues passionnés qui m'ont inspirée durant ma rédaction : Jasmine Viens, Karine Lebourier, Pascal Manny, Mireille Dubois, Michelle Grenon, Mélanie Villeneuve et Émilie Robitaille. Je remercie également mes amis Nadine Lauzon, Stéphanie Doris, Caroline Bleau, Karimé Issa, Roberto Zorfini, Jérôme Palmade, Lucie Jean, Hien Chang, Michel Dagnet Dagenais, Carmen Villeneuve et Icha Setiawan pour leur immense patience ainsi que leur précieuse amitié. C'est un grand honneur et un immense privilège que d'être entourée d'autant d'amour et de personnes aussi exceptionnelles. Finalement, je voudrais adresser ma très grande gratitude envers chacune des onze infirmières qui ont accepté avec tant de générosité de participer à cette recherche. Merci pour votre confiance. Sans vous, ce projet de recherche n'aurait pas eu lieu. Vos histoires m'ont énormément touchée. Merci d'avoir contribué à améliorer la discipline infirmière.

## Introduction

Plusieurs des nouvelles infirmières diplômées qui entrent sur le marché du travail vivent un état de choc lors de leurs premières transitions organisationnelles et socialisations professionnelles (Lalonde & McGillis Hall, 2017; Mellor & Gregoric, 2016). Selon Laschinger et Grau (2012), les environnements de travail négatifs en soins infirmiers contribuent à cet état de choc, ce qui affecte leur taux de rétention des nouvelles infirmières diplômées. Les conditions de travail jugées plutôt hostiles peuvent également favoriser l'émergence de différentes formes de violence dans les milieux de travail (Laschinger & Grau, 2012; Laschinger & Read, 2016; Read & Laschinger, 2013; Schneider, 2016; Smith, Andrusyszyn, & Laschinger, 2010).

La violence horizontale est l'une des différentes formes de violence vécues par les nouvelles infirmières diplômées durant leur transition (Ebrahimi, Hassankhani, Negarandeh, Jeffrey, & Azizi, 2017; Spector, Yang, & Zhou, 2015; Walsh, 2015). Dans le cadre de cette étude, la violence horizontale est définie comme étant un comportement hostile d'une infirmière ou d'un groupe d'infirmières envers une collègue ou envers un groupe d'infirmières. Ainsi les comportements de l'agresseur peuvent se traduire par des attitudes, des actes, des paroles ou des comportements hostiles, agressifs et/ou dangereux (Thobaben, 2007).

Malheureusement, plusieurs infirmières et particulièrement les nouvelles infirmières diplômées victimes de violence horizontale souffrent de stress post-traumatique (Laschinger & Nosko, 2015), ce qui peut influencer leur intention de quitter la profession infirmière (D'Ambra & Andrews, 2014; Laschinger et al., 2016). Dans le contexte actuel, la profession infirmière ne peut se permettre de perdre davantage de membres et particulièrement les nouvelles infirmières diplômées qui représentent la relève (Chachula, Myrick, & Yonge, 2015; Fallatah, Laschinger, & Read, 2017; Fernet, Trépanier, Demers, & Austin, 2017; Huntington et al., 2011; Laschinger, 2012; Lavoie-Tremblay, Fernet, Lavigne, & Austin, 2016; Lavoie-Tremblay, Paquet, Marchionni, & Drevniok, 2011; Silvestre, Ulrich, Johnson, Spector, & Blegen, 2017).

Le présent mémoire est organisé en six chapitres. Le premier chapitre traite de la problématique de la violence horizontale chez les nouvelles infirmières diplômées. Le deuxième chapitre fait état des connaissances à l'aide d'une recension des écrits. Le troisième chapitre présente le cadre de référence de Michel Foucault (1980) qui a guidé l'analyse de la présente étude. Le quatrième chapitre présente la méthodologie utilisée pour guider l'étude. Les résultats de l'étude sont présentés au cinquième chapitre, et complétés par la discussion au sixième chapitre.

Problématique

La violence horizontale entre infirmières est une problématique mondiale (Johnson, Boutain, Tsai, Beaton, & Castro, 2015; Madzhadzi, Akinsola, Mabunda, & Oni, 2017; Vagharseyyedin, 2016). Les conséquences psychologiques chez les victimes relatées dans la littérature sont graves (Berry, Gillespie, Fisher, Gormley, & Haynes, 2016; Giorgi et al., 2016; Laschinger et al., 2016; Wilson, 2016) d'autant plus chez les nouvelles infirmières diplômées, car celles-ci sont peu outillées pour gérer un si haut niveau de stress (Hubbard, 2014; Laschinger & Nosko, 2015; Rush, Adamack, Gordon, & Janke, 2014).

Certaines victimes peuvent souffrir de dépression (Wilson, 2016), d'épuisement professionnel (Allen, Holland, & Reynolds, 2015) ou de stress post-traumatique (Laschinger & Nosko, 2015) ce qui peut mener au suicide dans certains cas (Alderson, Parent-Rochelleau, & Mishara, 2015; Tramutola, 2015; Walker, 2000). La violence horizontale est une situation alarmante ayant des conséquences graves autant pour les victimes, les patients que pour la profession et la discipline infirmière (Ganz et al., 2015; Houck & Colbert, 2017; Laschinger & Nosko, 2015)

Le but de ce chapitre est de présenter sommairement le problème de la violence horizontale en sciences infirmières plus particulièrement auprès des nouvelles infirmières diplômées. Ainsi ce chapitre présente la problématique de la violence horizontale vécue par les nouvelles infirmières diplômées dans l'ordre suivant : 1) la violence horizontale en sciences infirmières, 2) les conséquences de la violence horizontale, 3) les stratégies pour diminuer la violence horizontale, 4) la pertinence du projet de recherche pour les sciences infirmières, 5) le but, les objectifs et la question de recherche.

### **La violence horizontale en sciences infirmières**

Comme mentionner précédemment, la violence horizontale est définie comme étant un comportement hostile d'une infirmière ou d'un groupe d'infirmières envers une collègue ou envers un groupe d'infirmières (Thobaben, 2007). Dans certains milieux de travail infirmier, la violence horizontale fait partie de la culture organisationnelle puisque plusieurs infirmières en sont quotidiennement témoins ou victimes (Giorgi et al., 2016; Kelsey, 2017; Losa, Marta, De Bengoa, & Ricardo, 2012; Mami, 2016; Park, Cho, & Hong, 2015). Le phénomène de la violence horizontale est complexe et implique plusieurs acteurs (Dellasega, 2011; Goleman, 2016; Pheko, Monteiro, & Segopolo, 2017; Rodríguez-Muñoz, Antino, & Sanz-Vergel, 2017; Rouse, Gallagher-Garza, Gebhard, Harrison, & Wallace, 2016; Wilson, 2016).

Malheureusement, le silence et l'inaction des infirmières (victimes ou témoins) ainsi que la part des gestionnaires font en sorte que la violence horizontale se perpétue (Birks et al., 2017; Kelsey, 2017; Wilson, 2016). Selon certains auteurs, ignorer les actes de violence horizontale, même les plus banals tels que critiquer, intimider, blâmer, refuser de prêter assistance, ignorer ou rouler les yeux peut contribuer à la création d'un environnement de travail propice à la prolifération de cas de violence horizontale plus sérieux (Blackstock, Harlos, Macleod, & Hardy, 2015; Ganz et al., 2015; Robinson & Dodd, 2014). Le fait de ne pas reconnaître la violence horizontale pourrait également engendrer une sous-déclaration de celle-ci (Araujo & Sofield, 2011). Plusieurs auteurs soulignent le fait que les infirmières et les gestionnaires en sciences infirmières ont peu de compétences émotionnelles et sociales pour gérer des situations de conflit interpersonnel, ce qui favorise la culture de la violence horizontale (Bennett & Sawatzky, 2013; Hutchinson & Hurley, 2013; Littlejohn, 2012).

La violence horizontale peut toucher toutes les infirmières bien qu'elle affecte particulièrement les nouvelles diplômées puisqu'elles sont plus vulnérables dues entre autres, au fait que la majorité de leurs relations interpersonnelles se font dans un contexte de pouvoir (préceptrices, monitrices, formatrices, gestionnaires, etc.) (King-Jones, 2011; Simons & Mawn, 2010). D'autres auteurs soulignent le fait que les nouvelles infirmières diplômées n'ont pas encore acquis les compétences émotionnelles et sociales nécessaires pour gérer les conflits interpersonnels, ce qui augmente leur



risque de souffrir de problème psychologique après avoir été victime de violence horizontale (dépression, stress post-traumatique, suicide) (Bennett & Sawatzky, 2013; Hutchinson & Hurley, 2013; Laschinger & Nosko, 2015; Littlejohn, 2012).

### **Les conséquences de la violence horizontale**

Les conséquences de la violence horizontale sur le système de santé et les organisations sont importantes (Castronovo, Pullizzi, & Evans, 2016; Giorgi et al., 2016; Houck & Colbert, 2017; Quine, 2001). Elle a entre autres un impact sur le niveau de performance des infirmières, puisque cela affecte autant leur vie professionnelle que personnelle (Dawson, Stasa, Roche, Homer, & Duffield, 2014; Ekici & Beder, 2014; Farrell & Shafiei, 2012). La violence horizontale diminue également la qualité des soins, ce qui peut avoir des conséquences importantes sur la sécurité des patients (Houck & Colbert, 2017; Laschinger, 2014; McNamara, 2012).

La violence horizontale peut également ébranler la satisfaction au travail des infirmières qui en sont victimes ce qui peut avoir des conséquences négatives sur leur taux de rétention (Armmer & Ball, 2015; Fallatah et al., 2017; Munir, Ghafoor, & Rasli, 2016; Olsen, Bjaalid, & Mikkelsen, 2017). Ainsi, pour expliquer le faible taux de rétention des nouvelles infirmières diplômées, de plus en plus de chercheurs s'intéressent au phénomène de la violence horizontale en sciences infirmières (Armmer

& Ball, 2015; Laschinger et al., 2016; Laschinger & Nosko, 2015; Longo et al., 2016; Oh, Uhm, & Yoon, 2016; Purpora & Blegen, 2015; Rice Simpson, 2016; Thompson & George, 2016; Wilson, 2016).

Au Québec, il a été identifié que les environnements de travail négatif avaient un impact néfaste sur le taux de rétention des nouvelles infirmières diplômées (Lavoie-Tremblay et al., 2016; Lavoie-Tremblay, Paquet, & Marchionni, 2011). Des données récentes de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) indiquent que 10 à 35% des nouvelles infirmières au Québec ne renouvellent pas leur permis après leurs cinq premières années de pratique (Marleau & Lapointe, 2016).

Ultimement, la violence horizontale peut engendrer des conséquences psychologiques importantes chez les victimes. Les nouvelles infirmières diplômées victimes de violence horizontale peuvent souffrir d'épuisement professionnel (Laschinger, Grau, Finegan, & Wilk, 2010) et de stress post-traumatique (Laschinger & Nosko, 2015). Une étude récente de Laschinger et Nosko (2015) a clairement démontré que les infirmières et les nouvelles infirmières diplômées victimes de violence horizontale présentaient des syndromes de stress post-traumatique. Étant donnée la gravité des conséquences psychologiques chez les nouvelles infirmières diplômées, plusieurs chercheurs s'intéressent à trouver des stratégies pour diminuer et contrer la

violence horizontale en sciences infirmières (Bennett & Sawatzky, 2013; Berry, Gillespie, Fisher, & Gormley, 2016; Laschinger et al., 2016; Rice Simpson, 2016; Thompson & George, 2016).

### **Les stratégies pour diminuer la violence horizontale**

Au Canada, le Ministère du Travail de l'Ontario (2017) a fait modifier la Loi sur la santé et la sécurité au travail (LSST) pour y faire inclure que la violence et le harcèlement en milieu de travail n'étaient pas tolérés. Au Québec, la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) a publié un document intitulé « Travailler dans la dignité » pour contrer la violence en milieu de travail infirmier (FIQ, 2010). Cependant, malgré la mise en place des politiques de tolérance zéro, de programme de préceptorat, d'atelier de formation et de campagne de sensibilisation, le problème de la violence horizontale persiste en sciences infirmières (Berry et al., 2016; Castronovo et al., 2016; Leong & Crossman, 2016; Miller, 2017; Thompson & George, 2016; Vessey, DiFazio, & Strout, 2017; Villers, 2017; Wilson, 2016).

### **La pertinence du projet de recherche pour les sciences infirmières**

L'exposition du problème de la violence horizontale en sciences infirmières, l'identification des conséquences psychologiques chez les victimes et le manque de stratégies efficaces pour contrer ce phénomène ont permis d'établir la pertinence de ce

projet de recherche. Il apparaît donc essentiel de réaliser une recherche qualitative auprès des nouvelles infirmières diplômées qui en sont victimes afin de mieux décrire et comprendre leur expérience vécue. Outre les études majoritairement quantitatives recensées, il existe très peu d'études qualitatives faites auprès d'infirmières nouvellement diplômées, à l'exception de celle de Simons et Mawn (2010) portant sur ce sujet. Malgré l'importance des données issues des recherches quantitatives, le phénomène de la violence horizontale vécue par les nouvelles infirmières diplômées mériterait d'être étudié selon une méthode de recherche qualitative afin de mieux en décrire et en comprendre le phénomène selon le point de vue des nouvelles infirmières diplômées qui en sont victimes. Une première recension des écrits a permis de constater qu'aucune étude n'a décrit et offert une compréhension du phénomène de la violence horizontale à partir de l'expérience des nouvelles infirmières diplômées au Québec.

De plus, la présente étude est d'autant plus pertinente pour l'avancement des connaissances en sciences infirmières en raison du faible taux de rétention des nouvelles infirmières diplômées au Québec. Le fait de reconnaître récemment dans la littérature que la violence horizontale a de graves conséquences d'ordre psychologique, telles que l'épuisement professionnel et, dans certains cas, le syndrome de stress post-traumatique, justifie la nécessité de poursuivre les recherches sur la violence horizontale afin de mettre en place des stratégies efficaces pour la contrer. Par conséquent, la présente étude

s'avère très importante pour mieux comprendre le phénomène de la violence horizontale chez les nouvelles infirmières diplômées.

### **Le but, les objectifs et la question de recherche**

Le but de la présente étude est de décrire et de comprendre la signification de l'expérience de la violence horizontale à partir du vécu des nouvelles infirmières diplômées. Plus spécifiquement, les objectifs de cette étude sont : 1) Explorer la conception qu'ont les victimes de la violence horizontale; 2) Explorer les ressentis liés à la violence horizontale qu'ont les victimes de ce type de violence à travers la description d'un évènement marquant; 3) Identifier des pistes d'intervention utilisées pour réduire ou éliminer la violence horizontale à partir du point de vue des victimes. Quelle est l'expérience de la violence horizontale, selon la perspective des nouvelles infirmières diplômées qui en ont été victimes ?

Étant donné que le phénomène de la violence horizontale entre infirmières est souvent décrit comme une relation de pouvoir (Egues & Leinung, 2013; Hutchinson & Jackson, 2015; Johnson et al., 2015), le cadre philosophique de Michel Foucault (1980) sur la relation de pouvoir-savoir sera utilisé pour mieux comprendre le phénomène de la violence horizontale entre les infirmières d'expérience et les nouvelles infirmières diplômées.

Cadre de référence

Il est difficile de comprendre le phénomène de la violence horizontale entre infirmières puisque les termes utilisés ainsi que les définitions employées ont beaucoup évolué au fil du temps. Depuis le début des années 1980, la majorité des chercheurs ont utilisé le cadre théorique de l'oppression de Roberts (1983) pour expliquer ce phénomène en sciences infirmières. Dans le cadre de cette étude, la recension des écrits a permis de constater que cette théorie tend à être de moins en moins utilisée pour expliquer le phénomène de la violence horizontale entre infirmières. Étant donné que la violence horizontale est souvent décrite comme une relation de pouvoir entre l'agresseur et la victime, le cadre philosophique de Michel Foucault (1980) sur la relation de pouvoir a semblé être le cadre philosophique le plus approprié pour comprendre le phénomène de la violence horizontale entre infirmières au moment de l'étude. Ainsi, les travaux du philosophe Michel Foucault (1980) portant sur la relation pouvoir-savoir et le pouvoir disciplinaire, serviront de cadre théorique pour cette étude afin de décrire et comprendre le phénomène de la violence horizontal vécu par les participantes.

### **La relation de pouvoir-savoir**

Une grande partie de l'œuvre philosophique de Foucault (1980) s'est concentrée sur la relation entre le pouvoir et le savoir. Essentiellement, selon Foucault (1980) le savoir est le pouvoir et le pouvoir est le savoir. On comprend alors que le pouvoir ne

peut exister sans le savoir, et vice versa. Ainsi, pour exercer un pouvoir, il est essentiel de posséder un savoir et le fait de posséder un savoir procure un pouvoir. Les deux concepts sont tellement interdépendants qu'ils deviennent un unique concept : le « pouvoir-savoir » (Foucault, 1980).

À ce propos, le pouvoir est abstrait, il s'agit d'un ensemble de stratégies silencieuses et invisibles, ainsi que de rapports difficiles à identifier (Ottaviani & Boinot, 2008). Le pouvoir et le savoir sont étroitement liés puisque le pouvoir ne peut devenir visible et identifiable que s'il se trouve intégré dans le savoir (Ottaviani & Boinot, 2008). Selon Foucault (1994), le pouvoir n'est pas une instance d'interdiction, mais une instance de production.

À première vue, le pouvoir semble être hiérarchique, mais en réalité, il est partout (Foucault, 1976). Foucault ne considère pas le pouvoir comme étant une entité cohérente, unitaire ou stable (Revel, 2009). Selon lui, le pouvoir est complexe et implique des effets multiples. À travers ses recherches, Foucault remarque que le pouvoir s'exerce par les uns et les autres et que celui-ci, n'étant jamais cristallisé sur un rôle, peut être pratiqué en alternance ou simultanément (Revel, 2009). Dans le même ordre d'idée, on ne peut acquérir ou conserver le pouvoir puisque celui-ci est sans cesse en mouvement, en changement, et qu'il s'articule selon les nouveaux rapports de pouvoir (Ottaviani & Boinot, 2008). Dans cette perspective, Foucault (1980) explique



clairement que le pouvoir peut se voir opposer une résistance, puisque dès qu'il existe une relation de pouvoir-savoir, il existe une possibilité de résistance. Le sens du pouvoir ne pourrait se limiter à un simple rapport de domination, ce qui permet à Foucault de conclure que le pouvoir n'est pas le mal (Foucault, 1974). Par conséquent, il y a autant de pouvoirs que de résistances possibles qui peuvent se nouer face à un pouvoir dominant (Ottaviani & Boinot, 2008).

### **Le pouvoir disciplinaire**

Le pouvoir disciplinaire est insidieux et partout; il contrôle tout le monde même ceux qui l'exercent (Foucault, 1975). Il est en fait un pouvoir silencieux et dominateur qui a pour principale fonction de « dresser » les individus afin qu'ils soient productifs et obéissants (Foucault, 1975). Les disciplines ne sont pas destinées à sanctionner les comportements déviants, mais à inciter les individus à les rejeter par l'organisation des pratiques sociales (Ottaviani & Boinot, 2008). Il s'agit de techniques qui opèrent en amont afin de réduire l'apparition de la faute. Son but est de transformer l'ensemble des individus en « corps dociles », c'est-à-dire en individus qui peuvent être soumis, utilisés, transformés et perfectionnés (Ottaviani & Boinot, 2008). Le discours dominant et les normes qui s'y rattachent, forment et informent les comportements et les pratiques dites acceptables. Le « pouvoir disciplinaire » s'exerce à partir de mécanismes fins. Il utilise des instruments simples tels que : 1) le regard hiérarchique, 2) la sanction normalisatrice et 3) l'examen (Foucault, 1975).

### **Le regard hiérarchique**

Le regard hiérarchique est invisible et fait référence au fait de se sentir constamment observé. L'architecture et l'urbanisme réalisés selon les plans d'un panoptique permettent la surveillance exacte et l'observation constante des individus (Foucault, 1975). Le panoptique, design d'une prison modèle en forme d'anneau au milieu duquel il y a une cour munie d'une tour au centre (Foucault, 1975). Dans ce type de prison, les prisonniers ne savent jamais s'ils sont observés par le garde (Ottaviani & Boinot, 2008). Chacun agit alors comme s'il était observé et en conséquence, en viendra à s'autocontrôler par crainte des représailles si son comportement dérogeait de la norme (Foucault, 1975). Le modèle du panoptique a été initialement conçu pour les prisons, mais cette structure d'observation se retrouve également dans d'autres milieux (écoles, usines, asiles, hôpitaux, etc.) (Ottaviani & Boinot, 2008). Bien que ses effets soient réels, la crainte que cette surveillance potentielle inspire n'en est pas moins virtuelle. Le panoptique agit donc sur l'esprit (Ottaviani & Boinot, 2008) et maintient en permanence chez les individus la crainte et le stress d'être vu et puni (Foucault, 1975). Parallèlement, le panoptique est caractérisé par l'isolement et la répression des individus (Revel, 2009).

### **La sanction normalisatrice**

La sanction normalisatrice représente la punition infligée lorsque la norme établie n'est pas respectée. La sanction normalisatrice est basée sur la non-observance des règles centrales au système disciplinaire, ce qui implique la mise en place et le

respect de doctrines indiquant la norme à laquelle les individus doivent se soumettre (Foucault, 1975). Ainsi, chaque individu sera décrit, jugé, mesuré et comparé aux autres, afin de s'assurer qu'il répond au critère établi de normalité par ce micro-système pénal (Foucault, 1975). La sanction normalisatrice fait partie d'un système de gratification ou sanction, qui est en fait une micro-économie de privilèges et de punitions (Foucault, 1975). La punition qui sert à normaliser les individus, exercée de manière subtile, va du châtement physique, à la privatisation ou à l'humiliation (Foucault, 1975). Le « pouvoir » de normalisation favorise l'homogénéité d'un groupe et brime l'individualisme puisqu'il mesure les écarts entre les individus (Foucault, 1975).

### **L'examen**

L'examen est visible et fait partie intégrante de la culture du milieu. L'utilisation de l'examen permet de mesurer et de comparer les individus à la norme établie. L'examen est généralement hautement ritualisé puisqu'il correspond à la cérémonie du « pouvoir » et à l'établissement de la vérité (Foucault, 1975). En général, le « pouvoir » est manifeste et visible, contrairement au « regard hiérarchique » qui est invisible malgré la visibilité constante qu'il impose à ceux qui y sont soumis (Foucault, 1975). L'examen représente la cérémonie de cette objectivation des individus (Foucault, 1975). Par un système de bureaucratie, chaque individu est documenté et enregistré, ce qui permet de le retrouver et de le localiser facilement (Foucault, 1975). Cela signifie que chaque individu peut être également décrit, analysé et localisé, les observations sont notées

quotidiennement représentant un procédé disciplinaire. L'examen permet de comparer les données, de classer les individus, d'établir des moyennes et d'établir une norme collective (Ottaviani & Boinot, 2008).

En appliquant la philosophie de Foucault (1980) aux sciences infirmières, il est important de comprendre ses réflexions sur la méthode scientifique traditionnelle. La pensée poststructuraliste encourage à regarder au-delà des savoirs actuels (Dzurec, 1999). Les chercheurs en sciences infirmières utilisent l'approche de Foucault pour découvrir les relations de pouvoir qui se traduisent dans le discours des infirmières (Manias & Street, 2000). En somme, le cadre théorique de Michel Foucault entourant le concept de pouvoir-savoir aide à mieux comprendre la relation de pouvoir-savoir entre l'infirmière d'expérience et la nouvelle infirmière diplômée. Par conséquent, ce cadre est un incontournable pour l'étude proposée puisqu'il guide la recension des écrits, l'analyse des *verbatim* et permettra l'émergence d'un schéma épistémologique sur le phénomène de la violence horizontale selon les participantes.

Recension des écrits

Afin de saisir l'état actuel des connaissances sur le phénomène de la violence horizontale en sciences infirmières. Cette recension des écrits a été subdivisée selon les objectifs de cette étude soit : 1) clarifier le concept de la violence horizontale en sciences infirmières; 2) identifier le ressenti des victimes de violence horizontale; 3) aborder les stratégies identifiées pour contrer la violence horizontale. Enfin, un compte rendu critique des études portant sur la violence horizontale en sciences infirmières sera présenté, ce qui permettra par la suite de justifier le projet de recherche.

### **Concept de la violence horizontale en sciences infirmières**

En effet, la recension des écrits sur le concept de la violence horizontale en sciences infirmières représente un défi important, vu le nombre impressionnant de définitions associées à celles-ci (Armmer & Ball, 2015) et étant donné la confusion autour du phénomène (Armmer & Ball, 2015; Hockley, 2000; Wilson, 2016). Ainsi, quatorze termes les plus souvent employés ont été identifiés pour définir la violence horizontale à partir d'une recherche dans la base de données CINAHL (*Current Index Nursing and Allied Health Literature*), ce qui a ainsi permis d'en dégager un tableau exhaustif les regroupant pour ensuite en faire l'analyse. Le tableau un présente donc ces quatorze termes selon leur chronologie littéraire.

Tableau 1 : L'évolution des termes reliés à la violence horizontale

	<b>Année</b>	<b>Références</b>
<i>Aggression</i>	1975-2017	910
<i>Harassment</i>	1981-2017	372
<i>Oppressed group behaviour</i>	1983-2015	117
<i>Verbal abuse</i>	1987-2017	540
<i>Workplace conflict</i>	1988-2017	64
<i>Intimidation</i>	1990-2017	66
<i>Workplace violence</i>	1991-2017	1 848
<i>Bullying</i>	1993-2017	1245
<i>Horizontal violence</i>	1995-2016	117
<i>Eat their young</i>	1998-2015	38
<i>Incivility</i>	1998-2017	127
<i>Workplace aggression</i>	1999-2017	50
<i>Mobbing</i>	2000-2017	30
<i>Lateral violence</i>	2004-2017	78

Termes combinés avec *nurse* dans la base de données CINAHL, juin 2017

L'identification des différents termes reliés à la violence horizontale a également permis de constater une évolution du concept dans le temps ainsi que des acteurs impliqués dans ce phénomène. Afin de mieux décrire et comprendre le concept de la violence horizontale dans la littérature. Cette section présente : 1) un portrait historique de l'évolution de ce phénomène et 2) présente les acteurs de la violence horizontale en sciences infirmières qui ont été identifiés dans la littérature.

### **Perspective historique du concept de la violence horizontale**

L'identification de cette recension présente l'évolution du concept de la violence horizontale au fil du temps à partir des premiers écrits identifiés dans la littérature au début des années 70 jusqu'à aujourd'hui. À ce jour, l'ensemble de ces quatorze termes est utilisé, et les définitions ne cessent d'évoluer avec le temps. Toutefois, certains termes sont plus régulièrement utilisés dans la littérature : 1) *workplace violence*, 2) *bullying*, 3) *agression*, 4) *verbal abuse*, 5) *harassment*, 6) *incivility*, 7) *oppressed group behaviour* et 8) *horizontal violence*.

Suite à l'analyse de cette recension d'écrits, plusieurs faits saillants ressortent. D'abord, certains termes anglophones, tels que *mobbing*, *eat their young* sont difficiles à traduire en français. De plus, il est ardu de se limiter à un seul terme pour décrire le phénomène de la violence entre collègues de travail. Certains auteurs en utilisent plusieurs dans un seul titre, tels que *bullying*, *harassement* ou *horizontal violence* (Spector, Zhou, & Che, 2014; Vessey, Demarco, Gaffney, & Budin, 2009). La combinaison de termes peut sembler dresser un portrait plus global de ce phénomène, mais cette approche laisse place à une confusion entre les termes.

La violence vécue en milieu de travail par les infirmières n'est pas répertoriée dans les bases de données avant les années 70. En 1975, Jacobson utilise le terme *agression* dans son article, l'un des premiers identifiés dans la littérature, où le patient



est l'agresseur et la victime est l'infirmière. Le type de violence décrit par le terme agression est surtout physique engendrant des blessures corporelles, comme le mentionne Langs (1983). Quant au terme *harasement*, il fait surtout référence au harcèlement sexuel que vivent les infirmières, venant souvent de la part d'un médecin ou d'un gestionnaire en position de pouvoir par rapport à elles, comme le souligne Hazel (1981).

Dans les années 70, la littérature reconnaît les types de violence physique et verbale dont les infirmières sont victimes provenant de la part de patients, de médecins ou de gestionnaires. Cette reconnaissance de la violence vécue par les infirmières va engendrer plusieurs autres recherches par la suite. Avec le terme *verbal abuse*, Cox (1987) observe un nouveau type de violence et identifie les gestionnaires en soins infirmiers comme un nouveau groupe d'agresseurs. Cette relation de pouvoir entre eux et les infirmières est donc mise en lumière pour expliquer la violence verbale. Au début des années 80, il est difficile de comprendre pourquoi une infirmière adopterait un comportement de violence envers une autre collègue de travail. C'est alors que plusieurs auteurs de l'époque vont se référer aux travaux de Roberts (1983) sur la théorie des groupes opprimés pour expliquer ce phénomène.

Au début des années 90, on s'intéresse surtout à définir le phénomène de la violence, à le quantifier et à identifier les agresseurs et leurs victimes. Avec le terme *intimidation*, on remarque que l'agresseur possède le contrôle ou le pouvoir sur sa victime, comme le mentionnent Davidhizar et Bowen (1990). Dans cette situation, l'intimidation est moins perçue comme de la violence, mais plutôt comme une technique de gestion (Davidhizar & Bowen, 1990). On remarque également que ce terme est peu utilisé dans la littérature comparativement aux termes : *workplace violence*, *bullying* ou *aggression*. Le terme *workplace violence* utilisé dans les années 90 amène l'idée que l'infirmière est exposée à plusieurs formes de violence dans son milieu de travail comme le mentionne Vidovich (1991). Cependant, ce terme identifie encore la relation infirmière-patient et la violence physique comme étant les éléments centraux de la violence en milieu de travail, tel qu'en témoigne Gates (1995) dans son article.

Étant donné que la violence est encore, dans les années 90, fortement associée à la violence physique, plusieurs chercheurs se sont intéressés à observer, mesurer et quantifier les comportements de violence de l'agresseur, ce qui explique que la majorité des recherches sont quantitatives, comme en témoignent les travaux de Quine (1999). Il en est de même en ce qui concerne les définitions du *bullying* de cette époque, du fait que certaines d'entre elles soulèvent que l'évènement de violence doit être répétitif et récurrent pour être considéré comme un acte de *bullying* (Quine, 1999; Vartia, 1996). À ce sujet, Smith-Pittman et McKoy (1999) précisent que les différentes définitions

entourant la violence au travail mettent surtout en évidence la notion traditionnelle selon laquelle il s'agit d'un acte physique. On constate que l'idée qu'un acte de violence peut être psychologique est peu reconnue à cette époque.

Cependant, dans ses efforts pour quantifier le phénomène de la violence vécue par les infirmières, Quine (1999) note qu'il existe une variation de perceptions chez les infirmières victimes de *bullying*. Il reconnaît qu'il s'agit d'un problème de taille d'un point de vue méthodologique et que les recherches quantitatives ne peuvent décrire à elles seules le phénomène du *bullying* entre infirmières, ce qui expliquerait la naissance d'études qualitatives. En effet, comme le mentionnent Paterson, McComish, et Aitken (1997), une partie de la violence demeure subtile et dissimulée. Donc, elle est difficile à observer et à mesurer. L'utilisation de méthodes de recherches qualitatives permettra alors de mieux comprendre cette autre dimension de la violence entre infirmières.

C'est alors que dans cette même période, les travaux de Duffy (1995), Glass (1997), McCall (1996) et Smith-Pittman et McKoy (1999) découvrent que les infirmières sont victimes de violence de la part de leurs collègues de travail. Depuis, on constate l'émergence du terme *horizontal violence* qui caractérise plus spécifiquement la relation de violence entre les infirmières de même niveau. Par opposition à la violence infirmière-patient, qui est plus physique, la violence entre infirmières est plus psychologique, comme l'ont constaté les chercheurs Farrell (1997), McMillan (1995), S.

Thomas et Droppleman (1997). On remarque dans la littérature qu'un acte de violence horizontale n'a pas à être répétitif ou récurrent pour l'associer au phénomène, comparativement au *bullying* tel que vu précédemment.

Depuis les années 80 et durant les trois décennies qui ont suivi, la théorie de l'oppression de Roberts (1983) a été une révélation et a influencé la majorité des recherches sur la violence vécue par les infirmières. Cependant, certains auteurs ont remis cette théorie en question. Par exemple, selon Greenwood (1999), il faut changer cette image de l'infirmière angélique et opprimée puisque cela favorise la normalisation et la culture de la violence horizontale dans le milieu de travail. On remarque que la théorie de l'oppression est davantage utilisée lorsque les agresseurs sont des médecins, des gestionnaires ou des supérieurs immédiats. Cependant, depuis qu'une collègue de travail a aussi été identifiée à titre d'agresseur potentiel, la théorie de l'oppression est de moins en moins employée pour expliquer ce phénomène. Comme en témoignent Smith-Pittman et McKoy (1999), il existe un nouveau courant de pensée entourant la violence au travail, en vertu duquel il s'agit d'un problème complexe et multidimensionnel englobant divers comportements inacceptables.

Vers la fin des années 90, certains chercheurs comme Loring (1999) soulignent le fait que les nouvelles infirmières diplômées peuvent également être victimes de violence de la part de leurs collègues de travail. On remarque que depuis les années 70, les

victimes sont identifiées comme des infirmières sans distinction particulière, et cette reconnaissance représente un point majeur dans la littérature. On assiste alors à l'émergence d'un terme plus spécifique aux nouvelles infirmières diplômées avec le terme *nurses eat their young*, surtout associé au processus de socialisation de la nouvelle infirmière lorsqu'elles arrivent sur le marché du travail, tel que soulevé par Gray et Smith (1999). Ce nouveau terme n'est pas directement associé à de la violence, mais les auteurs décrivent la relation de pouvoir entre une infirmière d'expérience et une nouvelle infirmière diplômée. Avec Loring (1999), une situation où une infirmière d'expérience fait preuve d'incivilité ou d'un manque de respect envers une nouvelle infirmière diplômée est aussi décrite. Il faut comprendre également que le terme *incivility*, qui émerge durant cette même période, fait référence à une situation de non-respect entre infirmières et représente une situation de violence de moindre intensité comparativement au *bullying* ou à de la violence horizontale (Anderson, Cunningham-Snell, & Haigh, 1996).

Au début des années 2000, les derniers termes identifiés dans la littérature sont *mobbing* et *lateral violence*. Le premier ajoute l'aspect émotionnel à la violence vécue par les infirmières, selon les recherches de Matarese, De Marinis, Tartaglino, et Binetti (2003) et de Ozturk, Sokmen, Yilmaz, et Cilingir (2008). En effet, comparativement au harcèlement et au *bullying*, qui impliquent des comportements de violence physique, le *mobbing* est surtout une forme de harcèlement émotionnel qui cause des traumatismes

psychologiques chez les victimes (Ozturk et al., 2008). On observe que les termes *lateral violence*, *horizontale violence* et *bullying* sont souvent utilisés comme synonymes entre eux dans la littérature. À partir des années 2000, on remarque que l'émergence de termes se stabilise, mais que les définitions évoluent et se raffinent constamment.

### **Les acteurs de la violence horizontale**

La recension des écrits sur le concept de la violence horizontale en sciences infirmières a permis de constater que la violence horizontale s'inscrit dans une dynamique de groupe complexe qui engage des rapports de force déséquilibrés entre l'agresseur et la victime (Craig & Pepler, 2003) et que plusieurs acteurs sont impliqués dans ce phénomène (Dellasega, 2011; Quine, 1999; Randle, Stevenson, & Grayling, 2007; Thobaben, 2011; Vessey et al., 2009). Ainsi, pour mieux comprendre le phénomène de la violence horizontale en sciences infirmières, une recension des écrits a été réalisée sur les différents acteurs identifiés dans la littérature. Cette section présente les acteurs de la violence horizontale en sciences infirmières soit : 1) l'agresseur, 2) le spectateur et 3) la victime.

**L'agresseur.** L'identification des agresseurs a beaucoup évolué au fil du temps et selon l'utilisation des termes dans la littérature. Vers la fin des années 1990 avec

l'émergence des termes *bullying* et violence horizontale l'agresseur est identifié comme étant une infirmière de même niveau hiérarchique (Duffy, 1995; Glass, 1997; McCall, 1996; Smith-Pittman & McKoy, 1999).

Même si l'infirmière est une collègue de travail, elle exerce une forme de pouvoir sur sa victime (Dellasega, 2011; Hutchinson, Vickers, Wilkes, & Jackson, 2009; King-Jones, 2011). Ainsi, l'agresseur en position de pouvoir peut par exemple retenir l'information, attribuer un travail au-dessous des capacités de la victime ou ignorer la victime (Egues & Leinung, 2013; Hutchinson, 2012; Johnson, Phanhtharath, & Jackson, 2009; Johnson, 2015; King-Jones, 2011; Simons & Mawn, 2010; Wallace et al., 2000). D'autres auteurs comme Dellasega (2011) ainsi que Vessey et al. (2009), ont fait le même constat et ont identifié les agresseurs comme étant majoritairement des infirmières d'expérience qui exerçaient leur pouvoir sur leurs collègues de travail.

L'identification de l'infirmière de même niveau hiérarchique comme agresseur représente une découverte importante puisque cela a permis l'émergence du terme violence horizontale selon Bennett et Sawatzky (2013). Cependant, contrairement à cette croyance qui veut que l'agresseur soit une infirmière avec une faible estime de soi, marginalisée ou opprimée. L'infirmière qui fait preuve de violence horizontale est souvent une infirmière populaire dans son équipe de travail, elle est socialement

dominante, elle est reconnue comme une *leader*, elle est opportuniste et elle a également un pouvoir d'influence (Hutchinson et al., 2009; Johnson et al., 2009). Ainsi, comme le mentionne Thobaben (2011), l'agresseur peut agir seul ou en groupe et ses comportements hostiles peuvent être dirigés envers une collègue ou un groupe d'infirmières (Thobaben, 2011).

D'autres recherches confirment l'idée que les agresseurs sont principalement des collègues de travail (Dumont, Meisinger, Whitacre, & Corbin, 2012) c'est-à-dire une infirmière d'expérience ou une préceptrice (Berry et al., 2012; McKenna, Smith, et al., 2003). L'agresseur peut de manière délibérée, ou non, chercher à causer un stress physique ou psychologique à la victime (Bartholomew, 2006; Becher & Visovsky, 2012; McKenna, Smith, et al., 2003).

De manière générale, l'agresseur souhaite exprimer et maintenir une position de pouvoir en adoptant des comportements inappropriés qui s'expriment dans le ton de sa voix, par ses gestes et par son non verbal (Dellasega, 2011). Les chercheurs Dellasega (2011), ont remarqué que les agresseurs manifestaient leur insécurité par la violence horizontale. Les agresseurs ont tendance à choisir des victimes dont le niveau de confiance ou d'estime de soi peut être compromis (Dellasega, 2011). Les auteurs Hauge, Skogstad, et Einarsen (2009), ont remarqué que les agresseurs avaient souvent été



victimes elles-mêmes de violence horizontale et qu'ils utilisaient la violence horizontale comme une stratégie d'adaptation pour se protéger.

**Le spectateur.** L'émergence des termes spectateur ou témoin dans un contexte de violence horizontale en sciences infirmières est relativement récente dans la littérature. Une première identification de l'infirmière témoin de violence horizontale a été faite par Quine (1999). Depuis les dernières années, on s'intéresse au rôle de l'infirmière témoin de violence horizontale (Dellasega, 2011; Wilson et al., 2011). Ainsi comme le souligne Dellasega (2011), les spectateurs ont le pouvoir de faciliter et d'encourager la violence horizontale en devenant des observateurs silencieux, en s'éloignant de la scène ou, pire, en contribuant directement avec l'agresseur à l'abus lui-même (Dellasega, 2011). Les recherches sur le *bullying* en sciences infirmières ont permis de constater que le spectateur avait un rôle important à jouer dans une situation de violence puisque parmi les trois groupes d'acteurs, les spectateurs représentent le plus grand nombre d'acteurs dans la violence horizontale (Dellasega, 2011). Une étude de Wilson et al. (2011) rapporte que 61 % des infirmières interrogées avaient été témoins de violence horizontale ou de *bullying*. D'autres recherches réalisées dans différents milieux de travail réalisés par Lutgen-Sandvik, Tracy, et Alberts (2007) et Vartia (2001), soulignent le fait que comme les victimes, les témoins souffrent d'un au niveau stress et d'une diminution de leur estime de soi suite à un évènement de violence horizontale ou de *bullying*. Les témoins de violence horizontale offrent une audience, ce qui encourage

l'agresseur, isole davantage la victime et, par conséquent, permet à l'agresseur d'exploiter et d'étendre son influence (Randle et al., 2007). Les spectateurs peuvent, selon leurs interventions, encourager l'agresseur ou, à l'inverse, intervenir pour diminuer la violence horizontale (Dellasega, 2011).

**La victime.** Toutes les infirmières peuvent être victimes de violence horizontale (Armmer & Ball, 2015; Laschinger & Nosko, 2015; Longo et al., 2016; Purpora & Blegen, 2015). Cependant, comme l'ont remarqué plusieurs auteurs les nouvelles infirmières diplômées sont particulièrement vulnérables (King-Jones, 2011; Laschinger & Nosko, 2015; McKenna, Smith, et al., 2003; Vessey, DiFazio, & Strout, 2017; Weaver, 2013). Les nouvelles infirmières diplômées sont plus susceptibles d'être des victimes en raison de leur manque d'expérience et de leur manque de connaissances (Vessey, Demarco, & DiFazio, 2010). De plus comme le souligne King-Jones (2011), les nouvelles infirmières diplômées sont souvent exposées à des relations interprofessionnelles qui représentent un déséquilibre de pouvoir, ce qui peut engendrer des situations de violence horizontale. Et comme l'ont constaté les auteurs Laschinger et Nosko (2015), les nouvelles infirmières diplômées sont plus à risque de souffrir de stress post-traumatique suite à un événement de violence horizontale. Étant donné l'impact psychologique important chez les victimes de violence horizontale, plusieurs chercheurs s'intéressent à trouver des stratégies pour contrer la violence horizontale.

### **Ressentis des victimes de violence horizontale**

Afin de mieux décrire et comprendre le phénomène de la violence horizontale en sciences infirmières. Une recension des écrits a été réalisée sur le ressenti des nouvelles infirmières victimes de violence horizontale, afin de répondre au deuxième objectif de cette étude. Cette recension a permis d'identifier que suite à une situation de violence horizontale, les victimes peuvent ressentir des sensations physiques et psychologiques. Ces ressentis décrits par les victimes peuvent également perdurer dans le temps ce qui peut amener les victimes à souffrir de détresse psychologiquement (épuisement professionnel, syndrome de stress post-traumatique, risque de suicide, etc.). Cette section présente l'état actuel des connaissances sur : 1) les ressentis physiques et psychologiques des victimes, ainsi que sur 2) la détresse psychologique ressentie chez les nouvelles infirmières diplômées victimes de violence horizontale.

### **Les ressentis physiques et psychologiques chez les victimes**

Durant cette période des années 2000, les chercheurs s'intéressent de plus en plus à la population des nouvelles infirmières diplômées victimes de violence afin de comprendre leur ressenti et l'impact psychologiques de la violence horizontale sur les victimes. Une des premières recherches réalisées auprès des nouvelles infirmières diplômées victimes de violence horizontale a été réalisée par McKenna, Smith, et al. (2003). Cette recherche quantitative est à ce jour considérée comme un classique dans la littérature. Un sondage anonyme a été posté aux infirmières néo-zélandaises qui s'étaient

inscrites dans l'année précédant novembre 2000. Ainsi, 551 questionnaires remplis ont été retournés (taux de réponse 47%). Au moment de l'étude, les infirmières qui ont participé étaient dans leur première année de pratique.

La recherche de McKenna, Smith, et al. (2003), a mis en lumière que la violence horizontale avait un impact psychologique important sur les nouvelles infirmières diplômées. La majorité des victimes de violence horizontale ont mentionné avoir des conséquences psychologiques et ressentir de la peur, de l'anxiété, de la tristesse, de la dépression, de la colère, de la frustration, de la méfiance, de la nervosité, se sentir désillusionner de la profession infirmière et avoir peu d'estime de soi. Parallèlement, quelques victimes ont mentionné avoir ressenti des symptômes physiques comme la perte de poids, de la fatigue, des céphalées, de l'hypertension et de l'angine de poitrine. Contre toutes attentes cinq participantes de l'étude (N = 551), ont mentionné que le fait d'être victime de violence horizontale leur avait apporté des conséquences positives puisqu'elles se sentaient plus confiantes et plus fortes.

Le point de vue unique des nouvelles infirmières diplômées victimes a permis de constater qu'elles sont plus vulnérables et qu'elles souffrent davantage de problèmes psychologiques comparativement aux infirmières d'expérience dans un même contexte (McKenna, Smith, et al., 2003). Selon l'étude de McKenna, Smith, et al. (2003), les nouvelles infirmières diplômées ont mentionné avoir vécu de la violence horizontale

dans des situations qui n'avaient pas été répertoriées initialement par les auteurs comme étant de la violence horizontale (McKenna, Smith, et al., 2003). On peut donc dire que la perception des victimes est différente de celle des auteurs. Selon McKenna, Smith, et al. (2003), la majorité des actes de violence horizontale dont les nouvelles infirmières diplômées sont victimes ne sont pas de type direct, mais plutôt de type indirect, donc plus subtil, autrement dit, plus difficile à décrire et surtout à dénoncer. Pour ces raisons, seulement 50 % des situations de violence horizontale sont dénoncées par les nouvelles infirmières diplômées (McKenna, Smith, et al., 2003).

### **Détresse psychologique chez les victimes**

Le deuxième point important de la recherche de McKenna, Smith, et al. (2003) est le constat qu'après avoir vécu une situation de violence horizontale, les nouvelles infirmières présentent un haut niveau d'absentéisme au travail et une augmentation de l'intention de quitter leur emploi, ou même la profession d'infirmière dans certains cas. Les auteurs ont également observé que les victimes présentaient un haut niveau de stress et un niveau de détresse psychologique aussi élevé que celui identifié chez les victimes souffrant du syndrome de stress post-traumatique, ce qui témoigne de la gravité de la violence horizontale vécue par les nouvelles infirmières (McKenna, Smith, et al., 2003). La reconnaissance de l'existence de détresse psychologique chez les nouvelles infirmières diplômées victimes de violence horizontale au début des années 2000 est un point saillant dans la littérature. Dès lors, cette découverte de McKenna, Smith, et al. (2003) va influencer les futures recherches de manière déterminante.

**Épuisement professionnel.** De plus en plus de chercheurs, comme Laschinger et al. (2010), s'inquiètent de l'impact psychologique du *bullying* sur les nouvelles infirmières diplômées. On constate que les victimes souffrent notamment d'épuisement professionnel (Laschinger et al. (2010). Les chercheurs ont réalisé une étude quantitative auprès de 415 nouvelles infirmières diplômées (moins de trois ans d'expérience) dans les hôpitaux de la région de l'Ontario au Canada. Les participantes (N = 415) ont répondu à trois questionnaires sur leur sentiment d'efficacité au travail, sur leur expérience de *bullying* au travail et un dernier questionnaire pour évaluer si elles présentaient des signes d'épuisement professionnel. Cette recherche a permis d'identifier que 33% des participantes étaient victimes de *bullying* et plusieurs des participantes présentaient des symptômes d'épuisement émotionnel, dont 48,9 % présentaient des symptômes sévères d'épuisement professionnel.

**Syndrome de stress post-traumatique.** Une étude quantitative de Laschinger et Nosko (2015) a permis de confirmer le lien entre le syndrome de stress post-traumatique et le *bullying* vécu tant chez les infirmières d'expérience que chez les nouvelles infirmières diplômées. Les chercheurs ont posté un questionnaire aux infirmières qui pratiquaient dans la région de l'Ontario au Canada. Ainsi, 1140 infirmières ont répondu au questionnaire, dont 631 étaient des infirmières d'expérience et 244 était des nouvelles infirmières diplômées (moins de deux ans d'expérience). Les chercheurs ont analysé les liens entre le fait d'être victimes de *bullying*, le syndrome de stress post-traumatique et

le niveau de capital psychologique positif (optimisme, espoir, résilience, etc.). Selon ces auteurs, les infirmières d'expériences présentent un niveau de résilience plus élevé que les nouvelles infirmières diplômées. Les chercheurs ont noté que les deux groupes d'infirmières étaient victimes de *bullying*. Cependant, le fait de vivre régulièrement du *bullying* était associé à un niveau élevé de syndrome de stress post-traumatique. En contrepartie dans un même contexte de *bullying*, un haut niveau de résilience était associé à un faible niveau de stress post-traumatique. Ainsi, dans un contexte de *bullying*, les infirmières d'expériences qui présentent un haut niveau de résilience sont moins à risque de souffrir d'un syndrome de stress post-traumatique comparativement aux nouvelles infirmières diplômées. Ainsi, l'optimisme et la capacité de résilience influencent la façon dont les individus réagissent à leur environnement, ce qui contribue à réduire leur niveau stress et par conséquent diminue les risques de souffrir de stress post-traumatique, selon les auteurs Avey, Luthans, et Jensen (2009) et Luthans, Avey, et Patera (2008). L'étude de Laschinger et Nosko (2015) appuie donc les résultats de Hutchinson et Hurley (2013), ainsi que ceux de Littlejohn (2012), selon lesquels l'optimisme, la capacité de résilience et l'intelligence émotionnelle contribuent à réduire les effets négatifs du *bullying* chez les victimes dans les deux groupes d'infirmières.

Bien que l'on sache depuis les années 90 qu'un adulte victime de *bullying* dans son milieu de travail peut présenter des symptômes de stress post-traumatique, selon Leymann (1992), Mikkelsen et Einarsen (2002) et Tehrani (2004) c'est la première fois

dans la littérature que ce constat est clairement établi en sciences infirmières par les Laschinger et Nosko (2015). Cette découverte semble marquer un tournant important dans la littérature en sciences infirmières.

Le lien entre le *bullying* et le syndrome de stress post-traumatique peut sembler étonnant puisque ce syndrome est souvent associé à des traumatismes graves tels que ceux résultant de la violence verbale et physique (Figley, 1995), des agressions sexuelles (Echeburua, De Corral, Zubizarreta, & Sarasua, 1997), des agressions physiques (Foa et al., 1999), d'un événement traumatisant dans le cadre du travail (policier) (Gersons, Carlier, Lamberts, & Van der Kolk, 2000), de l'exode de guerre (Hinton et al., 2005), de la violence domestique (Krupnick et al., 2008), des procédures judiciaires (Osenbach, Stubbs, Wang, Russo, & Zatzick, 2009), de la guerre (comme civil ou soldat) (Hensel-Dittmann et al., 2011), de la torture de guerre (Hensel-Dittmann et al., 2011) ou d'un crime (Paunovic, 2011).

Comme le mentionnent Leymann (1992), Mikkelsen et Einarsen (2002) et Tehrani (2004), bien que l'exposition au *bullying* en milieu de travail ne soit pas considérée comme une expérience traumatisante au même titre que les traumatismes mentionnés plus haut. Le *bullying* peut néanmoins engendrer un syndrome de stress post-traumatique, puisque les victimes ont été exposées de manière prolongé à un haut niveau de stress (Goleman, 2006; Kerasiotis & Motta, 2004; Laschinger & Nosko,



2015). Comme l'explique Goleman (2006), l'augmentation du niveau de stress, a pour effet d'augmenter le niveau de cortisol. Si le niveau de cortisol demeure élevé sur une longue période de temps, cela diminue les compétences émotionnelles et sociales ce qui favorise éventuellement l'apparition d'un syndrome de stress post-traumatique (Goleman, 2006). Les personnes qui souffrent du syndrome de stress post-traumatique présentent une variété de symptômes tels que: de hypervigilance (anxiété et insomnie), des cauchemars ou des *flashbacks*, des comportements d'évitement ou de dénis (Kerasiotis & Motta, 2004).

Certains auteurs mentionnent que les symptômes observés chez les victimes de *bullying* en milieu de travail sont semblables à ceux observés chez les victimes de violence domestique ou d'agression sexuelle (Kilpatrick, Veronen, & Best, 1985; Leymann & Gustafsson, 1996; Tehrani, 2004). Le fait que la victime tente souvent de cacher ses sentiments et sa détresse en présence de l'agresseur, cela accentue sa détresse psychologique et augmente les risques de développer un syndrome de stress post-traumatique (Tehrani, 2004).

**Risque de suicide chez les victimes.** Les personnes qui souffrent de syndrome de stress post-traumatique éprouvent une détresse psychologique intense qui cause des variations de leur humeur et engendre des pensées négatives qui peuvent les mener jusqu'au suicide (American Psychological Association, 2017). Comme le mentionne

Alderson et al. (2015), il existe une prévalence troublante de suicide chez les infirmières, cependant très peu d'études ont examiné la question. Les infirmières qui vivent un haut niveau de stress au travail, qui souffrent de problème psychologique ou qui sont victimes de violence horizontale sont plus à risque de se suicider (Alderson et al., 2015; Tramutola, 2015; Walker, 2000). Une étude quantitative de Yildirim et Yildirim (2007) réalisée auprès de 505 infirmières a démontré que 86,5 % d'entre elles avaient vécu de l'intimidation au travail durant les 12 derniers mois. Pour échapper à une situation d'intimidation, les chercheurs ont découvert que 10 % des participantes avaient considéré le suicide.

Plusieurs auteurs expliquent l'augmentation du risque de suicide chez les personnes souffrantes de stress post-traumatique par la diminution de leur niveau d'intelligence émotionnelle et sociale (Aradilla-Herrero, Tomás-Sábado, & Gómez-Benito, 2014; Cha & Nock, 2009; Goleman, 2006; Nolen-Hoeksema & Aldao, 2011). En fait, ces personnes n'ont alors plus la capacité de gérer leurs émotions, ce qui affecte leur jugement et leurs pensées (Aradilla-Herrero et al., 2014; Cha & Nock, 2009; Nolen-Hoeksema & Aldao, 2011). Elles ont moins de résistance au stress, leurs réactions émotionnelles sont plus impulsives, et dans les cas de grande détresse psychologique (dépression ou syndrome de stress post-traumatique), le suicide semble être la solution pour soulager leur souffrance (Aradilla-Herrero et al., 2014; Cha & Nock, 2009; Nolen-Hoeksema & Aldao, 2011).

### **Stratégies pour contrer la violence horizontale**

Plusieurs stratégies ont été mises en place pour contrer le phénomène de la violence horizontale en sciences infirmières, mais malgré plusieurs efforts on constate que le problème persiste (Cheung & Yip, 2017; Ebrahimi et al., 2017; Houck & Colbert, 2017; Madzhadzi et al., 2017; Miller, 2017). Afin de mieux décrire et comprendre le phénomène de la violence horizontale en sciences infirmières. Une recension des écrits a été réalisée sur les stratégies mises en place pour contrer la violence horizontale, afin de répondre au troisième objectif de cette étude. Cette section présente quelques-unes des stratégies répertoriées dans la littérature : 1) politique de tolérance zéro, 2) formation et technique de communication, 3) la normalisation de la violence horizontale et 4) le style de *leadership*.

#### **Politique de tolérance zéro**

Les organisations font généralement la distribution de guides sur les politiques et les règlements de tolérance zéro pour diminuer la violence horizontale (Barnsteiner, Madigan, & Spray, 2001; Johnson, 2009; Porto & Lauve, 2006; Randle et al., 2007; Simpson, 2007; Stevens, 2002; Williams, 2007). Les auteurs Vessey et al. (2010), ont réalisé une recension des écrits sur la violence horizontale entre infirmières, afin d'identifier des stratégies pour la contrer. Ils ont fait une recherche sur les différentes bases de données de 1966 à 2010. Plus de 130 articles traitant de la violence horizontale entre infirmières ont été répertoriés. Les auteurs Vessey et al. (2010) ont constaté que

malgré la mise en place de politiques de tolérance zéro, cette stratégie n'a pas été identifiée comme étant efficace pour empêcher l'émergence de la violence horizontale. Cette situation est également confirmée par l'étude de Sellers, Millenbach, Kovach, et Yingling (2009) réalisé auprès de 108 infirmières gestionnaires à New York afin de mesurer leur connaissance sur la violence horizontale. Les participantes ont mentionné que seulement 55 % des établissements possédaient une politique de tolérance zéro pour adresser la violence horizontale et que 43 % des infirmières gestionnaires arrivaient à appliquer ces politiques.

### **Formation et technique de communication**

Les chercheurs Ceravolo, Schwartz, Foltz-Ramos, et Castner (2012), ont réalisé une étude qualitative sur l'implantation d'un projet sur une période de trois ans dans le nord-est des États-Unis, afin de diminuer la violence horizontale entre infirmières et pour créer un climat de travail plus respectueux. Ainsi, 4000 infirmières ont participé au projet, elles ont suivi des formations pour améliorer leur technique de communication ainsi que des ateliers sur les effets de la violence horizontale. Trois ans après l'implantation du projet, les infirmières ont rapporté que le niveau de violence verbale avait diminué de 90% à 76%. Cette étude de Ceravolo et al. (2012) a permis d'identifier la nature cyclique de la violence horizontale, en raison de la facilité avec laquelle elle se banalise, en plus d'être acceptée par les groupes de travail, à un tel point qu'elle n'est même pas remarquée par les employés.

Dans le même sens, la création d'un outil de communication donnant des repères écrits sur les mesures à prendre en cas de violence horizontale, peut être un moyen efficace pour diminuer la violence horizontale (Burnt, 2011; Rogers-Clark, Pearce, & Cameron, 2009). Évidemment, cet outil peut être un point de départ pour aider les infirmières à mieux intervenir (Burnt, 2011; Rogers-Clark et al., 2009). Il a été démontré que le niveau de violence horizontale diminue et que la rétention de la main-d'œuvre infirmière augmente lorsque les infirmières communiquent mieux entre elles (Haines, Stringer, & Duku, 2007; Simons & Mawn, 2010). Partageant le même point de vue, Khalil (2009) maintient qu'il est possible de diminuer la violence horizontale lorsque le milieu de travail favorise une bonne communication entre les infirmières, valorise le respect entre collègues et offre des programmes de gestion de la colère.

### **La normalisation de la violence horizontale**

Comme le souligne Dunn (2003) et Randle (2003), le *bullying* est tellement enraciné dans la culture des infirmières qu'il en vient à être accepté, intégré et imperceptible pour les infirmières. Dans le cas de l'étude mixte de Hutchinson, Wilkes, Jackson, et Vickers (2010), qui a été réalisée auprès de 370 infirmières australiennes, le niveau de normalisation et d'acceptation de la violence horizontale était notable. Cette normalisation entraîne une détresse psychologique et plusieurs effets négatifs sur la santé des infirmières, comme l'anxiété, l'insomnie et la dépression (Hutchinson et al., 2010). Bref, la violence horizontale devient cyclique à cause de sa normalisation, de son

acceptation (Ceravolo et al. (2012). La normalisation dans les milieux de travail engendre donc un évitement de la recherche de stratégies pour diminuer le phénomène (Hutchinson, Wilkes, Vickers, & Jackson, 2008).

Dans leur étude, Lindy et Schaefer (2010) ont constaté que les gestionnaires toléraient la violence horizontale de la part de l'agresseur, si celle-ci excellait au niveau clinique. Les gestionnaires ont mentionné éprouver de la difficulté à déterminer si les comportements de l'agresseur avaient été faits dans le but de souligner une erreur ou si son comportement avait été fait délibérément pour dévaloriser sa victime (Lindy & Schaefer, 2010). Selon Stanley, Martin, Nemeth, Michel, et Welton (2007), la normalisation de la violence horizontale fait en sorte que les infirmières qui œuvrent dans cette culture peuvent ne pas être conscientes que leurs actes perpétuent des comportements irrespectueux et renforcent le cycle de cette violence.

### **Le style de *leadership***

Certains auteurs ont identifié que le style de *leadership* de l'infirmière gestionnaire pouvait avoir un impact sur : le climat de travail, la santé mentale ainsi que physique des infirmières, la satisfaction au travail, la qualité des soins, le roulement du personnel et sur la violence horizontale (Bortoluzzi, Caporale, & Palese, 2014; Fallatah et al., 2017; Hauge et al., 2011; Laschinger & Grau, 2012; Lavoie-Tremblay et

al., 2016; Longo et al., 2016; Wallis & Kennedy, 2013). Ainsi comme le soulignent plusieurs auteurs, le style de *leadership* de l'infirmière gestionnaire peut permettre de diminuer la violence horizontale (Bortoluzzi et al., 2014; Egues & Leinung, 2014; Hauge et al., 2011; Laschinger et al., 2016; Laschinger, Wong, & Grau, 2012; Longo et al., 2016). Dans le même autre d'idées, il a été également identifier dans la littérature que les infirmières gestionnaires qui démontraient des compétences émotionnelles et sociales avaient le potentiel de changer la culture la violence horizontale en sciences infirmières (Bennett & Sawatzky, 2013; Hutchinson & Hurley, 2013; Littlejohn, 2012). La recension des écrits sur le style de *leadership* des infirmières gestionnaires a permis de constater qu'il existe plusieurs styles de *leadership*, mais principalement on peut les regrouper en deux styles soit : le *leadership* de résonance (positif) et le *leadership* de dissonance (négatif).

***Leadership positif.*** Le style de *leadership* par résonance (positif) crée un climat positif, engendre un climat de jovialité (rire), génère une augmentation du niveau d'empathie entre chacun, augmente le sentiment de confiance, aide chacun à exprimer facilement ses émotions et favorise le respect et la collaboration (mentorat) dans les relations interpersonnelles (Goleman, Boyatzis, & McKee, 2003). Le *leader* de résonance (positif) maîtrise les quatre compétences de l'intelligence émotionnelle et sociale : 1) compétence de reconnaître ses émotions, 2) compétence de maîtriser ses émotions, 3) compétence sociale de l'empathie et 4) compétence relationnelle.

**Leadership négatif.** À l'opposé du *leader* de résonance (positif), *leader* de dissonance (négatif) démontre peu d'empathie envers les autres membres du groupe. Le *leader* de dissonance (négatif) peut également adopter des comportements négatifs qui peuvent causer des ravages tant au niveau émotionnel que psychologique chez les autres membres du groupe. Dans une situation de stress élevé, le *leader* de dissonance (négatif) peut devenir impulsif, irrespectueux et agressif envers les autres (Goleman et al., 2003). Les actions négatives, le manque d'empathie et le manque de compétence émotionnelle et sociale de ce *leader* de discordance (négatif) influencent négativement les autres membres du groupe (Goleman et al., 2003). On remarque alors une hausse du nombre de conflits interpersonnels entre les membres du groupe.

Pour conclure, plusieurs chercheurs ont étudié le concept de la violence horizontale en sciences infirmières (Armmmer & Ball, 2015; Longo et al., 2016; Purpora & Blegen, 2015; Wilson, 2016). Cette recension des écrits a permis de mettre en lumière l'état actuel des connaissances sur : 1) la conception de la violence horizontale en sciences infirmières, 2) le ressenti des victimes et 3) les stratégies utilisées pour contrer la violence horizontale.

Le portrait historique de la violence horizontale a mis en lumière que les termes ont évolué et que les définitions se sont raffinées au fil du temps (Armmmer & Ball, 2015; Hockley, 2000; Wilson, 2016). Le terme violence horizontale a fait ressortir relation de



pouvoir entre l'agresseur et les victimes (Duffy, 1995; Glass, 1997; McCall, 1996). Au début des années 2000, quelques auteurs soulignent que les nouvelles infirmières diplômées sont également victimes de violence horizontale (Davey, 2002; Loring, 1999; McKenna, Smith, et al., 2003; Simons & Mawn, 2010). Il a été possible également d'identifier que la violence horizontale survient dans une dynamique de groupe (Craig & Pepler, 2003) et qu'il existe trois acteurs clés de la violence horizontale soit : l'agresseur, le spectateur et la victime (Dellasega, 2011; Laschinger & Nosko, 2015; McKenna, Smith, et al., 2003; Quine, 1999; Randle et al., 2007; Thobaben, 2011; Vessey et al., 2009).

L'analyse des écrits sur le ressenti des infirmières victimes de violence horizontale a permis de constater qu'elles ressentaient des effets négatifs physiques, mais surtout psychologiques (Laschinger et al., 2010; Laschinger & Nosko, 2015; McKenna, Smith, et al., 2003). Contre toute attente, certaines victimes ont mentionné ressentir un impact positif et se sentir plus confiantes suite à un événement de violence horizontale (McKenna, Smith, et al., 2003). La violence horizontale représente un stress important qui peut causer de la détresse psychologique lorsque vécue de manière répétée (épuisement professionnel, syndrome de stress post-traumatique, suicide, etc.) (Alderson et al., 2015; Laschinger et al., 2010; Laschinger & Nosko, 2015). Une recherche de Laschinger et Nosko (2015) a permis de reconnaître que les nouvelles infirmières

diplômées étaient plus vulnérables et plus à risque de souffrir de stress post-traumatique après un évènement de violence horizontale.

Pour terminer, l'examen de la littérature sur les stratégies utilisées pour contrer la violence horizontale a mis en évidence que le problème de la violence horizontale en sciences infirmières persiste (Cheung & Yip, 2017; Ebrahimi et al., 2017; Houck & Colbert, 2017; Madzhadzi et al., 2017; Miller, 2017). Cependant comme l'ont constaté Vessey et al. (2010) très peu d'études ont évalué l'efficacité de ces stratégies : politique de tolérance zéro, programme de formation, technique de communication, style de *leadership*, etc. Malheureusement, la mise en place de stratégies est souvent peu efficace, puisqu'elles sont souvent peu ou pas mises en application (Bennett & Sawatzky, 2013; Egues & Leinung, 2013; Sellers et al., 2009; Thomas, 2010).

Suite à cette recension des écrits, il en ressort que la majorité des études répertoriées étaient quantitatives et qu'il existe peu d'études qualitatives sur le phénomène de la violence horizontale. Comme l'ont constaté certains auteurs, la violence horizontale est un phénomène complexe, subtil et dissimulé (Armmer & Ball, 2015; Hockley, 2000; Paterson et al., 1997; Quine, 2001; Wilson, 2016). De plus, d'autres auteurs croient que la perception et le ressenti des nouvelles infirmières diplômées victimes de violence horizontale peuvent être différents des infirmières d'expériences (Laschinger & Nosko, 2015; McKenna, Smith, et al., 2003; Simons &

Mawn, 2010). Ainsi, cette étude qualitative phénoménologique permettra de mieux décrire et comprendre le phénomène de la violence horizontale selon le point de vue des nouvelles infirmières diplômées québécoises qui en sont victimes.

## Méthode

Ce chapitre présente la méthodologie privilégiée pour cette étude, soit la phénoménologie herméneutique qui a été choisie pour atteindre le but de cette étude. Dans cet ordre, ce chapitre présente : 1) le devis de recherche, 2) le milieu de recherche, 3) l'échantillon, 4) les méthodes de collecte des données et 5) les considérations éthiques. Pour mieux en saisir son sens, il convient d'explicitier le courant philosophique phénoménologique.

### **Le devis de recherche**

Afin de mieux comprendre l'expérience de la violence horizontale vécue par les nouvelles infirmières diplômées, une méthode phénoménologique herméneutique (interprétative) basée sur les travaux de Heidegger sera utilisée. Le devis qualitatif de type phénoménologique a été choisi pour cette présente étude. Ainsi, ce devis permet d'atteindre le but de la présente étude, soit de décrire et comprendre le phénomène de la violence horizontale vécu par les nouvelles infirmières diplômées. La phénoménologie se subdivise en deux écoles de pensée : celle de Husserl, abordant la phénoménologie transcendantale (descriptive), et celle de Heidegger, la phénoménologie herméneutique (interprétative) (Langdrige, 2007). Le mot *phénoménologie* signifie « amener à la lumière » (*to bring into the light*).

En recherche, cela veut dire qu'il faut regarder au-delà des apparences initiales (Fleming, Gaidys, & Robb, 2003). L'objectif de la phénoménologie consiste à décrire et à comprendre la signification d'un phénomène, sans pour autant le définir ou le quantifier (Deschamps, 1993; Giorgi, 1997a; Omery, 1983).

La phénoménologie est un devis de recherche utilisée pour explorer un phénomène subjectif, ce qui permet aux chercheurs de décrire et comprendre un phénomène à partir de l'expérience de vie des individus (Fortin & Gagnon, 2016; A. Giorgi, 1997a; A. Giorgi & Giorgi, 2003). Cette méthode de recherche est particulièrement appropriée lorsqu'un phénomène est difficile à décrire et comprendre (Fortin & Gagnon, 2016; Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, & Beck, 2007). La phénoménologie offre la possibilité au chercheur d'entrer dans le monde subjectif tel que décrit par les individus selon leurs expériences vécues (Giorgi, 1997a, 1997b, 2000).

L'objectif d'une étude phénoménologique est de comprendre pleinement l'expérience vécue, ce qui s'applique selon Fortin et Gagnon (2016) aux relations humaines vécues. Elle permet également au chercheur d'aller explorer au-delà des faits et de considérer les expériences de vie (Jones, 2001). L'herméneutique correspond également au courant de pensée philosophique phénoménologique interprétative (Morin & Vinh-De, 2000).

Concrètement, les résultats d'une recherche phénoménologique interprétative doivent tenter de dévoiler ce qui est caché dans le discours des participants, en faisant une analyse et une interprétation approfondies des *verbatim* (Giorgi, 2007; Heidegger, 1962 ; Addison, 1989; Packer & Addison, 1989; Smith, Flowers, & Larkin, 2009). Cette méthode de recherche est cohérente avec la philosophie de Michel Foucault (2001) sur l'herméneutique du sujet (souci de soi) selon laquelle la vérité est enfouie au plus profond de nous. D'après Foucault, le souci de soi représente une forme d'exercice de la pensée qui permet une réflexion de la penser sur elle-même. Dans un contexte recherche phénoménologique interprétative, les participants sont amenés à dévoiler cette vérité cachée en eux par une réflexion guidée par le chercheur.

En résumé, la phénoménologie descriptive focalise davantage sur la description de l'expérience humaine. Pour y arriver, le chercheur doit mettre ses idées préconçues de côté pour ne pas influencer les résultats contrairement à la phénoménologie interprétative qui met davantage l'accent sur la nécessité d'interpréter et de comprendre l'expérience humaine. Selon Heidegger, une personne ne peut nier ses idées préconçues puisqu'elles représentent sa façon d'être dans le monde. Alors, le chercheur peut nommer ses idées dans un journal de bord, afin d'avoir une meilleure compréhension de celles-ci (Fortin & Gagnon, 2016). Étant donné que le phénomène de la violence horizontale est difficile subjectif selon l'expérience vécue de chacun et que ce phénomène est encore mal compris en sciences infirmières. La méthode de recherche

phénoménologie interprétative semble indiqué pour mieux décrire et comprendre ce phénomène complexe et dynamique.

### **Le milieu de recherche**

Le choix d'un milieu de recherche universitaire en sciences infirmières a permis de recruter de nouvelles infirmières diplômées victimes de violence horizontale. Les participantes de l'étude ont été recrutées à même un programme de sciences infirmières. Ce choix se justifie du fait que ce milieu comporte un bassin important d'infirmières détenant un permis de pratique et issues de différents milieux cliniques. La population ciblée par l'étude était celle des nouvelles infirmières diplômées qui ont été victimes de violence horizontale durant leurs deux premières années de pratique. Le recrutement des participantes a eu lieu de trois façons : 1) par courriel (Appendice A), 2) à l'aide d'affiches dans le milieu de recrutement (Appendice B) et 3) par des présentations orales dans le cadre d'activités pouvant rassembler plusieurs infirmières (Appendice C).

### **L'échantillonnage**

Un échantillon de convenance par choix raisonnés a été privilégié pour cette étude (Fortin & Gagnon, 2016). Il est difficile en phénoménologie de déterminer le nombre exact de participantes dans l'étude, mais un minimum de six à dix participantes est courant (Creswell, 2009; Fortin & Gagnon, 2016). La redondance (saturation) des



données aidera à déterminer le nombre de participantes requis (Benner, 1994). Dans le cadre d'une recherche phénoménologique, il est possible de réaliser une analyse détaillée et nuancée seulement si l'échantillon reste petit, c'est-à-dire entre cinq et dix participants (Smith, 2004; Smith & Dunworth, 2003; Smith, Flowers, & Larkin, 2009; Smith & Osborn, 2003).

Ainsi, deux critères d'inclusion ont été retenus pour cette étude :

- 1) Être infirmière (ou infirmier) autorisée depuis moins de deux ans (c'est-à-dire détenant un permis de pratique de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec depuis moins de deux ans) ;
- 2) Avoir été victime de violence horizontale dans leur milieu de travail ;

En ce qui a trait aux critères d'exclusion, les infirmières occupant un poste en gestion ou un rôle de superviseure ont été exclues de l'étude puisque celle-ci porte uniquement sur les nouvelles infirmières diplômées victimes de violence horizontale et, généralement, un poste en gestion requiert plus de deux ans d'expérience. Ces mêmes critères d'exclusion ont été retenus par Simons et Mawn (2010) pour leur étude qui portait également sur la violence horizontale auprès des nouvelles infirmières diplômées. Toutes les candidates intéressées à participer à la présente étude et répondant aux critères de sélection ont fait partie de l'échantillonnage.

### **La collecte des données**

Cette section apporte des précisions sur les différents instruments de collecte de données, et sur la méthode d'analyse des données qui ont été utilisées dans le cadre de cette étude. Un bref questionnaire sociodémographique auto administré sur le lieu de l'entrevue a été complété par les participantes, ce qui permet de mieux décrire l'échantillon (Creswell, 2009; Fortin et al., 2016; Loiselle et al., 2007). Le questionnaire compte huit questions et porte sur les caractéristiques sociodémographiques des participantes, telles que l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, l'origine ethnique, le type de milieu de travail, l'expérience de travail (en mois/années), et si elles avaient reçu une formation sur la violence horizontale, que ce soit dans leur milieu scolaire ou sur leur lieu de travail. (Appendice D).

Un guide d'entrevue élaboré à partir des différents thèmes de la recension des écrits portant sur la violence horizontale a été validé par deux expertes (directrice et co-directrice de recherche de l'étudiante chercheure) (Fortin & Gagnon, 2016). Le canevas d'entrevue comptait trois thématiques, soit : 1) la conception de la violence et les facteurs pouvant y contribuer, 2) la description d'un événement marquant, et 3) des stratégies pour réduire ou éliminer la violence horizontale (Appendice E).

### **Collecte des données**

Lors de cette étude, des entrevues individuelles semi-structurées ont été menées auprès des 11 participantes. La durée des entrevues était d'environ 60 à 90 minutes. Elles ont été enregistrées numériquement et ont eu lieu dans une salle privée située au lieu de recrutement. Les 11 entrevues ont été intégralement transcrites par l'étudiante chercheure.

### **Méthode d'analyse des données**

L'analyse fut guidée par le processus décrit dans l'ouvrage de Smith et al. (2009) portant sur l'analyse interprétative phénoménologique. Cette méthode d'analyse comprend six différentes étapes, soient : 1) la lecture, 2) l'annotation initiale, 3) le développement des thèmes émergents, 4) la recherche de liens entre les thèmes émergents, 5) la transcription à l'aide du *bracketing* et 6) la recherche de modèles (*patterns*). La première étape consiste à retranscrire les entrevues, à en faire une lecture tout en écoutant les enregistrements audios. Durant la deuxième étape d'annotations initiales exploratoires, le chercheur prend des notes de toutes choses intéressantes retrouvées dans les transcriptions, y compris les commentaires descriptifs, linguistiques et conceptuels. Cette seconde étape permet au chercheur d'identifier des extraits importants à travers les entrevues.

À partir de la troisième étape, le chercheur peut identifier les thèmes émergents en analysant les annotations exploratoires relevées à l'étape précédente, et ce tant à partir des mots et des pensées du participant que de ses propres interprétations. Durant la quatrième étape, le chercheur recherche des liens entre les thèmes émergents des différentes entrevues et, pour ce faire, il peut utiliser une carte conceptuelle, un schéma ou un tableau qui l'aidera à décrire la façon dont les thèmes se complètent. Lors de la cinquième étape, le chercheur fait une relecture des transcriptions des entrevues.

Cependant, cette fois-ci, il doit bloquer ses idées préconçues provenant de sa première lecture grâce au *bracketing* qui permet d'éviter d'avoir des conceptions préétablies en portant un regard neuf et en étant ouvert d'esprit tout en faisant preuve de créativité (Boyd, 2001; Cara, 2008; Giorgi, 1997b, 2000b). Pour ce faire, le chercheur peut utiliser les éléments recensés dans son journal de bord dans lequel il avait noté ses préjugés, ses opinions, ses préconceptions, ses observations, etc.

Dans le contexte de cette étude, le journal de bord a permis à l'étudiante chercheuse de mettre par écrit ses idées préconçues, mais pour en prendre conscience et pour en avoir une meilleure compréhension. Ce processus est d'ailleurs décrit par Gadermer comme étant le « cercle herméneutique » (Mantzavinos, 2013). En tenant compte de ses idées préconçues, le lecteur fait une première lecture du texte, ce qui lui permet de faire ressortir certains éléments. Le texte sera ensuite révisé et analysé à

plusieurs reprises, ce qui permettra au lecteur d'avoir une meilleure compréhension de l'écrit (Mantzavinos, 2013).

À la sixième étape de l'analyse, il est question d'identifier un modèle ou un patron émergeant à travers les thèmes et le contenu des entrevues. Cette étape permet alors au chercheur d'amener son analyse à un niveau plus théorique. Finalement, une démarche inductive s'ensuit afin de s'assurer que l'analyse est inclusive et élargit la compréhension actuelle du phénomène à l'étude.

### **Critères de rigueur scientifique**

Afin d'assurer la rigueur scientifique du projet de recherche, l'étudiante chercheuse a respecté les cinq critères de rigueur attribués aux études qualitatives incluant : la crédibilité, la fiabilité, la confirmabilité, la transférabilité et la réflexivité.

**Crédibilité.** Le critère de crédibilité fait référence au niveau de confiance que l'on peut avoir dans la véracité des données d'une recherche (Fortin & Gagnon, 2016). La triangulation est un moyen d'assurer la crédibilité de l'étude (Shih, 1998). Dans cette étude, la triangulation a été possible grâce à la triangulation des participantes (différents milieux de travail), triangulation du temps (entrevue réalisée à différent moment) et triangulation avec les directrices de recherche (expérience et expertise).

**Fiabilité.** En recherche qualitative, la fiabilité des données représente l'uniformité des résultats au fil du temps en fonction des conditions (Fortin & Gagnon, 2016). Dans un premier temps, une attention particulière a été portée à l'exactitude des transcriptions.

**Confirmabilité** La confirmabilité des données est obtenue lorsqu'il y a une correspondance selon Fortin et Gagnon (2016) entre les résultats obtenus par des sources indépendantes. Cette étape permet de confirmer l'exactitude, la pertinence ou la signification des données de recherche.

**Transférabilité.** Selon Lincoln et Guba (1985), la transférabilité permet de vérifier si les conclusions d'une recherche peuvent s'appliquer à d'autres contextes dans la mesure où suffisamment de données descriptives sur l'échantillon et le devis de recherche sont fournies dans le rapport de recherche.

**Réflexivité.** La réflexivité conduit le chercheur à mener une réflexion critique sur lui-même, à analyser ses valeurs personnelles qui pourraient influencer sa collecte de données ou son interprétation (Fortin & Gagnon, 2016). Pour ce faire, l'étudiante chercheuse a utilisé un journal de bord dans lequel elle a identifié ses savoirs antérieurs, ses préjugés, ses opinions, ses préconceptions qui provenaient d'expériences

personnelles, ses observations et ses lectures (Giorgi, 1997a). Par la suite, exempte de préconceptions grâce au *bracketing*, l'étudiante chercheuse a analysé les données recueillies (Cara 2008 ; Giorgi, 1997a).

### **Les considérations éthiques**

La présente étude a reçu un certificat d'approbation éthique provenant du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais (Appendice F). Le certificat d'éthique a été renouvelé trois fois. Les participantes ont été informées qu'elles pouvaient se retirer de cette étude en tout temps, sans préjudice, ni conséquences et sans aucune justification. Chaque participante a été informée verbalement et par écrit des modalités de l'étude ainsi que des moyens prévus pour la divulgation des résultats. Suite à leur accord, les participantes ont signé le formulaire de consentement (Appendice G) dans lequel elles ont confirmé avoir reçu, discuté et compris les renseignements nécessaires au déroulement de l'étude. Ainsi, cette étude est en conformité avec les recommandations de l'Énoncé de politique des Trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (EPTC2 (2010)).

Afin de respecter la confidentialité des données et l'anonymat des participantes, un numéro d'identification a été attribué à chaque participante recrutée. Seul le numéro d'identification apparaît sur la transcription de l'entrevue, et seules l'étudiante

chercheure et les directrices de recherche ont accès à la liste des noms et des numéros d'identification. La liste des codes et les données seront conservées pendant cinq ans dans un classeur verrouillé dans le bureau de la codirectrice. Les données électroniques seront sécurisées par un code d'accès informatique. Les données recueillies seront gardées dans une fiche séparée des consentements écrits. Lorsque les résultats de l'étude seront diffusés, les renseignements pouvant identifier les participantes ne seront pas révélés.

Les participants ont été informés que la participation à cette étude comportait un risque minimal, soit l'émergence d'émotions négatives suscitées par la description d'expériences liées à la violence horizontale vécue au travail. Par risque minimal, nous voulons dire que « la probabilité et l'ampleur des préjudices éventuels découlant de la participation à cette étude ne sont pas plus grandes que ceux des préjudices inhérents aux aspects de la vie quotidienne du participant associé au projet » (EPTC2, 2010, p. 24). Afin de diminuer et prévenir les risques reliés à l'étude, les participantes ont été informées que, si elles venaient qu'à exprimer de la détresse psychologique pendant l'entrevue, l'étudiante chercheure mettrait immédiatement fin à celle-ci. Le cas échéant, la participante sera alors encouragée à communiquer avec une personne ressource dont les services ont été expliqués préalablement (CSPUQO).



De plus, une liste de ressources disponibles (Appendice H) et une série de brochures décrivant les services offerts par : 1) le CSPUQO, 2) le programme d'aide et de référence (PARÉÉ) et 3) et par le syndicat de la Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) ont été remises à chaque participante. L'étudiante chercheuse a également fourni à toutes les participantes un lien internet permettant d'accéder au document PDF « Travailler dans la dignité - Contrer la violence en milieu de travail » réalisé par la Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) (Appendice H).

Il n'y a pas de bénéfices directs pour les participantes à participer à cette étude. Cependant, les bénéfices anticipés sont : 1) la contribution à l'avancement des connaissances au sujet de la violence horizontale vécue par les nouvelles infirmières diplômées, 2) une occasion de s'exprimer sur le phénomène à l'étude et 3) une expérience professionnelle en recherche à titre de participante.

## Résultats

La violence horizontale en science infirmière est un phénomène complexe et dynamique. Grâce aux points de vue uniques des participantes victimes de violence horizontale, les résultats de cette recherche donnent un regard de l'intérieur sur ce phénomène. Ce chapitre présente les résultats de cette étude. L'analyse des verbatims indique que la violence horizontale est une notion subjective et qu'elle est soumise à l'interprétation de la personne qui la vit. L'analyse des verbatims a permis de mieux comprendre et de décrire le phénomène de la violence horizontale selon le point de vue des nouvelles infirmières diplômées qui en sont *victimes*.

En premier lieu, l'échantillon de cette étude sera présenté. Par la suite, les résultats de l'analyse des verbatims seront présentés et regroupés selon les trois thèmes principaux en lien avec les objectifs de cette recherche, soient : 1) la définition du concept de la violence horizontale, 2) le ressenti des victimes et 3) l'identification de stratégies pour réduire ou éliminer la violence horizontale.

### **La description de l'échantillon**

L'échantillon de cette étude est composé de 11 nouvelles infirmières diplômées victimes de violence horizontale. Elles ont participé à des entrevues individuelles. Cet échantillon se composait à 100 % de femmes. L'âge des participantes variait entre 19 ans et 45 ans. La majorité des participantes étaient âgées entre 36 à 40 ans (46 %); 26 à 35 ans (36 %). Les participantes étaient d'origine canadienne à 45 %, mais aussi haïtienne à 18 % et autres à 37 %. La totalité des participantes travaillait, au moment de l'entrevue, dans un milieu hospitalier (100 %). Aussi, 27 % étaient infirmières diplômées depuis moins de six mois et 73 % étaient infirmières diplômées depuis plus de 18 mois, mais moins de deux ans. Finalement, aucune des participantes n'avait eu de formation sur la violence horizontale, tant en milieu académique que dans leur milieu de travail.

### **Les composantes de la violence horizontale**

L'analyse des verbatims des participantes a permis de saisir et de définir le concept de la violence horizontale selon le point de vue des participantes. L'analyse des verbatims a permis d'identifier cinq sous-thèmes en lien avec la définition du concept de la violence horizontale. Cette section présente : 1) l'utilisation de métaphore, 2) la relation de pouvoir, 3) les types de violence horizontale, 4) les acteurs de la violence horizontale et 5) les facteurs qui engendrent la violence horizontale.

La description d'évènements marquants de violence horizontale vécus par les participantes a permis d'illustrer qu'il est difficile pour les nouvelles infirmières diplômées de définir la violence horizontale, puisqu'elle est souvent associée à un haut niveau de stress émotionnel. Lorsque l'on demande aux nouvelles infirmières diplômées de définir la violence horizontale dans leurs propres mots, elles hésitent souvent et avouent parfois ne pas avoir entendu parler du concept de violence horizontale avant ce projet de recherche. Le verbatim suivant illustre la difficulté à définir la violence horizontale : **P2 #17** « *Je vais y aller avec ce que j'ai lu parce que juste le mot horizontal, je ne sais même pas qu'est-ce qu'il veut dire [...]* ». Le terme « intimidation » est plus souvent utilisé par les participantes pour faire référence à la violence horizontale, comme le certifie ce verbatim : **P4 #14**

*Cela pouvait être sous forme d'intimidation, des propos venant d'une infirmière ou d'un groupe d'infirmières envers quelqu'un ou envers un autre groupe et il ne devait pas venir de notre supérieur. C'est ce que j'en ai compris. En d'autres mots, il s'agit d'un évènement, des actes ou des paroles qui ont causé préjudice à une personne ou un groupe de personnes.*

### **L'utilisation de métaphores pour définir la violence horizontale**

Les participantes ont éprouvé des difficultés à définir la violence horizontale, mais c'est par le récit de leur expérience vécue et par utilisation de métaphores que les participantes arrivent à définir le concept de la violence horizontale. Les métaphores nous aident à mieux en comprendre l'impact émotionnel et les conséquences psychologiques, ce qui reflète le traumatisme que les victimes ont vécu. Une participante

exprime la vulnérabilité des victimes : **P2 #240** « *C'est comme si je devais aller me jeter dans la gueule du loup [...]* ». Cette autre participante exprime la puissance du regard de l'agresseur : **P10 #175** « *Elle me regardait avec des couteaux dans les yeux [...]* ». Cette participante décrit une situation où elle a peur d'aller parler à une infirmière d'expérience, ce verbatim fait également référence à l'expression *eating their young* : **P10 #355** « *Puis elle m'a dit (l'infirmière en chef); si tu vas lui parler, elle va t'écouter." Ah oui ? J'avais plus l'impression qu'elle allait me manger* ». Cette participante, pour décrire la violence horizontale entre infirmières, fait allusion à la violence conjugale : **P6 #16** « *[...] il y a différentes sortes de violence [...] donc j'image que ce sont des évènements qui peuvent causer des dommages psychologiques ou physiques [...] (semblables à) la violence conjugale [...]* ». Cette participante décrit l'impact émotionnel et psychologique de cette situation de violence horizontale : **P3 #477**

*[...] je me suis sentie écrasée, [...] comme une bonne à rien, je me sentais persécutée tout le temps, tout le temps, tout le temps [...] C'est comme si quelqu'un te tape sur la tête avec un marteau sans cesse.*

Ce verbatim confirme le traumatisme psychologique que peuvent vivre les victimes, comme en témoigne cette participante : **P5 #777** « *[...] puis elle se retournait puis elle me regardait [...] elle pouvait quasiment me tuer avec ses yeux [...]* ».

### **La relation de pouvoir**

Pour décrire le concept de la violence horizontale, les participantes expliquent qu'il existe une relation de pouvoir entre les infirmières d'expérience et les nouvelles infirmières. L'analyse des verbatims a permis également d'identifier que cette relation de pouvoir s'exprimait à travers trois sous-thèmes, soient :1) le regard de l'agresseur, 2) être jugée sur sa performance et 3) la culture de la violence horizontale. On remarque que dans certaines situations, lorsque l'infirmière d'expérience partage son savoir avec une nouvelle infirmière diplômée, la relation est positive (mentor), mais lorsqu'elle ne partage pas son savoir, la relation semble plutôt négative (violence horizontale). Comme l'explique cette participante : **P3 #431**

*[...] (elle est) une personne ressource parce qu'elle avait des bonnes façons de faire. Alors pour moi c'était une personne [...] avec qui je que pouvais apprendre et aller chercher des connaissances [...] #436 (les autres qui ne partagent pas leurs connaissances) celles-là ne seront pas mes mentors si tu veux [...].*

Dans d'autres situations, les participantes ont remarqué que les infirmières avaient les connaissances pour les aider, mais, dans un contexte de violence horizontale, elles refusaient de partager leurs connaissances et d'aider les nouvelles infirmières diplômées, comme en témoigne cette participante : **P7 #88**

*C'est frustrant parce que tu le sais qu'il y a des infirmières qui travaillent moins, qui ont le temps de venir t'aider, mais elles ne t'aident pas, elles te laissent [...] te débrouiller toute seule parce qu'il faut que tu apprennes à gérer ton temps.*

Dans d'autres situations, la nouvelle infirmière diplômée possède plus de connaissances que l'infirmière d'expérience, ce qui cause également de la violence horizontale, comme le mentionne une participante : **P3 #200** « [...] (l'infirmière d'expérience n'était pas capable de répondre (à ma question) [...] #202 (l'infirmière d'expérience répond) " Écoute, arrête de poser des questions comme ça" [...] ».

**Le regard de l'agresseur.** Cette participante mentionne avoir des palpitations lorsque son agresseur la regarde : **P3 #483** « *Bien, juste à voir son regard [...] j'avais des palpitations* ». Cette participante décrit bien une situation de violence horizontale : **P5 #777**

*[...] elle se retournait puis elle me regardait [...] elle pouvait quasiment me tuer avec ses yeux [...] #935 [...] moi elle ne m'a jamais crié après, tout se passait dans le regard [...].*

**Être jugée sur sa performance.** Les participantes mentionnent qu'elles se sentent jugées sur leur niveau de performance. Selon leurs dires, lorsqu'elles ne sont pas suffisamment performantes selon les critères des autres infirmières, elles risquent d'être punies, ce qui entraîne de la violence horizontale. **P7 # 49**

*[...] on dirait qu'on n'est jamais assez rapide et que les techniques ne sont jamais assez parfaites. Tu sais on va se faire disputer parce qu'on prend trop de temps par exemple pour aller piquer un patient.*



Une participante mentionne que le fait de ne pas être performante aux yeux des autres infirmières favorise la violence horizontale. Le verbatim suivant l'exprime bien :

**P11 #76**

*[...] tu as bien beau avoir beaucoup d'expérience, mais si rendue sur le terrain tu ne fournis pas et que tu n'es pas capable de finir à l'heure [...] ou si les autres sont toujours obligées de t'aider, que tu aies 5 ans d'expérience ou que tu sois une nouvelle infirmière, c'est dur [...].*

Certaines, infirmières d'expérience utilisent la violence horizontale pour punir les nouvelles infirmières diplômées qui ne sont pas suffisamment performantes. Cette technique peut être utilisée pour normaliser les soins et pour que les nouvelles infirmières respectent le niveau de performance attendu. Les infirmières d'expérience sont comme des policières qui observent les moindres gestes des nouvelles infirmières diplômées pour identifier leurs erreurs, comme en témoigne cette participante : **P7 #213**

*[...] elle cherche, elle chercher des erreurs où il y en a pas. Elle essaie depuis cet évènement-là je sens qu'elle est sur mon cas et on dirait qu'elle essaie de monter un dossier disciplinaire (sur moi) [...].*

**La culture de la violence horizontale dans le milieu de travail.** La violence horizontale peut être la norme sur le département et parfois elle fait partie de la culture du milieu de travail depuis plusieurs années, comme en témoigne cette participante : **P1 #131** « Oui, j'ai parlé à l'infirmière-chef [...] elle m'a dit que depuis des années [...] ça continue [...] malgré qu'elle est au courant il y a rien qui change [...] depuis 10 ans ». Plusieurs participantes mentionnent que la violence horizontale fait partie d'un rite de

passage que les nouvelles infirmières diplômées doivent subir, comme le mentionne cette participante : **P2 # 587** « [...] elle est arrivée pas longtemps après moi et puis tous les loups se sont retournés vers elle ».

### **Les types de violence horizontale**

Durant la description d'un événement marquant de violence horizontale, les nouvelles infirmières diplômées décrivent différents types de violence. L'analyse des verbatims a permis d'identifier trois types de violence horizontale, soient : 1) la violence directe, 2) la violence indirecte et 3) la violence invisible.

**La violence directe.** Une participante décrit un acte de violence horizontale directe où l'agresseur a déplacé son matériel de travail pour que, physiquement, elle se sente rejetée et mise à l'écart de l'équipe de travail, et ce, directement devant elle : **P1 #97** « [...] chaque infirmière prépare le dossier du patient ainsi que tout le matériel nécessaire et c'est alors qu'une infirmière d'expérience arrive et tasse mes choses pour qu'ils tombent, pour que je quitte [...] ». Cette participante décrit une situation de violence horizontale directe non-verbale : **P5 #777** « [...] puis là, elle se retournait, te regardait et elle pouvait presque te tuer avec des yeux ».

**La violence indirecte.** D'autres participantes soulignent des situations de violence horizontale indirecte où l'agresseur est plus subtil dans son approche. Ce type de violence est souvent fait à l'insu de la victime, comme le mentionne cette participante : **P5 #116** « [...] c'est arrivé souvent que j'aie donné des rapports puis que la personne ne m'écoutait pas, elle parlait à l'autre [...] c'est comme si je n'avais aucune importance ». Comme le confirme une autre participante, la violence horizontale est souvent faite à l'insu de la victime : **P1 #767** « C'est comme ça et avec plein de commentaires toujours dans notre dos, plein de commentaires [...] ». Dans d'autres situations, les agresseurs peuvent également laisser des notes ou des commentaires négatifs au poste des infirmières pour atteindre indirectement leur victime, comme le souligne ce verbatim : **P5 #118**

*Puis des petits mémos sur des dossiers, par exemple un chiffre qui n'est pas écrit exactement à la bonne place. Au début, ça commence par des mémos même pas cachés et collés au poste de garde qui mentionne (Nom de la victime) pourrais-tu compléter ton dosage?*

**La violence invisible.** La violence invisible est ressentie par la victime, mais elle est invisible pour les gens autour, comme en témoigne cette participante : **P2 #416** « Ce sont des regards, des attitudes qui te font sentir mal, mais en même temps si tu en parles ils vont te dire "Mais non ! Tu fais complètement fausse route tu as mal pris ça ». La violence invisible est encore plus subtile que la violence indirecte, puisqu'elle survient en l'absence de l'agresseur.

Certaines victimes qui vivent de la violence horizontale quotidiennement ont tendance à ressentir un haut niveau de stress et de l'anxiété, ce qui engendre un état d'hypervigilance. Cet état d'anxiété et d'hypervigilance se retrouve notamment chez les personnes souffrant de stress post-traumatique. Le verbatim de cette participante souligne le fait que la victime ressent un haut niveau de stress, même en absence de l'agresseur : **P5 #715**

*Puis quand tu es rendue que tu regardes les horaires des filles de jour pour voir si elle est là pour comme anticiper un peu la chose [...] #721 [...] souvent quelques heures avant, j'allais voir [...] si elle était là ou pas (sur l'horaire). Parce que si elle était là (je) me préparais mentalement à souffrir (rire) #750 C'est drôle, mais c'est pas drôle là.*

Comme le mentionne cette participante, la violence horizontale n'est pas toujours physique. Selon elle la violence horizontale serait davantage psychologique, ce qui fait en sorte qu'elle est moins visible : **P1 #15** « *(la violence horizontale) n'est pas nécessairement [...] de la violence physique, je vois la (violence horizontale) comme de la violence psychologique* ». Ainsi, comme le souligne cette autre participante, la violence horizontale est insidieuse et, par conséquent, elle est difficile à dénoncer : **P2 #405** « *Ils vont tout le temps par en dessous, c'est tout le temps insidieux la façon qu'ils sont violents ou agressants [...]* ».

### **Les acteurs de la violence horizontale**

Les participantes décrivent des situations de violence horizontale très complexes qui impliquent souvent plusieurs infirmières. L'analyse des verbatims a permis d'identifier quatre types d'acteurs : 1) Les infirmières d'expérience (mentor ou d'agresseur, 2) les nouvelles infirmières diplômées (résilientes ou victimes), 3) les infirmières témoins (passif, réactif ou proactif) et 4) les infirmières *leaders* (résonance ou dissonance). De plus, l'analyse des verbatims *permet de réfléchir au rôle que chaque acteur peut jouer selon le contexte.*

**Les infirmières d'expériences (mentor ou agresseur).** Les participantes mentionnent que les infirmières d'expériences occupent un rôle de mentor lorsqu'elles partagent leurs connaissances, comme l'explique cette participante : **P3 #432**

*[...] c'était une personne ressource excellente parce qu'elle avait des bonnes façons de faire. Alors [...] je pouvais apprendre (et) aller chercher des connaissances. Y il y a des gens (avec qui) tu ne peux ne pas aller chercher leurs connaissances [...] elles ne sont pas des mentors si tu veux.*

Comme le précise cette participante, certaines infirmières d'expérience ne partagent pas leurs connaissances : **P3 #560** « [...] les connaissances [...] elles ne veulent pas trop en dire [...] justement pour les garder pour elles [...] ça ne leur tente pas (de les partager) [...] la communication est hyper difficile [...] ». Ce genre de situation a souvent été mentionné par les participantes. Le fait de ne pas partager ses

connaissances renforce l'idée que les situations de violence horizontale se produisent dans un contexte de pouvoir-savoir, ce qui peut représenter un risque pour le patient également.

**Les nouvelles infirmières diplômées (résilientes ou victimes).** Certaines participantes sont plus affectées psychologiquement que d'autres. Plusieurs participantes ont mentionné présenter des symptômes semblables au syndrome de stress post-traumatique et certaines d'entre elles ont même présenté des symptômes d'anxiété durant les entrevues. Comme le mentionne cette participante, elle aurait aimé recevoir du soutien psychologique : **P2 #267** « *J'aurais aimé qu'elle me réfère à quelqu'un, au niveau psychologique, pour pouvoir parler, parce que j'ai vraiment été plusieurs semaines à ne pas me sentir bien [...]* ». Cependant, d'autres participantes ont démontré de l'optimisme et de la résilience suite à leur expérience de violence horizontale **P1 #389** « *Cela m'a sensibilisé beaucoup, j'ai commencé à chercher plus de formation (pour être plus) autonome, [...]* ». Cette participante mentionne être devenue plus performante : **P2 #450** « *Je me suis fait des notes je (les amènes) toujours au travail pour (les) relire de temps en temps et (pour) essayer de me garder à jour* ». D'autres reconnaissent que leur agresseur est une bonne infirmière malgré tout : **P3 #580** « *[...] c'était clair, net et précis que je ne rentrais pas dans sa palette, mais ce n'est pas grave, c'est une bonne infirmière* ».

### **Les infirmières témoins de violence horizontale (passif, réactif ou proactif).**

On remarque que les participantes vivent principalement de la violence horizontale durant les changements de quart de travail et surtout durant le rapport verbal. Ces situations de violence horizontale impliquent plusieurs témoins. L'analyse des verbatims, nous a permis d'identifier trois types de témoin : passif, réactif et proactif.

Selon les propos des participantes, plusieurs infirmières qui ont été témoins de violence horizontale adoptent un comportement passif. Plusieurs participantes ont mentionné que les infirmières qui étaient témoins ont préféré ignorer la situation de violence horizontale et qu'elles ont adopté un comportement passif. Malheureusement, certains patients sont décédés parce que les témoins n'ont pas aidé la victime : **P2 #213** « *Mais c'est comme, je ne suis pas certaine à 100 % qu'il ne serait pas décédé, mais c'est clair que je n'ai pas eu, ni le patient les ressources et l'aide nécessaire pour que ça se passe mieux* ». D'autres infirmières semblent adopter un comportement réactif. Les comportements réactifs des infirmières témoins sont influencés par l'agresseur qui est un *leader* négatif dans le groupe. Cette participante mentionne une situation où un agresseur a influencé une autre infirmière qui était témoin à adopter un comportement de violence horizontale : **P2 #134**

*[...] (une infirmière d'expérience dit) "Bien là, je n'ai pas le temps, tu me déranges [...] #137 [...] j'ai demandé à une autre infirmière qui était à côté [...] puis elle m'a répondu quelque chose comme "Tu n'as pas prévu ton coup [...] Tu es bien mal organisée" c'est comme, juste pour te faire sentir comme (hésitation) incompétente.*

Une autre participante rapporte une situation de violence horizontale où le *leader* négatif a diminué le niveau d'empathie des autres infirmières : **P 7 #81**

*Je ne suis pas capable de gérer la situation [...] #83 [...] (une infirmière d'expérience dit) " Débrouille-toi, on ne viendra pas t'aider [...] c'est tout !" [...] J'ai paniqué, je n'ai jamais eu d'aide [...] #87 je n'ai jamais repris le dessus puis ça été dangereux pour les patients toute la soirée [...].*

D'autres participantes ont ajouté que certaines infirmières témoins de violence horizontale pouvaient être proactives. Une participante souligne qu'une infirmière qui était témoin a eu de l'empathie pour la victime et a dénoncé la situation de violence horizontale pour la victime : **P7 #108**

*[...] c'est une collègue [...] elle est allée voir l'assistante pour lui dire ; "Il faut que tu lui envoies quelqu'un, ses patientes vont mourir, ça n'a pas de sens [...] alors c'est une collègue qui est allée dénoncer finalement la situation [...].*

**Les infirmières *leaders* (résonance ou dissonance).** L'analyse des verbatims des participantes a permis d'identifier deux types de *leader*, soient : 1) les *leaders* de résonance (positif) ou 2) des *leaders* de dissonance (négatif). Il est important de mentionner que les infirmières *leaders* n'occupent pas nécessairement un poste de gestionnaire, mais elles ont une influence sur le groupe.



Les infirmières *leaders* qui font preuve d'un style de *leadership* de résonance pourraient influencer les autres infirmières à contrer la violence horizontale. Les *leaders* de résonance font preuve d'empathie et leurs actions reflètent leur niveau d'empathie pour la victime. Une participante a mentionné qu'une infirmière a fait preuve d'empathie envers elle lorsqu'elle vivait de la violence horizontale puisque la vie de ses patients était en danger. Cette infirmière a fait preuve de *leadership* et a influencé positivement les gens autour à réagir face à cette situation de violence : **P7 #110** « [...] elle est allée voir l'assistante pour lui dire; "il faut que tu lui envoies quelqu'un, ses patientes ils vont mourir, ça pas de sens là fais quelque chose !" ». Comme le souligne cette participante, le *leader* peut influencer positivement ou négativement les autres infirmières : **P7 #117** « [...] l'infirmière qui était là qui ne voulait pas m'aider, c'est une infirmière qui a de l'influence [...] #120 Elle a de l'influence sur les autres infirmières [...] ».

De manière générale, les *leaders* de dissonance font preuve de peu d'empathie envers la victime et leur manque d'empathie influence négativement les autres. Le *leader* négatif n'occupe pas nécessairement un poste de gestion, mais lorsque le *leader* négatif occupe un poste de gestion, il a encore plus de pouvoir et d'influence sur les autres membres du groupe. Une participante mentionne une situation où une infirmière en chef, qui était une *leader* négative, a influencé les autres infirmières à adopter un comportement de violence horizontale envers la nouvelle infirmière diplômée. Le manque d'empathie, qui est une caractéristique du *leader* de dissonance, diminue

également le niveau d'empathie des autres infirmières. Dans cette situation, le manque d'empathie pour la nouvelle infirmière diplômée victime de violence horizontale a causé le décès d'un patient, comme en témoigne ce verbatim : **P2 #167**.

*[...] j'ai demandé de lancer le code [...] #174 [...] elle n'a pas lancé le code et c'était elle l'infirmière chef [...] il était trop tard quand l'équipe (de réanimation) est arrivée [...] il ne respirait pu [...] # 182 je trouve ça extrêmement violent [...] #222 [...] je n'ai pas pu rien faire parce que j'étais comme toute seule au monde.*

### **Le ressenti des victimes**

Pour répondre au deuxième objectif de cette recherche, l'analyse des verbatims a permis de comprendre le ressenti des participantes qui ont été victimes de violence horizontale. Ainsi, les participantes expriment différentes émotions durant les entrevues, comme de la tristesse, de la colère et de la frustration. On remarque dans l'analyse des verbatims que toutes les participantes ont mentionné avoir vécu beaucoup de stress suite à un événement de violence horizontale. Une majorité de participantes a également présenté des signes d'épuisement professionnel et des symptômes de stress post-traumatique. On constate également que le fait de vivre une si grande détresse psychologique amène les nouvelles infirmières à quitter leur emploi ou à quitter la discipline infirmières. D'autres participantes, pour éviter la violence horizontale, ont opté pour un congé de maladie ou un congé d'études. L'analyse des verbatims a permis d'identifier deux thèmes en lien avec le ressenti des victimes, soient : 1) l'augmentation du niveau de stress des victimes et 2) la difficulté à gérer un si haut niveau de stress.

### **Le niveau de stress des victimes**

Toutes les participantes ont mentionné que le fait d'être victimes de violence horizontale augmentait leur niveau de stress. Cette participante mentionne qu'elle vivait tellement de stress consécutif aux situations de violence horizontale qu'elle s'est mise à faire des erreurs de médication : **P9 #129** « [...] *(le stress) s'accumulait tout le temps sur mes épaules puis un moment donné, je suis venue à faire des erreurs de médicaments à deux reprises, j'étais tellement stressée* ». Plusieurs participantes ont vécu des situations de violence horizontale graves durant lesquelles les patients sont décédés. Le décès d'un patient est souvent une expérience traumatisante pour les nouvelles infirmières diplômées. Cependant, cette expérience est d'autant plus difficile lorsqu'elle survient dans un contexte de violence horizontale, comme en témoigne cette participante : **P7 #240** « [...] *j'étais vraiment bouleversée parce que je me disais, mon dieu, mon patient est mort* ».

Le fait de dénoncer représente également un haut niveau de stress pour les victimes. Plusieurs participantes n'ont pas dénoncé les situations de violence horizontale, de peur de la situation s'aggrave davantage. Dans plusieurs cas, elles préfèrent se protéger émotionnellement, même si cette situation n'est pas idéale, comme en témoigne cette participante : **P8 #322** « *Ne rien demander, me taire. Ce n'est pas nécessairement la meilleure solution, mais c'est ce que j'ai pu faire pour me sauver émotionnellement de ces situations-là [...]* ». Cette participante mentionne par une

métaphore qu'elle n'a pas dénoncé son agresseur pour se protéger émotionnellement et psychologiquement : **P3 # 430** « *Je me suis posé la question, mais finalement, ce que j'ai fait à la place de dénoncer, j'ai vêtu ma carapace puis je suis allée jusqu'au bout de l'orientation [...] #437 Alors non, je n'ai pas dénoncé* ».

Comme l'ont souligné les participantes durant les entrevues, les situations de violence horizontale surviennent souvent durant le changement de quarts de travail et surtout durant le rapport verbal entre infirmières. On remarque que la majorité des situations de violence horizontale se déroulent devant des témoins, ce qui augmente davantage le niveau de stress chez les victimes, ce qui a pour conséquence d'en augmenter l'impact émotionnel et psychologique chez les victimes. Ce verbatim relate une situation de violence horizontale qui implique un agresseur et plusieurs autres infirmières à titre de témoins passifs : **P3 #285** « *[...] j'arrive à 16h00 pour prendre mon rapport, je vois les autres infirmiers qui me regardent sans parler, j'imagine qu'il avait déjà tout raconté l'histoire [...] je me suis sentie très petite* ». Par la suite, cette participante décrit l'impact émotionnel et psychologique de cette situation de violence horizontale : **P3 #477**

*[...] je me suis sentie écrasée, [...] comme une bonne à rien, je me sentais persécutée tout le temps, tout le temps, tout le temps [...] C'est comme si quelqu'un te tape sur la tête avec un marteau sans cesse # 490 Humiliée aussi [...] #497 je me suis sentie triste.*

Le niveau de stress que génère ce genre de situation, devant des témoins, affecte davantage les victimes sur le plan psychologique et émotionnel. Plusieurs participantes mentionnent qu'elles doivent se protéger émotionnellement et psychologiquement des agresseurs. Cette participante utilise une métaphore pour exprimer comment elle se protège émotionnellement : **P3 #499** « *La carapace que je me mettais c'était [...] pour me protéger en fin de compte. Pour ne pas que (l'agresseur) puisse m'atteindre sur d'autres émotions [...] et pour que je puisse quand même continuer à avancer* ».

L'analyse des verbatims a permis de constater que l'augmentation du niveau de stress chez les victimes avait pour conséquence d'engendrer : 1) de l'épuisement professionnel chez les victimes ou 2) un syndrome de stress post-traumatique chez certaines victimes.

**L'épuisement professionnel.** Le niveau de stress est très élevé chez certaines participantes et cela a un impact psychologique. Plusieurs participantes ont mentionné être psychologiquement bouleversées et épuisées suite à un événement de violence horizontale. Cette participante a eu de la difficulté à retourner travailler puisque le milieu de travail représentait une source de stress : **P1 #318** « *[...] ça me demandait beaucoup de force [...] pour surmonter [...], pour retourner au travail et pour prendre encore des patients [...]* ». Suite à un événement de violence horizontal, le niveau de stress des participantes est tellement élevé qu'elles doivent prendre des journées de

congé pour maladie. Certaines participantes ont confié avoir souffert d'épuisement professionnel après avoir été victimes de violence horizontale. Cette participante mentionne que le fait de vivre de la violence horizontale de manière répétée fait en sorte que les victimes sont plus à risque de souffrir d'épuisement professionnel : **P9 #163** « *La répétition de me faire dire [...], je n'étais pas bien [...], j'étais sûr que je me dirigeais vers le burnout, mais je ne voulais pas [...]* ».

**Stress comparable au syndrome de stress post-traumatique.** Lorsque les participantes sont victimes de violence horizontale sur une longue période de temps et que le niveau de stress demeure élevé, elles sont à risque de souffrir de stress post-traumatique. Durant les entrevues, la description, par les participantes, d'un événement marquant de violence horizontale, leur a fait revivre plusieurs émotions. La moitié des participantes ont dû prendre des pauses durant l'entrevue, puisqu'elles vivaient des émotions intenses, de l'anxiété et des *flashbacks* de l'événement qu'elles décrivaient. Ce verbatim témoigne d'un moment où l'étudiante chercheuse a proposé à la participante de prendre une pause : **P2 #182**

*[...] je trouve ça extrêmement violent [...] puis à chaque fois que je vois encore (cette infirmière) bien [...] (pleure de la participante) #185 (étudiante chercheuse) c'est intense [...] voulez-vous qu'on prenne une pause ? #187 Oui (pause).*

D'autres participantes ont mentionné avoir des symptômes semblables à ceux du syndrome de stress post-traumatique, après avoir été victimes de violence horizontale. Prenons l'exemple de cette participante qui mentionne qu'elle a ressenti du stress et de l'anxiété durant plusieurs semaines après l'événement, et qu'elle souffrait également d'insomnies suite aux situations de violence horizontale : **P2 #267**

*J'aurais aimé qu'elle (l'infirmière en chef) me recommande à quelqu'un au niveau psychologique [...] #268 [...] j'ai vraiment été plusieurs semaines à ne pas être bien avec ça, à faire (trémolo dans la voix) peut-être pas des cauchemars, mais à m'endormir tard, me réveiller dans la nuit pis à penser [...].*

Cette participante mentionne qu'elle ressent des symptômes de stress post-traumatique durant l'entrevue pendant qu'elle fait le récit de son expérience de violence horizontale : **P5 #469**

*Bien c'est comme un traumatisme. C'est des traumatismes [...] tu as des flashes dans la tête [...], mais tu sais je le vis (présentement) parce que tu m'en parles, mais tu sais ce n'est pas quelque chose qui m'affecte dans mon quotidien. Pour moi je suis passée à autre chose [...] je suis ailleurs (maintenant). Mais tu sais (maintenant) je t'en parle et j'essaie de me rappeler de son visage [...] je revois son visage et je sens un peu que ça me fait encore (quelque chose) alors [...] je me dis, ô mon dieu, elle m'a vraiment affecté cette personne-là dans le fond.*

Une participante a mentionné avoir vécu une situation de violence extrême durant laquelle le patient est décédé. Ce type de situation a causé un traumatisme chez

cette victime. Cette participante mentionne qu'elle a, par la suite, vécu de l'anxiété et un haut niveau de stress, et que cela a affecté la qualité de son travail : **P2 #349**

*Je commence à moins paniquer, mais en même temps, à chaque fois qu'on me donne un patient hospitalisé, j'ai le cœur qui me débat, j'ai le souffle court, je ne vais pas bien puis j'ai une mini panique en dedans. Je me dis que si ça se reproduit, il faudra que je sois plus compétente et plus efficace que ça.*

### **La difficulté de gérer un si haut niveau de stress**

La violence horizontale engendre un haut niveau de stress chez les victimes et plusieurs ne sont pas outillées pour gérer un si haut niveau de stress. La majorité des participantes n'ont pas consulté les ressources psychologiques de leur milieu de travail et ne savait pas où demander de l'aide. L'analyse des verbatims a permis d'identifier deux mécanismes que les victimes vont adopter pour diminuer leur niveau de stress, soient : 1) recrudescence des demandes de congé et, dans d'autres situations, elles vont 2) risque de quitter son emploi ou la profession.

**Recrudescence des demandes de congé.** Une autre façon pour les victimes d'éviter les situations de violence horizontale, ou pour diminuer leur niveau de stress, est de prendre des congés d'études, surtout dans les cas où elles ne peuvent pas dénoncer leur agresseur : **P8 #232** « *Non, je suis partie, j'ai pris un congé d'études* ». Plusieurs participantes ont confié avoir pris quelques journées de congé pour maladie, suite à un



événement violence horizontale. D'autres participantes ont même dû prolonger leur congé pour maladie sur plusieurs mois, comme en témoigne cette participante : **P10 #191** « [...] la première année que j'ai été diplômée, ça été vraiment je pense la pire année de ma vie parce qu'avec toutes ces pressions-là, avec tout ça finalement je suis partie en maladie pendant quatre mois ».

**Risque de quitter son emploi ou la profession.** Lorsque le niveau de stress est trop élevé, plusieurs participantes ont également pensé à quitter leur emploi, comme en témoigne cette participante : **P2 #474** « Oui, oui, oui quitter la profession catégoriquement [...] Là j'suis en grosse décision ». En fait, la même journée durant laquelle elle a vécu un événement de violence horizontale, une participante mentionne avoir fait des démarches pour travailler dans un autre centre hospitalier : **P1 #305** « Oui, j'ai réellement pensé à chercher un autre emploi la même journée. Durant la pause, j'ai regardé les postes vacants d'autres hôpitaux et dans les autres départements ainsi que les journées suivantes ». On remarque que les participantes sont peu outillées pour gérer une situation avec un si haut niveau de stress. Elles vont alors souvent choisir l'option qui leur permet de fuir le problème de la violence horizontale.

Pour certaines participantes, dans les cas les plus graves, elles n'arrivent pas à gérer ce haut niveau de stress et la seule option qui s'offre à elle est de quitter la profession d'infirmière. Deux participantes ont mentionné avoir quitté la profession

infirmière après avoir vécu de la violence horizontale pendant plus d'un an. Le verbatim de cette participante en témoigne : **P5 #665**

*Alors, pour moi la solution était de partir, je suis partie [...] #786 [...] après un an c'était clair que [...] c'était au-delà de mes capacités mentales ou physiques et psychologiques. C'était comme trop là, trop de choses à gérer.*

Cette autre participante mentionne qu'elle a quitté la profession d'infirmière : **P9 #131** « [...] j'étais tellement stressée là. Quand j'arrivais à l'hôpital, je pleurais le matin puis à la fin de ma journée j'étais épuisée. Alors j'ai arrêté de pratiquer ».

### **Stratégies pour réduire ou éliminer la violence horizontale**

Afin de répondre au troisième objectif de cette recherche, l'analyse des verbatims a permis d'identifier les stratégies proposées par les participantes pour réduire la violence horizontale. Les stratégies identifiées ont été classées en deux thèmes, soient : 1) développer ses compétences et ses connaissances et 2) changer la culture de la violence horizontale.

La majorité des participantes ont mentionné qu'elles n'étaient pas bien outillées pour gérer des situations de violence horizontale et que les autres infirmières n'avaient pas plus les compétences pour gérer de telle situation. La majorité des participantes ont

souligné qu'il serait important d'offrir de la formation et de sensibiliser les infirmières aux conséquences psychologiques de la violence horizontale. Cette participante souligne qu'il serait nécessaire d'offrir une formation obligatoire sur la violence horizontale **P2 #501** « *En parler, donner de l'information obligatoire [...]* ».

Les participantes ont mentionné que les programmes de formation sur la violence horizontale devraient permettre d'augmenter ses compétences et ses connaissances afin de mieux réagir en cas de violence horizontale.

### **Développer ses compétences et ses connaissances**

L'analyse des verbatims a permis d'identifier que ces programmes de formation devraient principalement couvrir quatre sous-thèmes, soient : 1) reconnaître ses émotions, 2) maîtriser ses émotions, 3) développer son empathie et 4) augmenter ses compétences relationnelles.

**Reconnaître ses émotions.** Plusieurs participantes ont remarqué que la violence survient dans un contexte où les infirmières sont stressées et vivent beaucoup de frustrations. Selon les participantes, les infirmières devraient reconnaître et identifier leurs émotions pour éviter d'être agressives envers une autre infirmière. Une participante mentionne que l'infirmière en chef devrait aider les infirmières à reconnaître leurs

émotions et à identifier leurs frustrations afin d'éviter des situations de violence horizontale : **P11 #646** « *De vérifier pourquoi, [...] pourquoi que les infirmières sont frustrées comme ça* ».

**Maitriser ses émotions.** Plusieurs participantes mentionnent qu'il est important de gérer son niveau de stress pour créer un environnement de travail positif. La gestion des émotions permet une meilleure communication, ce qui a pour effet de diminuer la violence horizontale, comme en témoigne cette participante : **P6 #41** « *Je pense que si tout le monde était plus heureux, qu'il n'y aurait pas de stress relié à manque de temps (et) on se parlerait mieux [...]* ». Les nouvelles infirmières diplômées vivent beaucoup de stress durant leurs premières années de pratique, et encore plus dans un contexte de violence horizontale. Certaines participantes ont mentionné que le fait de vivre constamment de la violence horizontale fait en sorte qu'elles sont plus impulsives et émotionnelles dans leurs réactions, comme le mentionne cette participante : **P2 #403**

*[...] parce qu'on est trop impulsif [...] on accumule, on accumule puis on finit un moment donné par réagir, mais c'est une réaction émotive qui n'est pas logique [...] alors (on) a l'air d'être violente #419 on a l'air d'être des agresseurs [...] #430 [...] vous sentez ça que ça se répète [...] il y a un pattern.*

Le contexte de travail fait en sorte que les infirmières présentent un haut niveau de stress et de l'épuisement professionnel, ce qui fait en sorte qu'il est difficile pour

toutes les infirmières de gérer leurs émotions. Comme le mentionnent les participantes, la gestion du stress est un élément-clé pour diminuer la violence horizontale.

**Développer son empathie.** Plusieurs participantes ont remarqué que la violence horizontale survient lorsque les infirmières démontrent peu d'empathie entre elles. Le manque de collaboration dans l'équipe est un signe que le niveau d'empathie est diminué. Le *leader* a le pouvoir d'influencer le niveau d'empathie dans le groupe. Cependant, comme l'ont constaté plusieurs participantes, les infirmières en chef sont souvent stressées, épuisées et démontrent peu d'empathie pour leurs collègues et, dans certaines situations, pour les patients. Une participante mentionne qu'elle aurait aimé que l'infirmière en chef lui témoigne de l'empathie, surtout après avoir vécu une situation de violence horizontale extrême : **P2 #267**

*J'aurais aimé qu'elle me recommande à quelqu'un au niveau psychologique, pour pouvoir parler, parce que j'ai vraiment été plusieurs semaines à ne pas bien aller avec ça, faire (trémolo dans la voix), peut-être pas des cauchemars, mais à m'endormir tard, me réveiller dans la nuit puis à penser juste à ce patient-là.*

Les participantes constatent que le manque d'empathie du gestionnaire, affecte le reste de l'équipe, ce qui contribue à diminuer le niveau d'empathie dans l'équipe de travail. Dans un tel contexte, les infirmières travaillent moins en équipe, et les infirmières témoins de violence horizontale éprouvent peu d'empathie pour la victime. Dans certains cas, plus graves, le manque d'empathie pour la victime se répercute

également sur le patient, comme en témoigne ces participantes : **P10 #159** « [...] *Cela n'a pas d'allure parce que finalement, c'est le patient qui va payer pour ça [...]* ». Une autre participante mentionne : **P7 #83** « [...] *je n'avais aucune aide [...]* **#87** [...] *je n'ai jamais repris le dessus, cela a été dangereux pour les patients toute la soirée* ».

**Augmenter ses compétences relationnelles.** Les participantes ont mentionné qu'elle n'avait pas les compétences relationnelles pour gérer les relations de conflit interpersonnel. Comme le mentionne cette participante, elle aimerait avoir plus de connaissances et de compétences pour régler ces situations de conflit : **P1 #651** « [...] *dans le sens légal [...], je voudrais savoir (comment) régler (les situations) comme ça* ». Dans plusieurs situations, les nouvelles infirmières ont l'impression d'être seules au monde, ce qui démontre qu'en situation de stress et de violence horizontale, il est difficile pour les participantes de créer des liens harmonieux avec leurs collègues de travail.

Certaines participantes ont de la difficulté à demander de l'aide et à communiquer verbalement avec les infirmières d'expérience, comme durant le rapport verbal. Comme le confirme cette participante : **P5 #23** « *Quand tu donnes un rapport puis la personne ne te regarde même pas, comme si tu étais une moins que rien et ce que tu lui disais ne vaut rien au fond [...]* ». Ces compétences sociales sont essentielles afin de faciliter les relations sociales et de créer des relations professionnelles harmonieuses.

Les capacités de communication et de collaboration sont des éléments-clés de cette compétence sociale. Plusieurs participantes ont mentionné qu'elles voudraient améliorer leurs compétences en communication pour diminuer la violence horizontale. Comme en témoigne cette participante : **P1 #676** « [...] je voudrais, dans le sens psychologique aussi je voudrais (savoir) comment je peux me protéger et comment négocier (communiquer) avec les filles qui sont agressives ».

Comme le mentionnent les participantes pour diminuer la violence horizontale en sciences infirmières, il est essentiel d'offrir des programmes de formation pour augmenter les compétences et les connaissances des infirmières afin de mieux réagir dans les situations de violence horizontale. Les participantes ont également mentionné que pour contrer la violence horizontale en sciences infirmières, il est essentiel de changer la culture des milieux de travail.

### **Changer la culture du milieu face à la violence horizontale**

Ainsi, l'analyse des verbatims a permis d'identifier que pour changer la culture de la violence horizontale selon les participantes, les infirmières doivent adopter un style de *leadership* de résonance afin d'influencer les autres infirmières à contrer cette violence entre infirmières et pour changer la culture de la violence horizontale en sciences infirmières.

**Adopter un style de *leadership* de résonance.** Plusieurs participantes reconnaissent l'importance du rôle de l'infirmière en chef comme *leader* pour contrer la violence horizontale. Cependant, comme l'ont mentionné les participantes les *leaders* positifs qui arrivent à contrer les situations de violence horizontale n'occupent pas nécessairement un poste en gestion. Les participantes ont également mentionné que les *leaders* positifs, par leur empathie, avaient le pouvoir de changer la culture de la violence horizontale. Comme en témoigne cette participante où une collègue de travail a influencé positivement l'infirmière en chef a dénoncé une situation de violence horizontale: **P7 #108**

*[...] c'est une collègue [...] elle est allée voir l'assistante pour lui dire ; "Il faut que tu lui envoies quelqu'un, ses patientes vont mourir, ça n'a pas de sens [...] alors c'est une collègue qui est allée dénoncer finalement la situation [...].*

En conclusion, l'analyse des verbatims a permis de mieux décrire et comprendre le phénomène de la violence horizontale selon le point de vue des nouvelles infirmières qui en sont victimes. L'analyse des verbatims a permis de répondre aux objectifs de cette recherche, soient : de définir la violence horizontale selon le point de vue des victimes, de mieux comprendre le ressenti des victimes et d'identifier des stratégies pour réduire ou éliminer la violence horizontale. Cette recherche a permis de faire des liens importants avec la littérature actuelle sur la violence horizontale, ce qui permettra d'approfondir la réflexion et de proposer des recommandations dans le chapitre suivant.



## Discussion

Le phénomène de la violence horizontale en sciences infirmières est complexe et dynamique. Les conséquences pour les victimes doivent être considérées sérieusement. Cette étude phénoménologique a permis de mieux décrire et comprendre le phénomène de la violence horizontale selon l'expérience vécue de nouvelles infirmières diplômées. L'analyse des verbatims a levé le voile sur les trois objectifs de cette recherche soit : 1) de définir le concept de la violence horizontale, 2) de comprendre le ressenti des victimes et 3) d'identifier des stratégies pour réduire ou éliminer la violence horizontale en sciences infirmières.

Ainsi, ce chapitre propose une discussion autour du cadre théorique de Michel Foucault sur le concept de la relation pouvoir-savoir. Par la suite, ce chapitre présente le concept de la violence horizontale tel que perçu par les participantes de l'étude. Différentes stratégies pour diminuer la violence horizontale seront abordées. De plus, les retombées ainsi que les forces et les limites de cette recherche seront également soulignées.

### **La relation de pouvoir-savoir**

L'analyse des verbatims en lien avec la description d'un évènement de violence horizontale a établi qu'il existait une relation de pouvoir-savoir entre les infirmières d'expérience et les nouvelles infirmières diplômées. Comme l'ont mentionné les participantes, cette relation est parfois positive ou parfois négative, ce qui corrobore les écrits de Michel Foucault (1980) sur la relation de pouvoir-savoir. Lorsque cette relation de pouvoir-savoir est positive, l'infirmière d'expérience partage ses connaissances avec la nouvelle infirmière diplômée. Dans ce contexte, l'infirmière d'expérience est une mentore. À l'opposé, lorsque la relation de pouvoir-savoir est négative, l'infirmière d'expérience ne partage pas ses connaissances, ce qui a pour effet d'augmenter les conflits interpersonnels et d'engendrer de la violence horizontale.

Dans un contexte de violence horizontale, le rôle de l'agresseur est de surveiller et de punir les victimes. La violence horizontale encourage les agresseurs à punir les individus qui ne répondent pas aux normes de productivité par exemple. Pour maintenir la norme établie et pour punir les individus qui ne correspondent à cette norme, l'agresseur a recours aux trois instruments du pouvoir disciplinaire, soit : 1) le regard hiérarchique, 2) la sanction normalisatrice et 3) l'examen. L'identification de la relation de pouvoir-savoir pour expliquer le phénomène de la violence horizontale entre infirmières, corrobore également les écrits de Kelly et Ahern (2009), de King-Jones (2011) et de St-Pierre et Holmes (2008). Ultimement, l'agresseur arrivera à exercer un

pouvoir sur sa victime, même en son absence. Par exemple, plusieurs participantes ont identifié qu'elles se sentaient constamment observées ou surveillées, et ce même en l'absence de leur agresseur, ce qui a été identifié comme de la violence invisible. Ce constat se rapproche de la conception de la relation pouvoir-savoir de Michel Foucault (1975) en vertu de laquelle les individus peuvent se sentir constamment surveillés.

Le fait que la violence horizontale soit peu dénoncée par les victimes est un indice que la violence horizontale fait partie de la culture du milieu. Ce constat appuie les écrits du philosophe Michel Foucault (1975) à l'effet que la violence peut être éventuellement perçue comme la norme dans une organisation. Comme le souligne Michel Foucault (1980), lorsque la violence est acceptée par les individus, ceux-ci n'exercent plus leur droit de résistance, ce qui peut expliquer en partie pourquoi la violence horizontale est peu dénoncée. Cela confirme les écrits de Araujo et Sofield (2011), Stagg, Sheridan, Jones, et Speroni (2011) et Vessey et al. (2010), selon lesquels la non-dénonciation et le déni de la violence contribuent à la prolifération de la violence horizontale en sciences infirmières.

Au cours de cette étude, il a été possible d'observer que certaines participantes ne dénonçaient pas les situations de violence horizontale, notamment parce qu'elles ne savaient pas qu'elles en étaient victimes, tandis que d'autres en avaient parlé avec leur infirmière en chef. Toutefois, aucune n'a reçu le soutien auquel elle s'attendait. Kelly et

Ahern (2009) expliquent que les nouvelles infirmières diplômées ont une connaissance très limitée de la notion de pouvoir et des jeux de pouvoir, ce qui pourrait expliquer en partie pourquoi elles ne dénoncent pas les situations de violence et qu'elles soient totalement dépourvues face à leur agresseur (Kelly & Ahern, 2009). Comme le mentionnent Rush et al. (2014), elles ont besoin d'un programme de transition, de mentorat et de soutien psychologique afin d'améliorer leur expérience de transition et ainsi faire diminuer l'ampleur du phénomène.

Dans un milieu de travail fortement imprégné de la culture de violence horizontale, une telle situation devient « la norme ». En lien avec le concept de « pouvoir-savoir » de Michel Foucault (1975), on ne dénonce pas ce qui est reconnu comme la norme, et ceux qui ne la respectent pas sont punis. Durant les entrevues, le fait d'être nouvelle et non-productive a été nommé comme l'élément déclencheur pour devenir une victime, puisque les agresseurs se donnent le droit de les punir sous prétexte qu'elles ne respectent pas la norme établie. Le faible niveau de productivité devient donc, selon l'étudiante chercheuse, un facteur causal de la violence horizontale.

### **La violence horizontale telle que perçue par les participantes**

La définition de la violence horizontale est complexe, comme le reflète la littérature et comme en témoignent les participantes. Les résultats de cette recherche ont

permis de mieux comprendre et de définir le phénomène de la violence horizontale selon le point de vue de 11 nouvelles infirmières diplômées (Appendice I).

### **L'utilisation de métaphores pour décrire la violence**

À première vue, les nouvelles infirmières diplômées ont de la difficulté à définir la violence horizontale. Pour y arriver, elles utilisent souvent des métaphores pour décrire leur expérience vécue, qui représentent souvent, pour plusieurs des participantes, un haut niveau de stress ou un traumatisme. L'utilisation de métaphores est un signe que les personnes ont vécu un traumatisme. Comme le mentionne Foley (2015), les soldats souffrant de syndrome de stress post-traumatique ont souvent recours aux métaphores pour exprimer leur vécu. Le fait que les participantes utilisent des métaphores se rapportant à la violence physique, à une agression armée ou à de la violence conjugale est un signe de traumatisme. D'autres auteurs avaient déjà noté que les victimes de violence en milieu de travail présentaient des syndromes de stress post-traumatique semblable aux victimes de violence conjugale ou d'agression physique (Leymann, 1992; Mikkelsen & Einarsen, 2002; Tehrani, 2004). Ainsi, l'utilisation de métaphores est thérapeutique dans un contexte de stress post-traumatique, puisque l'utilisation de métaphores aide ces personnes à verbaliser leurs émotions négatives très intenses et à décrire l'impact psychologique de leur expérience traumatisante (Carmichael, 2000; Foley, 2015).

Ce constat appuie également la dernière recherche de Laschinger et Nosko (2015) à l'effet que les nouvelles infirmières diplômées victimes de violence horizontale souffrent de stress post-traumatique. Bien que l'utilisation de métaphore pour décrire une situation traumatisante par les victimes avait été identifiée comme un signe de stress post-traumatique (Carmichael, 2000; Foley, 2015). L'utilisation de métaphores pour décrire une situation de violence horizontale n'a pas été identifiée comme un signe de traumatisme ou comme un signe de syndrome de stress post-traumatique en sciences infirmières. Cette découverte entre l'utilisation de métaphores et l'expérience vécue de violence horizontale par les participantes est une découverte importante dans cette recherche puisqu'elle permet de mieux comprendre l'impact émotionnel et psychologique de la violence horizontale sur les victimes. Les différentes métaphores utilisées par les participantes ont divulgué la présence de différents types de violence horizontale.

### **Les types de violence horizontale**

De manière générale dans la littérature, on parle généralement de violence directe et indirecte, puisque plusieurs recherches s'appuient toujours sur les écrits de McKenna, Smith, et al. (2003) qui sont encore considéré comme un classique. On remarque que la violence horizontale directe, comparativement aux autres types de violence, est plus rarement utilisée. De manière générale, les agresseurs vont utiliser la violence horizontale indirecte, qui est plus subtile et qui a pour but d'atteindre

psychologiquement les victimes. L'utilisation de la violence indirecte corrobore également les constats de McKenna, Smith, et al. (2003), qui ont également remarqué que les nouvelles infirmières vivaient plutôt de la violence indirecte de la part de leurs collègues de travail.

Dans la littérature, la violence directe et indirecte est bien documentée, mais grâce à cette recherche il a été possible d'identifier un troisième type de violence horizontale, soit la violence invisible. Cette découverte, selon la revue de la littérature, n'a pas été à ce jour documentée. L'identification du type de violence invisible permet ainsi de mieux comprendre le fait que la violence horizontale est très difficile à dénoncer par les participantes. Malheureusement, on constate que la violence indirecte et la violence invisible sont très difficiles à dénoncer par les victimes, ce qui corrobore les résultats de McKenna, Poole, Smith, Coverdale, et Gale (2003), et que seulement 50 % des incidents de violence horizontale sont dénoncés.

L'identification de la violence invisible permet également de faire un lien avec le syndrome de stress post-traumatique déjà identifié par Laschinger et Nosko (2015). La description de la violence invisible ressentie par les victimes, mais invisible pour les autres infirmières, témoigne du fait que la violence horizontale a un impact psychologique important chez les victimes. Les participantes ont souvent fait le lien



entre la violence invisible et des symptômes de stress élevé et d'anxiété importante, ce qui corrobore l'état d'hypervigilance et d'anxiété identifiée par les auteurs Leymann (1992), Mikkelsen et Einarsen (2002) et Tehrani (2004) chez les victimes de violence en milieu de travail qui souffrent de syndrome de stress post-traumatique ainsi que l'étude récente de Laschinger et Nosko (2015) en sciences infirmières. Ainsi, l'état d'hypervigilance décrit par les participantes où elles se sentent constamment observées même en l'absence de leur agresseur peut également faire référence au concept de panoptique tels que d'écrits par Michel Foucault (1975).

De plus, les résultats de cette recherche indiquent que le phénomène de la violence horizontale est peut-être plus complexe et dynamique selon le point de vue des participantes qui en ont été victimes. Ce constat a mis à jour qu'il existe plusieurs acteurs dans un contexte de violence horizontale.

### **Les acteurs de la violence horizontale**

Dans la littérature, pour décrire une situation de violence, les auteurs se limitent à l'identification de l'agresseur et de la victime. Le point de vue unique des participantes victimes de violence horizontale a levé le voile sur l'aspect dynamique de la violence horizontale. Les résultats de cette recherche démontrent qu'il existe quatre acteurs principaux et que chacun d'entre eux peut également tenir un rôle diffère selon la

situation. Selon la revue de la littérature, cette découverte n'avait pas été documentée dans d'autres recherches précédentes.

La description de situation de violence horizontale par les participantes a permis de comprendre que ce phénomène est complexe et dynamique, et que plusieurs acteurs pouvaient y être impliqués. Les études antérieures comme celle de Dellasega (2011), avaient comparativement identifié que trois acteurs : l'agresseur, les victimes et les spectateurs. Ainsi, les résultats de l'étude reconnaissent la présence de quatre types d'acteurs en lien avec ce phénomène soit : l'infirmière d'expérience, la nouvelle infirmière d'expérience, l'infirmière témoin et l'infirmière *leader*. De plus, les résultats de cette étude ont révélé que chaque acteur pouvait jouer un rôle différent selon le contexte. De manière générale, dans la littérature, pour décrire une situation de violence horizontale, on s'intéresse principalement à l'agresseur et à la victime. Cependant, l'analyse des verbatims démontre que le phénomène de la violence horizontale entre infirmières est complexe, dynamique, et qu'il implique plusieurs acteurs. Ce constat confirme les propos du Goleman (2016) à l'effet que la violence en milieu de travail est complexe et dynamique.

Comme Dellasega (2011), cette étude a identifié que les témoins jouaient un rôle clé dans la violence horizontale. Selon le point de vue des participantes, l'analyse des différents comportements des témoins en situation de violence a révélé et distingué trois

types de témoins soit : passif, réactif et proactif. Ce constat corrobore également les écrits de Goleman (1995) et de Beaulieu (2010) sur l'identification des différents types de comportements selon le niveau de compétences émotionnelles et sociales des gens. L'analyse des verbatims a permis de constater que la majorité des témoins étaient passifs dans une situation de violence horizontale. Ainsi, les témoins passifs n'éprouvent pas d'empathie pour la victime, et par conséquent, ils ne vont pas intervenir pour faire cesser la situation. Dans certains cas graves, cela peut contribuer le décès de patients, comme il a été noté durant les entrevues. Ce constat confirme également les écrits de Houck et Colbert (2017) et de Roche, Diers, Duffield, et Catling-Paull (2010) sur le fait que la violence horizontale entre infirmières affecte la qualité des soins et peut également causer le décès des patients, dans les cas les plus graves. Selon l'analyse de la littérature, aucun article n'a identifié les témoins comme pouvant jouer un rôle passif, réactif et proactif dans un contexte de violence horizontale.

Dans les cas rapportés par les participantes, la majorité des *leaders* était de type négatif (dissonance), ce qui corrobore les écrits de Goleman et al. (2003) à l'effet que la présence de violence en milieu de travail est souvent influencée par la présence d'un *leader* négatif (dissonance). Les résultats de cette recherche précisent que l'action d'un *leader* positif (résonance) qui, par son empathie, a réussi à mettre fin à une situation de violence horizontale et à influencer positivement les comportements des autres témoins. Ce constat corrobore également les écrits de Goleman et al. (2003) sur le pouvoir

d'influence des *leaders* positifs (résonnance). Ce constat confirme également les écrits de plusieurs auteures en sciences infirmières à l'effet que le niveau de compétences émotionnelles et sociales des infirmières, et particulièrement celui des *leaders*, est déterminant afin de contrer la violence horizontale (Bennett & Sawatzky, 2013; Hutchinson & Hurley, 2013; Littlejohn, 2012).

Les résultats de cette recherche soulignent que la plupart des agresseurs agissent seuls, bien qu'il arrive régulièrement que les situations de violence horizontale se déroulent au poste des infirmières, au moment du rapport et des changements de quarts de travail. Ce constat appuie la définition de Thobaben (2011) sur la violence horizontale, à l'effet qu'une infirmière ou un groupe d'infirmière peuvent prendre pour cible une victime en particulier.

De plus, cette étude a révélé que lorsque plusieurs infirmières sont impliquées dans une situation de violence, c'est un indice que la violence horizontale fait partie de la culture du milieu, ce qui corrobore les écrits de Goleman (2006) à l'effet que les *leaders* négatifs (dissonance), par leur manque d'empathie pour la victime, incitent les autres membres du personnel à adopter les mêmes comportements négatifs. Ainsi, la présence d'un *leader* négatif peut grandement influencer de manière négative le développement d'une culture de violence horizontale au sein d'une équipe de travail, et d'autant plus lorsque ce *leader* négatif occupe un poste de gestionnaire (violence

verticale) comme l'ont identifié les participantes, ce qui corrobore également les écrits de Goleman (2003). Les résultats de cette recherche démontrent que la présence d'un *leader* négatif (dissonance), qui fait preuve de peu d'empathie, influence négativement les comportements des autres infirmières, ce qui crée des environnements de travail où la violence horizontale fait partie de la culture du milieu. Ces constats corroborent également les écrits de Goleman (2016) sur la présence de violence en milieu de travail.

Selon Lachman (2015), les gestionnaires ont un rôle important à jouer afin de diminuer, avec une influence positive, cette violence horizontale. Cependant, comme l'ont mentionné les participantes, les infirmières en chef présentent un niveau de compétences émotionnelles passif ou réactif, ce qui confirme l'étude de Prufeta (2017) qui a remarqué que les infirmières gestionnaires présentaient un niveau de compétences émotionnelles faible (passif ou réactif). Ainsi, comme le mentionne Prufeta (2017), les infirmières gestionnaires n'ont pas développé les compétences émotionnelles et sociales nécessaires pour gérer des situations de conflit interpersonnel tel que la violence horizontale.

Les infirmières gestionnaires vivent également beaucoup de stress et se sentent souvent dépassées par les événements, ce qui affecte leurs compétences émotionnelles et sociales (Littlejohn, 2012; Prufeta, 2017). Malheureusement, dans certains milieux de

travail, l'infirmière gestionnaire est elle-même une *leader* négative, comme le soulignent les participantes. La présence d'un *leader* négatif fait en sorte que la violence horizontale devient la normale et s'inscrit dans la culture du milieu (Bennett & Sawatzky, 2013; Hutchinson & Hurley, 2013; Littlejohn, 2012). Cependant, comme l'ont constaté plusieurs auteurs, un style de *leadership* positif a le pouvoir d'influencer et de changer la culture de la violence horizontale (Avolio & Gardner, 2005; Bennett & Sawatzky, 2013; Hutchinson & Hurley, 2013; Laschinger et al., 2016; Littlejohn, 2012; Prufeta, 2017; Read & Laschinger, 2013).

L'identification des différents acteurs et de leur implication selon leur rôle dans une situation de violence horizontale représente une découverte importante dans cette recherche. De plus, la recension des écrits sur ces éléments a permis de constater qu'aucune autre recherche n'avait établi ces liens entre les acteurs, leur rôle et la violence horizontale. Cette découverte a mis en lumière les différents facteurs qui peuvent influencer la présence de violence horizontale. Cependant, les facteurs les plus déterminants identifiés par les participantes de cette recherche sont les facteurs qui influencent collectivement les comportements des différents acteurs.

### **Les facteurs qui engendrent la violence horizontale**

Les résultats de cette recherche indiquent que plusieurs facteurs peuvent contribuer à l'émergence de la violence horizontale entre infirmières. Le stress et la fatigue sont déterminants puisqu'ils diminuent la résistance au stress et la capacité des individus à gérer une situation de conflit interpersonnelle (Goleman, 2006, 2016; Johnson & Trad, 2014; Killgore, 2013; van Geel, Goemans, & Vedder, 2016).

Comme l'ont constaté plusieurs auteurs, la violence horizontale entre infirmières survient souvent dans des milieux de travail où le niveau de stress est élevé (Choudary, 2010; Foxall, Zimmerman, Standley, & Bené, 1990; Hipwell, Tyler, & Wilson, 1989; Hughes, Thompson, & Terrell, 2009; Laschinger & Nosko, 2015; Oh et al., 2016). Malheureusement, comme le mentionne Littlejohn (2012), la violence horizontale est souvent utilisée comme un mécanisme de gestion du niveau de stress au travail. De plus, plusieurs chercheurs ont observé que l'expérience de violence horizontale augmente également le niveau de stress, ce qui a des conséquences graves sur la santé psychologique des infirmières (Bartholomew, 2010; Griffin & Clark, 2014; Laschinger & Nosko, 2015; Littlejohn, 2012; McKenna, Smith, Poole, & Coverdale, 2003).

On remarque également que, dans les environnements de travail négatifs, les infirmières d'expérience font preuve de peu d'empathie envers les nouvelles infirmières

diplômées. Comme le mentionne Goleman (2006), un des signes précurseurs de la détérioration des relations interpersonnelles est la diminution de l'empathie, un des éléments de l'intelligence émotionnelle et sociale.

### **Les conséquences psychologiques de la violence horizontale**

D'autres participantes ont mentionné qu'elles ressentaient encore de l'anxiété, des *flashbacks*, des cauchemars, de l'insomnie, même plusieurs mois après l'événement. Ce constat corrobore les écrits de Leymann (1992), Matthiesen, (2004), Mikkelsen et Einarsen (2002) et de Tehrani (2004), selon lesquels les personnes qui ont subi de la violence en milieu de travail, présentent des symptômes physiques et psychologiques de stress post-traumatique. L'analyse des verbatims confirme également les découvertes récentes de Laschinger et Nosko (2015), à l'effet que la violence horizontale augmente le niveau de stress des victimes et que celles-ci peuvent développer un syndrome de stress post-traumatique.

Comme il a été constaté, les participantes présentent un haut niveau de stress, ce qui affecte la qualité de leur travail, ce qui peut les amener à faire des erreurs de médication. Les résultats de cette recherche démontrent que la violence horizontale diminue la collaboration entre les infirmières, ce qui affecte également la qualité des soins donnés aux patients. Comme certaines participantes l'ont mentionné, certains



patients sont malheureusement décédés dans des situations de violence horizontale où elles n'ont pas eu l'aide nécessaire pour offrir des soins de qualité.

Dans certains cas les congés de maladie peuvent durer plusieurs mois, puisque suite au traumatisme causé par l'événement de violence horizontale, les victimes sont en état d'épuisement professionnel ou de stress post-traumatique. Ce constat corrobore les écrits de Laschinger et al. (2010) et de Laschinger et Nosko (2015). D'autres participantes ont mentionné avoir opté pour un retour aux études afin d'éviter les situations de violence horizontale. Ce constat ne semble pas être documenté dans la littérature. Les congés de maladie et le roulement de personnel affectent également la qualité des soins, comme le soulignent les auteurs Bae, Mark, et Fried (2010).

Ce constat confirme les propos de Beaulieu (2010) à l'effet que les jeunes adultes n'ont pas encore développé à pleine maturité leurs compétences émotionnelles et sociales pour gérer une telle situation. Comme l'ont souligné plusieurs auteurs, la violence horizontale diminue la satisfaction au travail, augmente l'épuisement professionnel et le niveau de stress, ce qui diminue le niveau de rétention des nouvelles infirmières diplômées dans leur milieu de travail et dans la discipline infirmière (Armmer & Ball, 2015; Hogh, Giver, Hannerz, & Pedersen, 2012; Hogh, Hoel, & Carneiro, 2011; Vessey et al., 2010).

L'identification des congés de maladie est bien documentée dans la littérature pour comprendre la détresse psychologique des victimes. Les résultats de cette étude ont permis de reconnaître que les congés d'étude peuvent également être un indice que les victimes sont affectées psychologiquement par la violence horizontale. Selon la recension des écrits, cet aspect n'est pas documenté dans la littérature. Les congés de maladie ou les congés d'étude sont des stratégies d'évitement utilisées par les victimes pour fuir la situation de violence horizontale. L'augmentation des congés de maladie et de congé d'étude chez les nouvelles infirmières diplômées pourrait être un indice de présence de violence horizontale dans un milieu de travail puisque cela reflète des conséquences psychologiques chez les victimes.

### **Les stratégies pour réduire ou éliminer la violence horizontale**

Bien que plusieurs stratégies aient été mises en place dans le passé pour réduire la violence horizontale en sciences infirmières, plusieurs auteurs s'inquiètent du fait que le phénomène subsiste (Armmer & Ball, 2015; Houck & Colbert, 2017; Lachman, 2015; Laschinger & Nosko, 2015; Purpora & Blegen, 2015; Wilson, 2016). Durant les entrevues, il a été possible de constater que les participantes ne connaissaient pas les politiques de tolérance zéro de leur milieu de travail, et que plusieurs ne savaient pas à qui demander de l'aide lorsqu'elles ont vécu de la violence horizontale. Lorsqu'elles demandent de l'aide à leur infirmière en chef, celle-ci ne sait souvent pas comment réagir, ce qui soutient les écrits de Prufeta (2017) à l'effet que les gestionnaires ont peu

de compétences émotionnelles et sociales pour réagir dans les cas de conflit interpersonnel. Cette situation confirme également l'étude de Sellers et al. (2009) réalisé auprès de 108 infirmières gestionnaires à New York à l'effet que les infirmières gestionnaires ne connaissent pas l'existence de politique de tolérance zéro et que 43 % d'entre elles n'arrivent pas à appliquer ces politiques.

Malheureusement, plusieurs participantes auraient souhaité avoir du soutien psychologique et n'en ont pas reçu, ce qui corrobore les résultats de recherche de McKenna, Smith, et al. (2003), à l'effet que très peu de victimes reçoivent le soutien psychologique dont elles auraient besoin. Ce constat est encore plus préoccupant puisque l'on sait désormais que les nouvelles infirmières diplômées sont à risque de souffrir de stress post-traumatique après avoir vécu de la violence horizontale (Laschinger & Nosko, 2015).

La majorité des participantes ont proposé des stratégies pour diminuer la violence horizontale en milieu de travail en lien avec les compétences émotionnelles et sociales. Ce constat corrobore également les écrits de plusieurs auteurs (Bennett & Sawatzky, 2013; Goleman, 2016; Hutchinson & Hurley, 2013; Littlejohn, 2012). Les participantes ont notamment mentionné qu'il est important d'identifier ses frustrations, de mieux gérer son stress, d'avoir plus d'empathie entre collègues de travail et d'améliorer ses

compétences en communication afin de mieux gérer les situations de conflit. Comme le souligne Littlejohn (2012), le fait de développer ses compétences émotionnelles contribue à réduire le niveau de stress des infirmières, ce qui a pour effet de diminuer la violence horizontale. Dans le même ordre d'idée, selon Goleman et Davidson (2017), la pratique de la méditation *mindfulness* serait une stratégie qui permettrait de réguler les émotions négatives et d'augmenter l'intelligence émotionnelle. Comme le mentionne Davidson (2018), plusieurs chercheurs en neuroscience s'intéressent à la méditation *mindfulness* comme pouvant être une stratégie efficace pour diminuer le stress, diminuer les impulsions de violence, augmenter la résilience et la compassion.

Les participantes ont également mentionné qu'elles auraient souhaité avoir une infirmière qui aurait pu les guider, comme un mentor, et qu'elles auraient aimé de l'infirmière en chef la démonstration de plus d'empathie et qu'elle soit une *leader* positive pour inspirer les autres à changer leurs comportements négatifs. Comme l'indiquent Blackmon-Jones (2017); D'Ambra et Andrews (2014); Hubbard (2014) ainsi que Rush et al. (2014), les nouvelles infirmières diplômées ont besoins de mentorat et de soutien psychologique d'autant plus dans un contexte de violence horizontale.

Bien qu'on ait vu que ce concept existe depuis les années 90, il est relativement nouveau en sciences infirmières. Comme le mentionnent Bennett et Sawatzky (2013), le

développement des compétences émotionnelles des gestionnaires et des employés est déjà reconnu dans plusieurs domaines comme une stratégie efficace pour diminuer ou éliminer la violence horizontale. Comme le mettent en évidence plusieurs auteurs, les *leaders* en soins infirmiers devraient améliorer leurs compétences afin de promouvoir un environnement de travail sain et mieux gérer les situations de violence horizontale dans leurs équipes (Bennett & Sawatzky, 2013; Goleman, 2016; Hutchinson & Hurley, 2013; Laschinger et al., 2016; Littlejohn, 2012; Prufeta, 2017). Comme le font remarquer ces mêmes auteurs, pour contrer la violence horizontale, il faut changer la culture de la violence horizontale. Pour y arriver, il serait souhaitable de choisir des *leaders* positifs (résonance) qui font preuve d'empathie et qui ont les compétences émotionnelles et sociales pour gérer les conflits interpersonnels et qui ont le pouvoir d'influencer positivement les autres infirmières (Bennett & Sawatzky, 2013; Hutchinson & Hurley, 2013; Laschinger et al., 2016; Littlejohn, 2012; Prufeta, 2017).

### **Les recommandations**

Les retombées possibles de cette recherche pour la discipline infirmière consistent en une occasion pour les participantes de s'exprimer sur le phénomène de la violence horizontale et de reconnaître leur expérience. De plus, cette recherche pourrait aussi permettre d'élaborer des stratégies afin d'améliorer le soutien aux victimes, leur bien-être, leur performance, leur satisfaction au travail, la rétention et l'engagement professionnel des nouvelles infirmières diplômées (Pinsonnault, St-Pierre, & Verdon,

2017). Améliorer la formation des nouvelles infirmières en levant le voile sur la violence horizontale afin de les préparer adéquatement à gérer ces situations difficiles serait une autre retombée considérable de cette recherche. Les recherches futures pourraient explorer davantage le lien entre les compétences émotionnelles et sociales afin de proposer un programme de formation.

Voici une liste des recommandations proposer par l'étudiante chercheure afin de contrer le phénomène de la violence horizontale en science infirmière :

- 1) Offrir des programmes de formation pour aider les infirmières à développer leurs compétences émotionnelles et sociales ;
- 2) Avoir un programme de mentorat pour aider les infirmières à développer leurs compétences émotionnelles et sociales ;
- 3) Offrir des programmes de soutien psychologique pour les victimes ;
- 4) Sensibiliser les infirmières aux symptômes de stress post-traumatique ;
- 5) Offrir des formations sur la méditation *mindfulness*.

### **Les avantages et les limites de cette étude**

Cette recherche phénoménologique réalisée au Québec sur la violence horizontale entre infirmières comporte plusieurs avantages étant donné son caractère unique. Cette étude phénoménologique herméneutique qui s'appuie également sur le

cadre philosophique de Michel Foucault a permis de faire émerger plusieurs connaissances novatrices. Grâce à la participation de 11 nouvelles infirmières diplômées qui ont été victimes de violence horizontale, cette étude augmente les connaissances sur ce phénomène et permet d'identifier des stratégies pour contrer la violence horizontale. Enfin, la démarche d'analyse des verbatims et la validation des résultats de recherche par la directrice de recherche et la codirectrice de recherche augmentent la crédibilité de cette recherche.

Cette étude comporte également quelques limites. Pour cette recherche, les limites sont : 1) les expériences professionnelles de l'étudiante chercheuse en lien avec la violence horizontale (l'étudiante chercheuse a été victime de violence horizontale); 2) les participantes répondent dans le but de plaire à l'étudiante chercheuse (désirabilité); 3) certaines participantes auraient peut-être participé à l'étude dans le but d'avoir un soutien psychologique ou de l'aide pour dénoncer une expérience de violence horizontale; 4) des événements négatifs passés altérés ou partiellement effacés de la mémoire des participantes; 5) les non-participantes pourraient avoir une expérience différente; 6) une collecte de données par entrevues représente des faits rapportés et non une observation *in situ* des événements et 7) le nombre de participantes ne permet pas de généraliser les résultats de recherche à l'ensemble de la population infirmière.

En résumé, les résultats de cette recherche ont permis de mieux décrire et de comprendre le phénomène de la violence horizontale selon la perspective de 11 nouvelles infirmières diplômées qui en ont été victimes (Appendice I). De plus, cette étude a répondu aux trois objectifs de cette recherche qui étaient de définir la violence horizontale, de mieux comprendre le ressenti des victimes et d'identifier des stratégies afin de contrer la violence horizontale. Cette recherche a également fait émerger de nouvelles connaissances sur la violence horizontale grâce au point de vue unique des nouvelles infirmières diplômées. Ainsi, il a été possible d'identifier trois types de violence horizontale (directe, indirecte et invisible), de distinguer quatre types d'acteurs (l'agresseur, la victime, le témoin, le *leader*), de reconnaître trois types de témoins (passif, réactif et proactif) et de discerner deux styles de *leadership* (résonance et dissonance). Par ailleurs, cette recherche a permis d'émettre plusieurs recommandations afin de contrer la violence horizontale. Cette recherche a également démontré qu'il existe une relation en pouvoir-savoir (positive ou négative) entre les infirmières d'expériences et les nouvelles infirmières diplômées.



Conclusion

En conclusion, les résultats de cette recherche présentés plus haut permettent de mieux décrire et de comprendre le phénomène de la violence horizontale selon l'expérience vécue de 11 nouvelles infirmières diplômées. Plusieurs éléments importants de cette recherche vont inspirer les infirmières et les gestionnaires à mettre en place des stratégies efficaces afin de contrer la violence horizontale. Compte tenu des résultats de la présente recherche, il serait opportun pour les futures recherches d'approfondir le syndrome de stress post-traumatique chez les victimes de violence horizontale. De plus, il serait intéressant de réaliser un programme de formation sur la violence horizontale basé sur les compétences émotionnelles et sociales afin de contrer la violence horizontale. Dans la même optique, il serait intéressant d'offrir de la formation continue aux infirmières afin de les aider à développer des compétences pour qu'elles puissent devenir des *leaders* positives. La violence horizontale devrait être au cœur des préoccupations des infirmières autant dans les milieux de formation que dans les milieux de travail.

Cette recherche a permis de mieux comprendre l'ampleur des conséquences négatives de la violence horizontale chez les victimes, ainsi que pour la profession infirmière. Bien que la violence horizontale affecte toutes les infirmières, cette recherche a permis de confirmer que les nouvelles infirmières diplômées sont plus risqué de

souffrir de séquelles psychologiques. Enfin, cette recherche a permis d'amorcer une conscientisation sur le fait que la violence horizontale est un phénomène complexe et dynamique qui implique plusieurs acteurs. Par conséquent, toutes les infirmières sont impliquées dans le phénomène de la violence horizontale et chacune d'entre elles a le pouvoir de contrer ce phénomène. Pour terminer, soulignons l'importance de mettre en pratique les suggestions et les recommandations qui découlent des résultats de cette étude. Ainsi cette recherche pourra inspirer qu'autres infirmières à devenir des *leaders* positives empreints d'empathie et de compassion qui pourront contrer la violence horizontale et changer la culture de leur milieu de travail.

## Références

- Addison, R. (1989). Grounded interpretive research: An investigation of physician socialization. Dans M. Packer & R. Addison (Éds.), *Entering the circle: Hermeneutic investigation in psychology* (pp. 39-57). Albany, NY: Suny.
- Alderson, M., Parent-Rochelleau, X., & Mishara, B. (2015). Critical Review on Suicide Among Nurses: What about Work-Related Factors? . *Crisis*, 36(2), 91-101.
- Allen, B. C., Holland, P., & Reynolds, R. (2015). The effect of bullying on burnout in nurses: the moderating role of psychological detachment. *Journal of Advanced Nursing*, 71(2), 381-390.
- American Psychological Association. (2017). Clinical Practice Guideline for the Treatment of PTSD. Repéré le, 2017, à <http://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>
- Anderson, N. R., Cunningham-Snell, N. A., & Haigh, J. (1996). Induction training as socialization : Current practice and attitudes to evaluation in British organizations. *Journal of Selection and Assessment*, 4(169-183).
- Aradilla-Herrero, A., Tomás-Sábado, J., & Gómez-Benito, J. (2014). Associations between emotional intelligence, depression and suicide risk in nursing students. *Nurse Education Today*, 34(4), 520-525.
- Araujo, S., & Sofield, L. (2011). Workplace violence in nursing today. *The Nursing Clinics of North America*, 46(4), 457-464.
- Armmer, F., & Ball, C. (2015). Perceptions of horizontal violence in staff nurses and intent to leave. *Work*, 51(1), 91-97.
- Avey, J. B., Luthans, F., & Jensen , S. M. (2009). Psychological capital: a positive resource for combating employee stress and turnover. *Human Resource Management*, 48(5), 677-693.
- Avolio, B. J., & Gardner, W. L. (2005). Authentic leadership development: Getting to the root of positive forms of leadership. *The Leadership Quarterly*, 16(3), 315-338.

- Bae, S., Mark, B., & Fried, B. (2010). Impact of nursing unit turn-over on patient outcomes in hospitals. *Journal of Nursing Scholarship, 42*(1), 40–49.
- Bartholomew, K. (2006). *Ending nurse to nurse hostility: Why nurses eat their young and each other*. Marblehead, MA: HCPro, Inc.
- Bartholomew, K. (2010). Stress: the heart of the matter. *Imprint, 57*(2), 31-33.
- Beaulieu, D. (2010). *Ça roule! Guide pratique pour que tout se déroule plus facilement à l'adolescence*. Québec, Canada: Les éditions Québecor.
- Becher, J., & Visovsky, C. (2012). Horizontal Violence in Nursing. *MEDSURG Nursing, 21*(4), 210-214.
- Benner, P. (1994). The tradition and skill of interpretive phenomenology in studying health, illness, and caring practices. Dans P. Benner (Éd.), *Interpretive phenomenology: Embodiment, caring, and ethics in health and illness* (pp. 99-127). Thousands Oaks: Sage.
- Bennett, K., & Sawatzky, J. V. (2013). Building emotional intelligence: a strategy for emerging nurse leaders to reduce workplace bullying. *Nursing Administration Quarterly, 37*(2), 144-151.
- Berry, P. A., Gillespie, G. L., Fisher, B. S., & Gormley, D. K. (2016). Recognizing, Confronting, and Eliminating Workplace Bullying. *Workplace Health & Safety, 64*(7), 337-341.
- Berry, P. A., Gillespie, G. L., Gates, D., & Schafer, J. (2012). Novice Nurse Productivity Following Workplace Bullying. *Journal of Nursing Scholarship, 44*(1), 80-87.
- Birks, M., Cant, R. P., Budden, L. M., Russell-Westhead, M., Sinem Üzar Özçetin, Y., & Tee, S. (2017). Uncovering degrees of workplace bullying: A comparison of baccalaureate nursing students' experiences during clinical placement in Australia and the UK. *Nurse Education in Practice, 25*, 14-21.

- Blackmon-Jones, L. (2017). A Strategy to Promote Successful Transition to School Nursing. *NASN School Nurse*, 32(1), 50-55.
- Blackstock, S., Harlos, K., Macleod, M. L. P., & Hardy, C. L. (2015). The impact of organisational factors on horizontal bullying and turnover intentions in the nursing workplace. *Journal of Nursing Management*, 23(8), 1106-1114.
- Bortoluzzi, G., Caporale, L., & Palese, A. (2014). Does participative leadership reduce the onset of mobbing risk among nurse working teams? *Journal of Nursing Management*, 22(5), 643-652.
- Boyd, O. C. (2001). Phenomenology the method. Dans P. L. Munhall (Éd.), *Nursing research: A qualitative perspective (3rd ed.)* (pp. 93-122). Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Burnt, B. (2011). Breaking the cycle of horizontal violence. *ISNA Bulletin*, 37(2), 6-11.
- Cara, C. (2008). *Conférence sur la méthode phénoménologique*. Communication présentée à la Cours SOI 6103-Recherche en sciences infirmières, FSI, Université de Montréal.
- Carmichael, K. D. (2000). Using a metaphor in working with disaster survivors. *Journal for Specialists in Group Work*, 25(1), 7-15.
- Castronovo, M. A., Pullizzi, A., & Evans, S. (2016). Nurse Bullying: A Review And A Proposed Solution. *Nursing Outlook*, 64(3), 208-214.
- Ceravolo, D. J., Schwartz, D. G., Foltz-Ramos, K. M., & Castner, J. (2012). Strengthening communication to overcome lateral violence. *Journal of Nursing Management*, 20(5), 599-606.
- Cha, C. B., & Nock, M. K. (2009). Emotional intelligence is a protective factor for suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(4), 422-430.

- Chachula, K. M., Myrick, F., & Yonge, O. (2015). Letting go: How newly graduated registered nurses in Western Canada decide to exit the nursing profession. *Nurse Education Today*, 35(7), 912-918.
- Cheung, T., & Yip, P. S. F. (2017). Workplace violence towards nurses in Hong Kong: prevalence and correlates. *BMC Public Health*, 17, 1-10.
- Choudary, Y. L. (2010). Impact of the Emotional Intelligence on Work Related Outcomes Among the Nursing Staff at SRM Hospitals, Chennai. Repéré le, 2017, à [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1623466](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1623466).
- Cox, H. C. (1987). Verbal abuse in nursing: report of a study. *Nursing Management*, 18(11), 47-80.
- Craig, W. M., & Pepler, D. J. (2003). Identifying and targeting risk for involvement in bullying and victimization. *Canadian journal of Psychiatry*, 48(9), 577-582.
- Creswell, J. W. (2009). *Research desing. Qualitative, quantitative, and mixed methods approches*. Thousand Oaks, CA: Sage (troisième édition).
- D'Ambra, A. M., & Andrews, D. R. (2014). Incivility, retention and new graduate nurses: an integrated review of the literature. *Journal of Nursing Management*, 22(6), 735-742.
- Davey, L. (2002). Nurses eating nurses: The caring profession which fails to nurture its own! *Contemporary Nurse*, 13(2), 192-197.
- Davidhizar, R., & Bowen, M. (1990). Intimidation and the nurse manager. *Health Care Supervisor*, 9(1), 27-32.
- Davidson, M. J. (2018). Educating Mindful Minds: Using the Science of Stress to Improve Resilience, Behavior, and Achievement. *The science of stress and resilience*. Repéré le, 2018, à <https://www.learningandthebrain.com/Event-362/Educating-Mindful-Minds/>



- Dawson, A. J., Stasa, H., Roche, M. A., Homer, C. S., & Duffield, C. (2014). Nursing churn and turnover in Australian hospitals: nurses perceptions and suggestions for supportive strategies. *BMC Nursing, 13*(1), 1-20.
- Dellasega, C. (2011). *When nurses hurt nurses. Recognizing and overcoming the cycle of nurse bullying*. Indianapolis: Sigma Theta Tau Internationa.
- Deschamps, C. (1993). *L'approche phénoménologique en recherche - Comprendre en retournant au vécu de l'expérience humaine*. Montréal: Guérin Universitaire.
- Duffy, E. (1995). Horizontal violence: A conundrum for nursing. *Collegian: Journal of the Royal College of Nursing Australia, 2*(2), 5-17.
- Dumont, C., Meisinger, S., Whitacre, M. J., & Corbin, G. (2012). Horizontal violence survey report. *Nursing, 42*(1), 44-49.
- Dunn, H. (2003). Horizontal violence among nurses in the operating room. *Association of Perioperative Registered Nurses, 78*(6), 977-988.
- Ebrahimi, H., Hassankhani, H., Negarandeh, R., Jeffrey, C., & Azizi, A. (2017). Violence against new graduated nurses in clinical settings: A qualitative study. *Nursing Ethics, 24*(6), 704-715.
- Echeburua, E., De Corral, P., Zubizarreta, I., & Sarasua, B. (1997). Psychological treatment of chronic posttraumatic stress disorder in victims of sexual aggression. *Behavior Modification, 21*(4), 433-456.
- Egues, A. L., & Leinung, E. Z. (2013). The Bully Within and Without: Strategies to Address Horizontal Violence in Nursing. *Nursing Forum, 48*(3), 185-190.
- Egues, A. L., & Leinung, E. Z. (2014). Antibullying Workshops: Shaping Minority Nursing Leaders Through Curriculum Innovation. *Nursing Forum, 49*(4), 240-246.
- Ekici, D., & Beder, A. (2014). The effects of workplace bullying on physicians and nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing, 31*(4), 24-33.

- EPTC2. (2010). Énoncé de politique des trois Conseils: Éthique de la recherche avec des êtres humains. Repéré le, 2017, à [http://ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2/EPTC\\_2\\_FINALE\\_Web.pdf](http://ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2/EPTC_2_FINALE_Web.pdf)
- Fallatah, F., Laschinger, H. K. S., & Read, E. A. (2017). The effects of authentic leadership, organizational identification, and occupational coping self-efficacy on new graduate nurses' job turnover intentions in Canada. *Nursing Outlook*, 65(2), 172-183.
- Farrell, G. (1997). Aggression in clinical settings: nurses' views. *Journal of Advanced Nursing*, 25(3), 501-508.
- Farrell, G., & Shafiei, T. (2012). Workplace aggression including bullying in nursing and midwifery: a descriptive survey (the SWAB study). *International Journal of Nursing Studies*, 49(11), 1423-1431.
- Fernet, C., Trépanier, S. G., Demers, M., & Austin, S. (2017). Motivational pathways of occupational and organizational turnover intention among newly registered nurses in Canada. *Nursing Outlook*, 65(4), 444-454.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those who Treat the Traumatized*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- FIQ. (2010). Travailler dans la dignité: contrer la violence en milieu de travail. *Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec*. Repéré le, 2017, à [http://www.figsante.qc.ca/wp-content/uploads/2017/03/2013\\_-\\_Brochure\\_travailler\\_dans\\_la\\_dignite\\_Fr.pdf?download=1](http://www.figsante.qc.ca/wp-content/uploads/2017/03/2013_-_Brochure_travailler_dans_la_dignite_Fr.pdf?download=1)
- Fleming, V., Gaidys, U., & Robb, Y. (2003). Hermeneutic research in nursing: developing a Gadamerian-based research method. *Nursing Inquiry*, 10(2), 113-120.
- Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A., & Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(2), 194-200.

- Foley, P. S. (2015). The metaphors they carry: Exploring how veterans use metaphor to describe experiences of PTSD. *Journal of Poetry Therapy*, 28(2), 129-146.
- Fortin, M. F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3e éd.). Montréal, Québec: Chenelière éducation.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*. Paris: Édition Gallimard.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité 1: La volonté de savoir*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1977). *Discipline and Punish: the birth of the prison*. New York: Pantheon Books.
- Foucault, M. (1980). *Power/Knowledge: Selected interviews and other writings 1972-1977* by Michel Foucault (C. Gordon, L. Marshall, J. Mepham & K. Soper, Trad. C. Gordon Éd.). New York: Pantheon Books.
- Foucault, M. (1994). *Dits et écrits: tome 3 1976-1979*. Paris: Éditions Gallimard.
- Foucault, M. (2001). *L'herméneutique du sujet 1981-1982*. Collège de France Paris.
- Foxall, M. J., Zimmerman, L., Standley, R., & Bené, B. B. (1990). A comparison of frequency and sources of nursing job stress perceived by intensive care, hospice and medical-surgical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 15(5), 577-584.
- Ganz, F. D., Levy, H., Khalaila, R., Arad, D., Bennaroch, K., Kolpak, O., . . . Raanan, O. (2015). Bullying and Its Prevention Among Intensive Care Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(6), 505-511.
- Gates, D. M. (1995). Workplace violence. *American Association of Occupational Health Nursing Journal*, 43, 536-543.

- Gersons, B. P., Carlier, I. V., Lamberts, R. D., & Van der Kolk, B. A. (2000). Randomized clinical trial of brief eclectic psychotherapy for police officers with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 13*(2), 333-347.
- Giorgi, A. (1997a). La méthode phénoménologique utilisée comme méthode de recherche qualitative en sciences humaines: Théories, pratiques et évaluation. Dans D. Poupart, Groux, Laperrière, Mayer & Pires (Éd.), *La recherche qualitative: enjeux épistémologique et méthodologiques* (pp. 341-364): Gaetan Morin éditeur.
- Giorgi, A. (1997b). The Theory, Practice and Evaluation of the Phenomenological Method as a Qualitative Research Procedure. *Journal of Phenomenological Psychology, 28*(2), 236-260.
- Giorgi, A. (2000a). Concerning the application of phenomenology to caring research. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 14*(1), 11-15.
- Giorgi, A. (2000b). The Status of Husserlian Phenomenology in caring Research. *Scandinavian Journal caring Sciences, 14*(1), 3-10.
- Giorgi, A. (2007). Concerning the Phenomenological Methods of Husserl and Heidegger and their Application in Psychology. *Collection du Cirp, 1*, 63-78.
- Giorgi, A., & Giorgi, B. (2003). Phenomenology. Dans J. A. Smith (Éd.), *Qualitative psychology: a practical guide to research methods* (pp. 25-50). London: Sage.
- Giorgi, G., Mancuso, S., Fiz Perez, F., Castiello D'Antonio, A., Mucci, N., Cupelli, V., & Arcangeli, G. (2016). Bullying among nurses and its relationship with burnout and organizational climate. *International Journal of Nursing Practice, 22*(2), 160-168.
- Glass, N. (1997). Horizontal violence in nursing: celebrating conscious healing strategies. *Australian Journal of Holistic Nursing, 4*(2), 15-23.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ*. New York: Bantam.

- Goleman, D. (2006). *Social Intelligence: The New Science of Human Relationships*. État-Unis, Canada: Bantam.
- Goleman, D. (2016). How can I use emotional intelligence or Mindsight to manage a bully boss? Repéré le, 2017, à <http://www.danielgoleman.info/dont-let-a-bully-boss-affect-your-mental-health/>
- Goleman, D., Boyatzis, R., & McKee, A. (2003). *L'intelligence émotionnelle au travail* (E. Borgeaud, Trad.). France, Paris: Village Mondial.
- Goleman, D., & Davidson, R. J. (2017). *Altered Traits: Science Reveals How Meditation Changes Your Mind, Brain, and Body* New York, New York: Penguin Random House.
- Gray, M., & Smith, L. (1999). The professional socialization of diploma of higher education in nursing students (project): A longitudinal qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), 639-647.
- Greenwood, J. (1999). 'All saints' or 'nurse as enquirer'? An irritable polemic. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 8(4), 128-135.
- Griffin, M., & Clark, C. M. (2014). Revisiting Cognitive Rehearsal as an Intervention Against Incivility and Lateral Violence in Nursing: 10 Years Later. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 45(12), 535-542.
- Haines, T., Stringer, B., & Duku, E. (2007). Workplace safety climate and incivility among British Columbia and Ontario operating room nurses: a preliminary investigation. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 26(2), 141-152.
- Hauge, L. J., Einarsen, S., Knardahl, S., Lau, B., Notelaers, G., & Skogstad, A. (2011). Leadership and role stressors as departmental level predictors of workplace bullying. *International Journal of Stress Management*, 18(4), 305-323.

- Hauge, L. J., Skogstad, A., & Einarsen, S. (2009). Individual and situational predictors of workplace bullying: why do perpetrators engage in the bullying of others? *Work & Stress, 23*(4), 349-358.
- Hazel, H. (1981). Sexual harassment and nurse anesthetists. *AANA Journal, 49*(3), 277-279.
- Heidegger, M. (1962). *Being and time* (J. Macquarrie & E. Robinson, Trad.). New York: Harper & Row.
- Hensel-Dittmann, D., Schae, M., Ruf, M., Catani, C., Odenwald, M., Elbert, T., & Neuner, F. (2011). Treatment of traumatized victims of war and torture: A randomized controlled comparison of narrative exposure therapy and stress inoculation therapy. *Psychotherapy and Psychosomatics, 80*(6), 345-352.
- Hinton, D. E., Chhean, D., Pich, V., Safren, S. A., Hofmann, S. G., & Pollack, M. H. (2005). A randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for Cambodian refugees with treatment resistant PTSD and panic attacks: a cross over design. *Journal of Traumatic Stress, 18*(6), 617-629.
- Hipwell, A. E., Tyler, P. A., & Wilson, C. M. (1989). Sources of stress and dissatisfaction among nurses in four hospital environments. *British Journal of Medical Psychology, 62*(1), 71-79.
- Hockley, C. (2000). The language used when reporting interfemale violence among nurses in the workplace. *Collegian, 7*(4), 24-29.
- Hogh, A., Giver, H., Hannerz, H., & Pedersen, B. H. (2012). Bullying or violence during training and the risk of dropout from the eldercare sector 2 years later. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 26*(4), 730-737.
- Hogh, A., Hoel, H., & Carneiro, I. G. (2011). Bullying and employee turnover among healthcare workers: a three-wave prospective study. *Journal of Nursing Management, 19*(6), 742-751.
- Houck, N. M., & Colbert, A. M. (2017). Patient Safety and Workplace Bullying. *Journal of Nursing Care Quality, 32*(2), 164-171.

- Hubbard, P. (2014). What can be done about horizontal violence? *Alberta Association of Registered Nurses*, 69(4), 16-18.
- Hughes, M., Thompson, H. L., & Terrell, J. B. (2009). *Handbook for developing emotional and social intelligence: Best practices, case studies, and strategies*. San Francisco, California: Pfeiffer.
- Huntington, A., Gilmour, J., Tuckett, A., Neville, S., Wilson, D., & Turner, C. (2011). Is anybody listening? A qualitative study of nurses' reflections on practice. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9-10), 1413-1422.
- Hutchinson, M. (2012). Bullying as workgroup manipulation: A model for understanding patterns of victimization and contagion within the workgroup. *Journal of Nursing Management*, 21(3), 563-571.
- Hutchinson, M., & Hurley, J. (2013). Exploring leadership capability and emotional intelligence as moderators of workplace bullying. *Journal of Nursing Management*, 21(3), 553-562.
- Hutchinson, M., & Jackson, D. (2015). The construction and legitimation of workplace bullying in the public sector: insight into power dynamics and organisational failures in health and social care. *Nursing Inquiry*, 22(1), 13-26.
- Hutchinson, M., Vickers, M., Wilkes, L., & Jackson, D. (2009). The worse you behave, the more you seem, to be rewarded: bullying in nursing as organisational corruption. *Journal Employee Responsibilities and Rights Journal*, 21(3), 213-229.
- Hutchinson, M., Wilkes, L., Jackson, D., & Vickers, M. H. (2010). Integrating individual, work group and organizational factors: testing a multidimensional model of bullying in the nursing workplace. *Journal of Nursing Management*, 18(2), 173-181.
- Hutchinson, M., Wilkes, L., Vickers, M., & Jackson, D. (2008). The development and validation of a bullying inventory for the nursing workforce. *Nursing Researcher*, 15(2), 19-29.

- Johnson, J., & Trad, M. (2014). Bullying Behavior Among Radiation Therapists and Its Effects on Personal Health. *Radiation Therapist, 23*(1), 11-20.
- Johnson, M., Phanhtharath, P., & Jackson, B. S. (2009). The bullying aspect of workplace violence in nursing. *Critical Care Nursing Quarterly, 32*(4), 287-295.
- Johnson, S. L. (2015). Workplace bullying prevention: a critical discourse analysis. *Journal of Advanced Nursing, 71*(10), 2384-2392.
- Johnson, S. L., Boutain, D. M., Tsai, J. H. C., Beaton, R., & Castro, A. B. (2015). An Exploration of Managers' Discourses of Workplace Bullying. *Nursing Forum, 50*(4), 265-273.
- Jones, A. (2001). A condensed history of the phenomenology: the first and the second phases from Franz Brentano to Hans-Georg Gadamer. *Nurse Researcher, 8*(4), 65-75.
- Jones, W. (2009). How will the new graduate nurse be received? *Georgia Nursing, 69*(2), 16.
- Kelly, J., & Ahern, K. (2009). Preparing nurses for practice: a phenomenological study of the new graduate in Australia. *Journal of Clinical Nursing, 18*(6), 910-918. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02308.x>
- Kelsey, R. (2017). Nursing's bullying culture. *Nursing New Zealand, 23*(5), 32-33.
- Kerasiotis, B., & Motta, R. W. (2004). Assessment of PTSD symptoms in emergency room, intensive care unit, and general floor nurses. *International Journal of Emergency Mental Health, 6*(3), 121-134.
- Khalil, D. (2009). Levels of violence among nurses in Cape Town public hospitals. *Nursing Forum, 44*(3), 207-217.
- Killgore, W. D. S. (2013). Self-reported sleep correlates with prefrontal-amygdala functional connectivity and emotional functioning. *Sleep, 36*(11), 1597-1608.



- Kilpatrick, D. G., Veronen, L., & Best, C. (1985). *Factors predicting psychological distress among rape victims* (Brunner/Maze éd.). New York: Brunner/Maze: Figley.
- King-Jones, M. (2011). Horizontal violence and the socialization of new nurses. *Creative Nursing, 17*(2), 80-86.
- Krupnick, J. L., Green, B. L., Stockton, P., Miranda, J., Krause, E., & Mete, M. (2008). Group interpersonal psychotherapy for low-income women with posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy Research, 18*(5), 497-507.
- Lachman, V. D. (2015). Ethical Issues in the Disruptive Behaviors of Incivility, Bullying, And Horizontal/Lateral Violence. *Urologic Nursing, 35*(1), .39-42.
- Lalonde, M., & McGillis Hall, L. (2017). The socialisation of new graduate nurses during a preceptorship programme: strategies for recruitment and support. *Journal of Clinical Nursing, 26*(516), 774-783.
- Langdrige, D. (2007). *Phenomenological psychology: Theory, research and method*. London: Person Education Limited.
- Langs, A. (1983). The Nurse and Law : Assault. *Australian Nurses Journal, 12*(10), 48.
- Laschinger, H. K. S. (2012). Job and career satisfaction and turnover intentions of newly graduated nurses. *Journal of Nursing Management, 20*(4), 472-484.
- Laschinger, H. K. S. (2014). Impact of Workplace Mistreatment on Patient Safety Risk and Nurse-Assessed Patient Outcomes. *Journal of Nursing Administration, 44*(5), 284-290.
- Laschinger, H. K. S., & Grau, A. L. (2012). The influence of personal dispositional factors and organizational resources on workplace violence, burnout, and health outcomes in new graduate nurses: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies, 49*(3), 282-291.

- Laschinger, H. K. S., Grau, A. L., Finegan, J., & Wilk, P. (2010). New graduate nurses' experiences of bullying and burnout in hospital settings. *Journal of Advanced Nursing*, 66(12), 2732-2742.
- Laschinger, H. K. S., K., H., & Read, E. A. (2016). The Effect of Authentic Leadership, Person-Job Fit, and Civility Norms on New Graduate Nurses' Experiences of Coworker Incivility and Burnout. *Journal of Nursing Administration*, 46(11), 574-580.
- Laschinger, H. K. S., & Nosko, A. (2015). Exposure to workplace bullying and post-traumatic stress disorder symptomology: the role of protective psychological resources. *Journal of Nursing Management*, 23(2), 252-262.
- Laschinger, H. K. S., Wong, C. A., & Grau, A. L. (2012). The influence of authentic leadership on newly graduated nurses' experiences of workplace bullying, burnout and retention outcomes: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(10), 1266–1276.
- Lavoie-Tremblay, M., Fernet, C., Lavigne, G. L., & Austin, S. (2016). Transformational and abusive leadership practices: impacts on novice nurses, quality of care and intention to leave. *Journal of Advanced Nursing*, 72(3), 582-592.
- Lavoie-Tremblay, M., Paquet, M., & Marchionni, C. (2011). Turnover intention among new nurses. *Journal for Nurses in Staff Development*, 27(1), 39-45.
- Lavoie-Tremblay, M., Paquet, M., Marchionni, C., & Drevniok, U. (2011). Turnover intention among new nurses: a generational perspective. *Journal for Nurses in Staff Development*, 27(1), 39-45.
- Leong, Y. M. J., & Crossman, J. (2016). Tough love or bullying? New nurse transitional experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 25(9/10), 1356-1366.
- Leymann, H. (1992). *From Bullying to Expulsion from Working Life*. Stockholm, Sweden: Publica.

- Leymann, H., & Gustafsson, A. (1996). Mobbing at work and the development of post-traumatic stress disorders. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 119-126.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Lindy, C., & Schaefer, F. (2010). Negative workplace behaviours: an ethical dilemma for nurse managers. *Journal of Nursing Management*, 18(3), 285-292.
- Littlejohn, P. (2012). The Missing Link: Using Emotional Intelligence to Reduce Workplace Stress and Workplace Violence in Our Nursing and Other Health Care Professions. *Journal of Professional Nursing*, 28(6), 360-368.
- Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, I., Polit, D. E., & Beck, C. T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières: approches quantitatives et qualitatives*. Montréal, QC: ERPI (Éditions du renouveau pédagogique Inc.).
- Longo, J., Cassidy, L., & Sherman, R. (2016). Charge Nurses' Experiences With Horizontal Violence: Implications for Leadership Development. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 47(11), 493-499.
- Loring, C. F. (1999). Working with nursing students: do nurses really eat their young? *AWHONN Lifelines*, 3(1), 47-50.
- Losa, I., Marta, E., De Bengoa, V., & Ricardo, B. (2012). Prevalence of bullying at work and its association with self-esteem scores in a Spanish nurse sample. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 42(2-10), 1.
- Lutgen-Sandvik, P., Tracy, S. J., & Alberts, J. K. (2007). Burned by bullying in the American workplace: Prevalence, perception, degree and impact. *Journal of Management Studies*, 44(6), 837-862.
- Luthans, F., Avey, J. B., & Patera, J. L. (2008). Experimental analysis of a web-based training intervention to develop positive psychological capital. *Academy of Management Learning & Education*, 7(2), 209-221.

- Madzhadzi, L. P., Akinsola, H. A., Mabunda, J., & Oni, H. T. (2017). Workplace Violence Against Nurses: Vhembe District Hospitals, South Africa. *Research & Theory for Nursing Practice*, 31(1), 28-38.
- Mami, Y. (2016). Workplace bullying among nurses and their related factors in Japan: a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 25(17/18), 2478-2488.
- Manias, E., & Street, A. (2000). Possibilities for critical social theory and Foucault's work: A toolbox approach. *Nursing Inquiry*, 7(1), 50-60.
- Mantzavinos, C. (2013). Le cercle herméneutique: de quel type de problème s'agit-il? *L'Année sociologique*, 63(2), 509-530.
- Marleau, D., & Lapointe, J. (2016). Portrait de la relève infirmière 2015-2016. Repéré le, 2018, à
- Matarese, M., De Marinis, M. G., Tartaglino, D., & Binetti, P. (2003). Mobbing in nursing workplace: a survey on the Rome territory. *International Nursing Perspectives*, 3(1), 17-27.
- Matthiesen, S. B., & Einarsen, S. (2004). Psychiatric distress and symptoms of PTSD among victims of bullying at work. *British Journal of Guidance & Counselling*, 32(3), 335-356.
- McCall, E. (1996). Horizontal violence in nursing: the continuing silence. *Lamp*, 53(3), 28-31.
- McKenna, B. G., Poole, S. J., Smith, N. A., Coverdale, J. H., & Gale, C. K. (2003). A survey of threats and violent behaviour by patients against registered nurses in their first year of practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(1), 56-63.
- McKenna, B. G., Smith, N. A., Poole, S. J., & Coverdale, J. H. (2003). Horizontal violence: experiences of registered nurses in their first year of practice. *Journal of Advanced Nursing*, 42(1), 90-96.

- McMillan, I. (1995). Losing control...bullying in the workplace. *Nursing Times*, 91(15), 40-43.
- McNamara, S. A. (2012). Incivility in nursing: Unsafe nurse, unsafe patients. *AORN Journal*, 95(4). *AORN Journal*, 95(4), 535–540.
- Mellor, P., & Gregoric, C. (2016). Ways of Being: Preparing Nursing Students for Transition to Professional Practice. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 47(7), 330-340.
- Mikkelsen, E. G., & Einarsen, S. (2002). Basic assumptions and symptoms of post-traumatic stress among victims of bullying at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 11(1), 87-111.
- Miller, L. A. (2017). Workplace Violence. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 31(1), 12-14.
- Ministère du Travail de l'Ontario. (2017). Santé et sécurité: La violence au travail et harcèlement au travail. Repéré le, 2017, à <http://www.labour.gov.on.ca/french/hs/topics/workplaceviolence.php>
- Morin, S., & Vinh-De, N. (2000). *L'être humain thèmes et conceptions*. Québec: ERPI.
- Munir, Y., Ghafoor, M. M., & Rasli, A. M. (2016). Exploring the relationship of horizontal violence, organizational cynicism and turnover intention in the context of social exchange theory. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 9(4), 254-266.
- Nolen-Hoeksema, S., & Aldao, A. (2011). Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 51(6), 704-708.
- Oh, H., Uhm, D. C., & Yoon, Y. J. (2016). Workplace Bullying, Job Stress, Intent to Leave, and Nurses' Perceptions of Patient Safety in South Korean Hospitals. *Lippincott Williams & Wilkins*, 65(5), 380-388.

- Olsen, E., Bjaalid, G., & Mikkelsen, A. (2017). Work climate and the mediating role of workplace bullying related to job performance, job satisfaction, and work ability: A study among hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 73(11), 2709-2719.
- Omery, A. (1983). Phenomenology : A method for nursing research. *Advanced in Nursing Science*, 5(1), 49-63.
- Osenbach, J. E., Stubbs, J., Wang, J., Russo, J., & Zatzick, D. (2009). Legal events as predictors of posttraumatic stress in injured trauma survivors. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 72(1), 70-78.
- Ottaviani, D., & Boinot, I. (2008). *L'humanisme de Michel foucault*. Paris: Ollendorff & Desseins.
- Ozturk, H., Sokmen, S., Yilmaz, F., & Cilingir, D. (2008). Measuring mobbing experiences of academic nurses: development of a mobbing scale. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(9), 435-442.
- Packer, M., & Addison, R. (1989). *Entering the circle: Hermeneutic investigation in psychology*. Albany, NY: Suny.
- Park, M., Cho, S., & Hong, H. (2015). Prevalence and perpetrators of workplace violence by nursing unit and the relationship between violence and the perceived work environment. *Journal Nursing Scholars*, 47(1), 87-95.
- Paterson, B., McComish, A., & Aitken, I. (1997). Abuse and bullying. *Nursing Management*, 3(10), 8-9.
- Paunovic, N. (2011). Exposure Inhibition Therapy as a treatment for chronic posttraumatic stress disorder: A controlled pilot study. *Psychology*, 2(6), 605-614.
- Pheko, M. M., Monteiro, N. M., & Segopolo, M. T. (2017). When work hurts: A conceptual framework explaining how organizational culture may perpetuate

workplace bullying. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 27(6), 571-588.

Pinsonnault, E., St-Pierre, I., & Verdon, E. (2017). *La violence horizontale dans les milieux de travail : conceptions et stratégies pour la diminuer*. Communication présentée à la 18ième Colloque des programmes de cycles supérieurs en sciences infirmières des Universités du Québec, Chicoutimi.

Prufeta, P. (2017). Emotional Intelligence of Nurse Managers. *Journal of Nursing Administration*, 47(3), 134-139.

Purpora, C., & Blegen, M. A. (2015). Job satisfaction and horizontal violence in hospital staff registered nurses: the mediating role of peer relationships. *Journal of Clinical Nursing*, 19(3), 2286-2294.

Quine, L. (1999). Workplace bullying in NHS community trust: staff questionnaire study. *British Medical Journal*, 318, 228-232.

Quine, L. (2001). Workplace bullying in nurses. *Journal of Health Psychology*, 6, 73-84.

Randle, J. (2003). Bullying in the nursing profession. *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), 395-401.

Randle, J., Stevenson, K., & Grayling, I. (2007). Reducing workplace bullying in healthcare organizations. *Nursing Standard*, 21(22), 49-56.

Read, E. A., & Laschinger, H. K. S. (2013). Correlates of New Graduate Nurses' Experiences of Workplace Mistreatment. *Journal of Nursing Administration*, 43(4), 221-228.

Revel, J. (2009). *Le vocabulaire de Foucault*. Paris: Ellipes.

Rice Simpson, K. (2016). Incivility, Bullying, and Workplace Violence: New Recommendations for Nurses and Their Employers From the American Nurses Association. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, 41(1), 68.

- Roberts, S. (1983). Oppressed group behavior: Implications for nursing. *Advances in Nursing Science, 5*(4), 21-30.
- Robinson, N. K., & Dodd, D. R. (2014). Lateral Violence: The Real Nurse Curse. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 43*(1), S65-S65.
- Roche, M., Diers, D., Duffield, C., & Catling-Paull, C. (2010). Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. *Journal of Nursing Scholarship, 42*(1), 13-22.
- Rodríguez-Muñoz, A., Antino, M., & Sanz-Vergel, A. I. (2017). Cross-domain consequences of workplace bullying: A multi-source daily diary study. *Work & Stress, 31*(3), 297-314.
- Rogers-Clark, C., Pearce, A., & Cameron, M. (2009). Management of disruptive behavior within nursing work environments: A comprehensive systematic review of the evidence. *JBI Library of Systematic Reviews, 7*(15), 615-678.
- Rouse, L. P., Gallagher-Garza, S., Gebhard, R. E., Harrison, S. L., & Wallace, L. S. (2016). Workplace Bullying Among Family Physicians: A Gender Focused Study. *Journal of Women's Health, 25*(9), 882-888.
- Rush, K. L., Adamack, M., Gordon, J., & Janke, R. (2014). New graduate nurse transition programs: Relationships with bullying and access to support. *Contemporary Nurse, 48*(2), 219-228.
- Schneider, M. A. (2016). Lateral violence: How educators can help break the cycle. *Nursing, 46*(6), 17-19.
- Sellers, K., Millenbach, L., Kovach, N., & Yingling, J. K. (2009). The prevalence of horizontal violence in New York State registered nurses. *Journal of the New York State Nurses Association, 40*(2), 20-25.
- Shih, F. J. (1998). Triangulation in nursing research: Issues of conceptual clarity and purpose. *Journal of Advanced Nursing, 28*(3), 631-641.



- Silvestre, J. H., Ulrich, B. T., Johnson, T., Spector, N., & Blegen, M. A. (2017). A Multisite Study on a New Graduate Registered Nurse Transition to Practice Program: Return on Investment. *Nursing Economic\$, 35(3)*, 110-118.
- Simons, S. R., & Mawn, B. (2010). Bullying in the workplace a qualitative study of newly licensed registered nurses. *AAOHN Journal, 58(7)*, 305-311.
- Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 1*, 39-54.
- Smith, J. A., & Dunworth, F. (2003). Qualitative methods in the study of development. Dans K. Connolly & J. Valsiner (Éds.), *The handbook of developmental psychology*. London: Sage.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, method and research*. London: Sage.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2003). Interpretative phenomenological analysis. Dans J. A. Smith (Éd.), *Qualitative psychology: a practical guide to research methods*. London: Sage.
- Smith-Pittman, M. H., & McKoy, Y. D. (1999). Workplace violence in healthcare environments. *Nursing Forum, 34(3)*, 5-13.
- Spector, P. E., Yang, L. Q., & Zhou, Z. E. (2015). A longitudinal investigation of the role of violence prevention climate in exposure to workplace physical violence and verbal abuse. *Work & Stress, 29(4)*, 325-340.
- Spector, P. E., Zhou, Z. E., & Che, X. X. (2014). Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies, 51(1)*, 72-84.
- St-Pierre, I., & Holmes, D. (2008). Managing nurses through disciplinary power: A Foucauldian analysis of workplace violence. *Journal of Nursing Management, 16(3)*, 352-359.

- Stagg, S. J., Sheridan, D., Jones, R. A., & Speroni, K. G. (2011). Evaluation of a workplace bullying cognitive rehearsal program in a hospital setting. *Journal of Continuing Education in Nursing, 42*(9), 395-401.
- Stanley, K. M., Martin, M. M., Nemeth, L. S., Michel, Y., & Welton, J. M. (2007). Examining lateral violence in the nursing workforce. *Issues in Mental Health Nursing, 28*(11), 1247-1265.
- Tehrani, N. (2004). Bullying: a source of chronic post traumatic stress? *British Journal of Guidance & Counselling, 32*(3), 357-366.
- Thobaben, M. (2007). Horizontal workplace violence. *Home Health Care Management and Practice, 20*(1), 82-83.
- Thobaben, M. (2011). Bullying in the nursing Profession. *Home Health Care Management and Practice, 23*(6), 478-479.
- Thomas, C. M. (2010). Teaching nursing students and newly registered nurses strategies to deal with violent behaviors in the professional practice environment. *Journal of Continuing Education in Nursing, 41*(7), 299-310. doi: <http://dx.doi.org/10.3928/00220124-20100701-06>
- Thomas, S., & Droppleman, P. (1997). Channelling nurses' anger into positive interventions. *Nursing Forum, 32*, 13-21.
- Thompson, R., & George, L. E. (2016). Preparing New Nurses to Address Bullying: The Effect of an Online Educational Module on Learner Self-Efficacy. *MEDSURG Nursing, 25*(6), 412-417.
- Tramutola, K. (2015). Suicide Among Nurses. *New Jersey Nurse, 45*(4), 1.
- Vagharseyyedin, S. A. (2016). Nurses' perspectives on workplace mistreatment: A qualitative study. *Nursing & Health Sciences, 18*(1), 70-78.

- van Geel, M., Goemans, A., & Vedder, P. H. (2016). The relation between peer victimization and sleeping problems: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 27, 89-95.
- Vartia, M. (1996). The sources of bullying-psychological work environment and organizational climate. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 203–214.
- Vartia, M. (2001). Consequences of workplace bullying with respect to the well-being of its targets and the observers of bullying. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 27(1), 63-69.
- Vessey, J. A., Demarco, R., & DiFazio, R. (2010). Bullying, harassment, and horizontal violence in the nursing workforce: The state of the science. *Annual Review of Nursing Research*, 28, 133-157.
- Vessey, J. A., Demarco, R., Gaffney, D. A., & Budin, W. C. (2009). Bullying of staff registered nurses in the workplace: A preliminary study for developing personal and organizational strategies for the transformation of hostile to healthy workplace environments. *Journal of Professional Nursing*, 25(5), 299-306.
- Vessey, J. A., DiFazio, R. L., & Strout, T. D. (2017). “I Didn't Even Know You Cared About That Stuff”: Youths' Perceptions of Health Care Provider Roles in Addressing Bullying. *Journal of Pediatric Healthcare*, 31(5), 536-545.
- Vidovich, M. (1991). Violence in the workplace: predictable and preventable. *Australian Nurses Journal*, 20(9), 7-8.
- Villers, M. J. (2017). Incivility in nursing practice. *Nursing Management*, 48(10), 42-51.
- Walker, C. (2000). Bullied to death. *Nursing Times*, 96(18), 26-27.
- Wallace, M., Gillan, J., & Neal, K. (2000). Dilemmas. How can I deal with a bullying manager? *Nursing Times*, 96(8), 31.

- Wallis, A., & Kennedy, K. I. (2013). Leadership training to improve nurse retention. *Journal of Nursing Management, 21*(4), 624-632.
- Walsh, A. (2015). Are new mental nurses prepared for practice? *Mental Health Review Journal, 20*(2), 119-130.
- Weaver, K. B. (2013). The effects of horizontal violence and bullying on new nurse retention. *Journal for Nurses in Professional Development, 29*(3), 138-142.
- Wilson, B. L., Diedrich, A., Phelps, C. L., & Choi, M. (2011). Bullies at work: The impact of horizontal hostility in the hospital setting and intent to leave. *The Journal of Nursing Administration, 41*(11), 453-458.
- Wilson, J. L. (2016). An exploration of bullying behaviours in nursing: a review of the literature. *British Journal of Nursing, 25*(6), 303-306.
- Yildirim, A., & Yildirim, D. (2007). Mobbing in the workplace by peers and managers: mobbing experienced by nurses working in healthcare facilities in Turkey and its effect on nurses. *Journal of Clinical Nursing, 16*(8), 1444-1453.

## Appendices A

Courriel de recrutement



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 3X7  
Téléphone (819) 595-3900  
www.uqo.ca

### **Courriel de recrutement**

*Texte publicitaire qui sera utilisé dans le courriel envoyé aux participants potentiels*

### **Étude phénoménologique sur l'expérience de la violence horizontale chez les nouvelles infirmières diplômées**

**Eve Pinonnault, inf. B.Sc., étudiante à la maîtrise en sciences infirmières**  
**Isabelle St-Pierre, inf. Ph.D., directrice de recherche**  
**Chantal Verdon, inf. Ph.D., co-directeur de recherche**

Chers collègues infirmières et infirmiers,

Je suis étudiante à la maîtrise à l'Université du Québec en Outaouais (UQO). Je fais présentement un projet de recherche sur la violence horizontale vécue par les nouvelles infirmières diplômées (afin d'alléger le texte, le féminin sera employé). La violence horizontale est définie comme étant un comportement hostile d'une infirmière ou d'un groupe d'infirmières envers une collègue ou envers un autre groupe d'infirmières qui se traduit par des attitudes, des actes, des paroles ou des comportements hostiles, agressifs et/ou dangereux.

Si vous êtes une nouvelle infirmière diplômée (2 ans et moins d'expérience) qui avez été victime de violence horizontale et souhaitez partager votre expérience, je suis très intéressée à vous rencontrer de façon confidentielle.

Votre participation à ce projet de recherche consistera à :

- répondre à un court questionnaire sociodémographique (environ 5 minutes)
- participer à une entrevue individuelle qui sera enregistrée (audio seulement) d'environ 60 à 90 minutes.

Si vous souhaitez participer ou si vous avez des questions, vous pouvez me contacter par téléphone

Je vous remercie pour votre intérêt!

Cordialement,

Eve Pinonnault, inf. B.Sc.,  
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières  
Université du Québec en Outaouais, campus de Saint-Jérôme

## Appendices B

Affiche de recrutement

# Recrutement pour une étude sur la violence horizontale



## Définition de la violence horizontale:

Un comportement hostile d'une infirmière ou d'un groupe d'infirmières envers une collègue ou envers un autre groupe d'infirmières qui se traduit par des attitudes, des actes, des paroles ou des comportements hostiles, agressifs et/ou dangereux (Thobaben, 2007)

- Êtes-vous une **nouvelle infirmière diplômée\*** avec 2 ans et moins d'expérience?

- Êtes-vous **victime de violence horizontale** dans votre milieu de travail?

*\*Afin d'alléger le texte, le féminin sera employé*

Je suis infirmière et étudiante à la maîtrise à l'Université du Québec en Outaouais. Si vous êtes une nouvelle infirmière diplômée victime de violence horizontale et souhaitez partager votre expérience, je suis très intéressée à vous rencontrer et discuter avec vous.

Si vous voulez participer ou si vous avez des questions, s'il vous plaît appelez-moi.

Eve Pinsonnault, étudiante à la maîtrise

Je vous remercie pour votre intérêt !

*Eve Pinsonnault*



## Appendices C

Résumé du projet de recherche



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 3X7  
Téléphone (819) 595-3900  
www.uqo.ca

### Résumé du projet de recherche

#### Étude phénoménologique sur l'expérience de la violence horizontale chez les nouvelles infirmières diplômées

Eve Pinsonnault, inf. B.Sc., étudiante à la maîtrise en sciences infirmières

Isabelle St-Pierre, inf. Ph.D., directrice de recherche

Chantal Verdon, inf. Ph.D., co-directrice de recherche

**Préambule :** La violence horizontale peut toucher toutes les infirmières, mais elle affecte particulièrement les nouvelles infirmières diplômées (afin d'alléger le texte, le féminin sera employé parce qu'elles sont plus vulnérables (relation pouvoir-savoir). Durant leurs deux premières années de pratique, près de 33% des nouvelles infirmières seraient victimes d'intimidation, d'abus verbal et de *bullying*. Dans le cadre de cette étude, la violence horizontale est définie comme étant un comportement hostile d'une infirmière ou d'un groupe d'infirmières envers une collègue ou envers un autre groupe d'infirmières qui se traduit par des attitudes, des actes, des paroles ou des comportements hostiles, agressifs et/ou dangereux. (afin d'alléger le texte, le féminin sera employé)

**But de l'étude :** Le but de la présente étude est de décrire et de comprendre la signification de l'expérience de violence horizontale à partir du vécu des nouvelles infirmières diplômées. Utilisant un cadre théorique basé sur les travaux de Foucault, cette étude phénoménologique se déroulera auprès d'étudiants inscrits en sciences infirmières dans une université du Québec et comprendra un minimum de six entrevues individuelles semi-structurées.

<p><b>Ce que la recherche implique pour les participants :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Prendre part à une entrevue individuelle qui sera enregistrée (audio seulement), dont la durée prévue est d'environ 60 à 90 minutes.</li><li>• Compléter un court questionnaire sociodémographique (environ 5 minutes).</li></ul> <p><b>Risque minimal :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• L'émergence d'émotions suscitées par la description d'expériences liées au phénomène à l'étude.</li></ul> <p><b>Contributions attendues :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Il n'y a pas de bénéfices directs à participer à cette étude. Toutefois, les données recueillies pourraient contribuer à la mise en œuvre de stratégies pouvant apporter des changements dans les milieux de travail afin d'aider à réduire la prévalence de la violence horizontale chez les nouvelles diplômées.</li></ul>	<p><b>Considérations éthiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Participation volontaire;</li><li>• Droit de se retirer à tout moment;</li><li>• Information est confidentielle;</li><li>• Consentement éclairé signé;</li><li>• Approbation du comité d'éthique</li></ul> <p><b>Échéanciers :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• La collecte de données débutera à l'automne 2013</li><li>• La présentation des résultats sous forme de présentations dans le cadre de congrès ou colloques et de publications sous forme d'articles est à prévoir pour l'hiver 2015.</li></ul>
--	---

\* Veuillez contacter Eve Pinsonnault par courriel ou par téléphone si vous désirez plus amples renseignements ou pour prendre rendez-vous si souhaitez participer à l'étude.

## Appendices D

### Questionnaire sociodémographique



Université du Québec en Outaouais

1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 3X7  
Téléphone (819) 595-3900  
www.uqo.ca

## Questionnaire sociodémographique

### Étude phénoménologique sur l'expérience de la violence horizontale chez les nouvelles infirmières diplômées

**Eve Pinonnault, inf. B.Sc., étudiante à la maîtrise en sciences infirmières**

**Isabelle St-Pierre, inf. Ph.D., directrice de recherche**

**Chantal Verdon, inf. Ph.D., co-directeur de recherche**

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Jour / Mois / Année

Numéro d'ident. : \_\_\_\_\_

*Veillez répondre aux questions suivantes en cochant la case qui se trouve vis-à-vis votre réponse*  
Soyez assuré que les renseignements demeureront confidentiels.

#### Quel est votre genre?

Féminin

Masculin

#### Quel est votre âge?

19 à 25 ans

26 à 30 ans

31 à 35 ans

36 à 40 ans

41 ans à 45

46 ans et plus

#### Quelle est votre origine ethnique?

Canadienne

Française

Anglaise

Italien

Autochtones

Haïtienne

Asiatiques

Libanaise

Polonaise

Espagnol

Belge

Autre : \_\_\_\_\_

#### Quel est votre niveau de scolarité complété, en tant qu'infirmière?

Collégial (Cégep)

Baccalauréat

DEC-BAC

**Quel est le type de milieu de travail dans lequel vous exercez :**

- Hospitalier  
 CLSC

- Clinique privée  
 Autre : \_\_\_\_\_

**Depuis combien d'années travaillez-vous à titre d'infirmière autorisée?**

- Moins de 6 mois  
 Plus de 6 mois, moins d'un an

- Plus d'un an, moins de 18 mois  
 Plus de 18 mois, moins de 2 ans

**Avez-vous reçu une formation sur la violence horizontale?**

- Non

- Oui

**Si oui, à quel endroit avez-vous reçu votre formation sur la violence horizontale?**

- Milieu académique

- Milieu de travail

*Domaine thématique 1 : La conception de la violence horizontale*

**Partie 1. La conception de la violence et les facteurs pouvant y contribuer**

- 1.1. Quelle est votre définition de la violence horizontale?
- 1.2. Qu'est-ce qui peut favoriser selon vous la violence horizontale entre infirmières?
- 1.3. Y a-t-il selon vous une différence entre la violence horizontale faite aux infirmières de plus de deux ans d'expérience et celle faite aux nouvelles infirmières diplômées (moins de deux ans d'expérience)?

## Appendices E

Canevas d'entrevue



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 3X7  
Téléphone (819) 595-3900  
www.uqo.ca

## **Canevas d'entrevue**

### **Étude phénoménologique sur l'expérience de la violence horizontale chez les nouvelles infirmières diplômées**

**Eve Pinsonnault, inf. B.Sc., étudiante à la maîtrise en sciences infirmières**  
**Isabelle St-Pierre, inf. PhD., directrice de recherche**  
**Chantal Verdon, inf. Ph.D., co-directeur de recherche**

Étapes préalables à l'entrevue :

#### **1. Accueil et introduction**

Je vous remercie de prendre le temps de participer à cette entrevue. Je m'appelle Eve Pinsonnault, je suis étudiante à la maîtrise à l'Université du Québec en Outaouais.

#### **2. Brève revue du contexte dans lequel se situe l'entrevue**

Cette étude vise à explorer l'expérience de la violence horizontale vécue par les nouvelles infirmières diplômées. Dans le cadre de cette étude, la violence horizontale est définie comme étant un comportement hostile d'une infirmière ou d'un groupe d'infirmières envers une collègue ou envers un autre groupe d'infirmières qui se traduit par des attitudes, des actes, des paroles ou des comportements hostiles, agressifs et/ou dangereux.

En termes plus précis, l'étude vise à répondre à l'objectif suivant :

- Explorer la conception qu'on les victimes de la violence horizontale;
- Explorer les ressentis liés à la violence horizontale qu'on les victimes de ce type de violence à travers la description d'un événement marquant;
- Identifier des interventions utilisées pour réduire ou éliminer la violence horizontale.



**3. Revue et signature du formulaire de consentement éclairé par le participant**

Une copie signée du formulaire de consentement sera remise au participant.

**4. Avertissements au sujet du déroulement de l'entrevue :**

- Je prendrai des notes durant l'entrevue.
- Durant l'entrevue, je jetterai parfois un coup d'œil au magnétophone numérique pour m'assurer qu'il enregistre (le participant doit consentir à ce que l'entrevue soit enregistrée).

**5. Questions du participant**

Avant de commencer, avez-vous des questions au sujet de l'entrevue ou du projet de recherche?

*Domaine thématique 1 : La conception de la violence horizontale*

**Partie 1. La conception de la violence et les facteurs pouvant y contribuer**

- 1.1. Quelle est votre définition de la violence horizontale?
- 1.2. Qu'est-ce qui peut favoriser selon vous la violence horizontale entre infirmières?
- 1.3. Y a-t-il selon vous une différence entre la violence horizontale faite aux infirmières de plus de deux ans d'expérience et celle faite aux nouvelles infirmières diplômées (moins de deux ans d'expérience)?

*Domaine thématique 2 : la description d'un évènement marquant*

**Partie 1. La description d'un évènement marquant**

1. Racontez-moi un évènement vécu dans le cadre de votre emploi en tant que nouvelle infirmière diplômée où vous avez été victime de violence horizontale.
  
2. Avez-vous dénoncé cette situation de violence horizontale?
  - 2.1. Si oui, qu'est-ce qui vous a aidé à dénoncer ou à rapporter cette situation?
    - 2.1.1. Avez-vous été satisfaites des résultats?
      - 2.1.1.1. Si non, qu'est-ce que vous auriez souhaité obtenir comme résultat?
  - 2.2. Si non, qu'est ce que vous a empêché de dénoncer ou de rapporter cette situation?
  
3. Quels autres commentaires aimeriez-vous ajouter au sujet de votre expérience?

**Partie 2. L'exploration de ressentis liés à la violence**

1. Pendant l'incident décrit plus tôt dans l'entrevue, comment vous êtes-vous senti?
2. Après l'incident, comment vous êtes-vous senti et qu'avez-vous fait?
3. Quel est l'effet (les conséquences) de cette expérience sur vous?
4. Avez-vous déjà fait l'expérience d'une situation semblable (avant celle dont nous parlons)?
  - 4.1. Si oui, est-ce commun?
    - 4.1.1. Si oui, comment vous sentez-vous face à la nature répétée de cette forme de violence?
5. Qu'est-ce que vous avez fait pour gérer cette situation?
6. Avez-vous déjà pensé quitter votre emploi ou la profession d'infirmière en raison d'une situation de violence horizontale?
  - 6.1. Si oui, quels facteurs ont influencé votre décision?

*Domaine thématique 3 : Interventions pour réduire ou éliminer la violence horizontale*

**Partie 1. Interventions pour réduire ou éliminer la violence horizontale**

1. Selon vous, quelles interventions pourraient être mises en place pour réduire ou éliminer la violence horizontale faite envers les nouvelles infirmières diplômées?
2. Pouvez-vous énumérer les interventions déjà en place dans votre milieu de travail?
3. Avez-vous suivi une formation sur la violence horizontale?
  - 3.1. Si oui, qu'elle était la nature de la formation?
  - 3.2. Et est-ce que selon vous, elle a été bénéfique?

*Mot de la fin*

1. Y a-t-il d'autres points ou questions que vous aimeriez aborder?
2. Remercier le participant
3. L'informer des étapes suivantes du processus de recherche :
  - 3.1. Transcription et analyse de toutes les entrevues;
  - 3.2. Diffusion des résultats de recherche chez les prestataires de services (maisons d'éducation et hôpitaux);
  - 3.3. Diffusion des résultats de recherche dans le cadre de conférences et dans les revues scientifiques
4. Remerciement et clôture de l'entrevue.

## Appendices F

Certificats d'approbation éthique



Le 2 octobre 2013

Madame Eve Pinsonnault

Objet : Approbation du projet de recherche : Étude phénoménologique sur l'expérience de la violence horizontale chez les nouvelles infirmières diplômées

Bonjour madame Pinsonnault,

Le 14 août dernier, le comité de programme de deuxième cycle en sciences infirmières a examiné pour approbation votre projet de mémoire. Je vous écris aujourd'hui pour vous informer que le comité l'a approuvé et vous félicite pour ce projet de recherche qui mettra en lumière une problématique fort importante.

Les membres du comité de programme vous souhaitent bonne chance dans la poursuite de vos études.

Cordialement,

Chantal Saint-Pierre

Responsable des programmes de deuxième cycle en sciences infirmières  
CSP/lc

c.c. Mme Isabelle St-Pierre, directrice de mémoire  
Mme Chantal Verdon, codirectrice de mémoire





Case postale 1250, succursale HULL  
Gatineau (Québec) J8X 3X7  
www.uqo.ca

Gatineau le 12 juillet 2013

Madame Ève Pinsonnault  
Étudiante  
Département de sciences infirmières  
Université du Québec en Outaouais

cc: Isabelle St-Pierre  
Étudiante  
Département de sciences infirmières

**Objet: Étude phénoménologique sur l'expérience de la violence horizontale chez les nouvelles infirmières diplômées**

**Projet #: 1810**

C'est avec un très grand intérêt que j'ai pris connaissance de votre projet de recherche. Cette étude, portant sur l'expérience de la violence chez les nouvelles infirmières m'apparaît extrêmement intéressante. La violence, dans tous les milieux de travail n'a pas sa place. Cependant, il s'agit d'une triste réalité à laquelle il faut faire face. Toute intervention visant à en minimiser les effets doit donc être fondée sur une bonne compréhension des facteurs en jeu. Je suis donc heureux qu'une étudiante de notre Université se penche sur ce sujet.

Sur le plan éthique, votre document a fait l'objet d'une évaluation par le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'UQO. Dans l'ensemble, le projet respecte les règles exigées par l'établissement. Cependant, afin de pouvoir vous accorder un certificat d'approbation éthique, le Comité désire obtenir des précisions et des modifications qui sont indiquées dans le document EXCEL qui est annexé à la présente lettre et intitulé:

**(1810) - Pinsonnault - Commentaires CER - Réponses du chercheur**

Afin de permettre la poursuite du traitement de votre dossier, vous devez:

- 1- Compléter toutes les sections du document où on vous demande de donner des précisions ou d'expliquer les changements que vous avez effectués.
- 2- Indiquer les changements apportés, à même le ou les documents concernés, en les présentant à l'aide de caractère gras, italique et souligné. Ces documents modifiés doivent nous être retournés en même temps que la réponse aux commentaires du comité.
- 3- Fournir tout document additionnel demandé par le comité.

Comme vous pouvez le constater, il s'agit de modifications mineures. Je vous serais reconnaissant de faire parvenir votre document EXCEL complété, ainsi que tous les autres documents nécessaires au traitement de votre dossier à madame Lucie Villeneuve, par courriel à [comite.ethique@uqo.ca](mailto:comite.ethique@uqo.ca) ou par courrier au bureau du Secrétariat général, local E-2100. **Veillez noter qu'une période de 90 jours vous est allouée pour répondre. Après cette période, votre dossier sera fermé et vous devrez refaire une demande de certificat d'éthique.**

Il est important de noter que les recherches nécessitant l'approbation du comité d'éthique ne peuvent débuter avant que le certificat d'éthique signé soit en possession du chercheur.

Je demeure à votre disposition pour toute information supplémentaire et vous prie d'agréer l'expression de mes salutations distinguées.

Le président du Comité d'éthique de la recherche  
André Durivage

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'André Durivage', enclosed within a large, loopy oval flourish.



Case postale 1250, succursale HULL  
Gatineau (Québec) J8X 3X7  
www.uqo.ca

Gatineau le 3 octobre 2013

Madame Ève Pinsonnault  
Étudiante  
Département de sciences infirmières  
Université du Québec en Outaouais

cc: Isabelle St-Pierre  
Professeure  
Département de sciences infirmières

**Projet #:** 1810

Je tiens d'abord à vous remercier des précisions et des modifications que vous avez apportées suite à nos commentaires. Suite à l'examen de l'ensemble de la documentation reçue, je constate que votre projet rencontre les normes éthiques établies par l'UQO.

C'est donc avec plaisir que je joins le certificat d'approbation éthique qui est valide pour une durée d'un an à compter de sa date d'émission. Votre approbation éthique pourra être renouvelée par le Comité d'éthique de la recherche suite à la réception du "Rapport de suivi continu" requis en vertu de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains. De fait, toute recherche en cours doit faire l'objet d'une surveillance éthique continue et cette responsabilité relève des chercheurs eux-mêmes. Pour plus d'information, je vous invite à consulter le site internet de l'éthique (<http://uqo.ca/ethique>). Toute modification au protocole de recherche devra être soumise au Comité d'éthique pour validation avant la mise en œuvre des modifications.

Afin de vous conformer à la politique de l'UQO en matière d'éthique de recherche, vous devez faire parvenir au Comité d'éthique de la recherche un "Rapport de suivi continu" le ou avant le:

**3 octobre 2014**

Dans l'éventualité où une demande de renouvellement de l'approbation éthique serait requise, vous devrez déposer votre Rapport au moins 45 jours avant l'échéance du certificat afin de vous assurer d'avoir une approbation éthique valide pendant toute la durée de vos activités de recherche.

Je demeure à votre disposition pour toute information supplémentaire et vous souhaite bon succès dans la réalisation de cette étude.

Le président du Comité d'éthique de la recherche  
André Durivage

Notre référence: 1810

**CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE**

Le Comité d'éthique de la recherche a examiné le projet de recherche intitulé :

**Projet:** Étude phénoménologique sur l'expérience de la violence horizontale chez les nouvelles infirmières diplômées

**Soumis par:** Ève Pinsonnault  
Étudiante  
Département de sciences infirmières  
Université du Québec en Outaouais

**Financement:** Non

Le Comité a conclu que la recherche proposée respecte les principes directeurs de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Outaouais.

Ce certificat est valable jusqu'au: **3 octobre 2014**Le président du Comité d'éthique de la recherche  
André DurivageDate d'émission: **3 octobre 2013**



Case postale 1250, succursale HULL, Gatineau (Québec) J8X 3X7  
[www.uqo.ca/ethique](http://www.uqo.ca/ethique)  
 Comité d'éthique de la recherche

Gatineau, le mercredi 19 novembre 2014

Notre référence : 1810

Mme Ève Pinsonnault  
 Étudiante  
 Département des sciences infirmières

c. c. Mme Isabelle St-Pierre  
 Professeure  
 Département des sciences infirmières

**Objet : Renouvellement du certificat d'éthique pour le projet :**  
*Étude phénoménologique sur l'expérience de la violence horizontale chez les nouvelles infirmières diplômées*

Madame,

Le secrétariat du comité d'éthique de la recherche (CÉR) a bien reçu votre rapport de suivi continu du projet cité en rubrique et vous en remercie. Le Comité constate le bon déroulement du projet et vous autorise à poursuivre vos activités de recherche par le renouvellement de votre certificat d'éthique pour une période **d'un an, soit jusqu'au 19 novembre 2015.**

Comme vous le savez sans doute, le suivi continu vise essentiellement à informer le CÉR des travaux et à favoriser une démarche continue de réflexion chez les chercheurs. Vous n'avez donc pas à attendre de correspondance additionnelle de la part du CÉR en ce qui a trait au suivi de ce dossier de recherche pour la présente année. Par contre, le Comité doit être informé et devra réévaluer ce projet advenant toute modification ou l'obtention de toute nouvelle information qui surviendrait pendant la période de validité de votre certificat et qui comporterait des changements, par exemple, dans le choix des sujets, dans la manière d'obtenir leur consentement ou dans les risques encourus. **Pour maintenir la validité de votre certificat d'éthique, vous devez nous faire parvenir votre rapport de suivi continu au plus tard le 19 novembre 2015.**

Je demeure à votre disposition pour toute information supplémentaire et vous prie de recevoir mes plus cordiales salutations.

Le président du Comité d'éthique de la recherche

Attachée d'administration au CÉR

Pour André Durivage  
 Professeur  
 Département des sciences administratives



Case postale 1250, succursale HULL, Gatineau (Québec) J8X 3X7  
[www.uqo.ca/ethique](http://www.uqo.ca/ethique)  
 Comité d'éthique de la recherche

Gatineau, le mardi 19 janvier 2016

Notre référence : 1810

Mme Ève Pinsonnault  
 Étudiante  
 Département des sciences infirmières

c. c. Mme Isabelle St-Pierre  
 Mme Chantal Verdon  
 Professeures  
 Département des sciences infirmières

**Objet : Renouvellement du certificat d'éthique pour le projet :**  
***Étude phénoménologique sur l'expérience de la violence horizontale chez les nouvelles infirmières diplômées***

Madame,

Le secrétariat du comité d'éthique de la recherche (CÉR) a bien reçu votre rapport de suivi continu du projet cité en rubrique et vous en remercie. Le Comité constate le bon déroulement du projet et vous autorise à poursuivre vos activités de recherche par le renouvellement de votre certificat d'éthique pour une période **d'un an**, soit jusqu'au **19 novembre 2016**.

Comme vous le savez sans doute, le suivi continu vise essentiellement à informer le CÉR des travaux et à favoriser une démarche continue de réflexion chez les chercheurs. Vous n'avez donc pas à attendre de correspondance additionnelle de la part du CÉR en ce qui a trait au suivi de ce dossier de recherche pour la présente année. Par contre, le Comité doit être informé et devra réévaluer ce projet advenant toute modification ou l'obtention de toute nouvelle information qui surviendrait pendant la période de validité de votre certificat et qui comporterait des changements, par exemple, dans le choix des sujets, dans la manière d'obtenir leur consentement ou dans les risques encourus. **Pour maintenir la validité de votre certificat d'éthique, vous devrez nous faire parvenir votre rapport de suivi continu au plus tard le 19 novembre 2016.**

Je demeure à votre disposition pour toute information supplémentaire et vous prie de recevoir mes plus cordiales salutations.

Le président du Comité d'éthique de la recherche

Attachée d'administration au CER

Pour André Durivage  
 Professeur  
 Département des sciences administratives



Case postale 1250, succursale HULL, Gatineau (Québec) J8X 3X7  
[www.uqo.ca/ethique](http://www.uqo.ca/ethique)  
 Comité d'éthique de la recherche

Gatineau, le vendredi 18 novembre 2016

Notre référence : 1810

Mme Ève Pinsonnault  
 Étudiante  
 Département des sciences infirmières

c. c. Mme Isabelle St-Pierre  
 Mme Chantal Verdon  
 Professeures  
 Département des sciences infirmières

**Objet : Renouvellement du certificat d'éthique pour le projet :**  
***Étude phénoménologique sur l'expérience de la violence horizontale chez les nouvelles infirmières diplômées***

Madame,

Le secrétariat du comité d'éthique de la recherche (CÉR) a bien reçu votre rapport de suivi continu du projet cité en rubrique et vous en remercie. Le Comité constate le bon déroulement du projet et vous autorise à poursuivre vos activités de recherche par le renouvellement de votre certificat d'éthique pour une période **d'un an**, soit jusqu'au **19 novembre 2017**.

Comme vous le savez sans doute, le suivi continu vise essentiellement à informer le CÉR des travaux et à favoriser une démarche continue de réflexion chez les chercheurs. Vous n'avez donc pas à attendre de correspondance additionnelle de la part du CÉR en ce qui a trait au suivi de ce dossier de recherche pour la présente année. Par contre, le Comité doit être informé et devra réévaluer ce projet advenant toute modification ou l'obtention de toute nouvelle information qui surviendrait pendant la période de validité de votre certificat et qui comporterait des changements, par exemple, dans le choix des sujets, dans la manière d'obtenir leur consentement ou dans les risques encourus. **Pour maintenir la validité de votre certificat d'éthique, vous devez nous faire parvenir votre rapport de suivi continu au plus tard le 19 novembre 2017.**

Je demeure à votre disposition pour toute information supplémentaire et vous prie de recevoir mes plus cordiales salutations.

Le président du Comité d'éthique de la recherche

  
 Attachée d'administration au CÉR

Pour André Durivage  
 Professeur  
 Département des sciences administratives

## Appendices G

Formulaire de consentement





Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 3X7  
Téléphone (819) 595-3900  
www.uqo.ca

## **Formulaire de consentement**

### **Étude phénoménologique sur l'expérience de la violence horizontale chez les nouvelles infirmières diplômées**

**Eve Pinonnault, inf. B.Sc., étudiante à la maîtrise en sciences infirmières**  
**Isabelle St-Pierre, inf. Ph.D., directrice de recherche**  
**Chantal Verdon, inf. Ph.D., co-directeur de recherche**

#### **Introduction**

Nous vous invitons par la présente à participer à la recherche en titre. Cette recherche dans le cadre d'une étude de maîtrise vise à explorer l'expérience de la violence horizontale vécue par les nouvelles infirmières diplômées (afin d'alléger le texte, le féminin sera employé). Dans le cadre de ce projet de recherche, la violence horizontale est définie comme un comportement hostile d'une infirmière ou d'un groupe d'infirmières envers une collègue ou envers un autre groupe d'infirmières qui se traduit par des attitudes, des actes, des paroles ou des comportements hostiles, agressifs et/ou dangereux (Thobaben, 2007). Cette étude phénoménologique a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche de l'UQO.

#### **Objectifs de l'étude**

L'objectif de ce projet de recherche est de décrire et comprendre l'expérience de la violence horizontale vécue par les nouvelles infirmières diplômées. Plus spécifiquement, nous voulons :

- 1) Explorer la conception qu'on les victimes de la violence horizontale;
- 2) Explorer les ressentis liés à la violence horizontale qu'on les victimes de ce type de violence à travers la description d'un événement marquant;
- 3) Identifier des interventions utilisées pour réduire ou éliminer la violence horizontale.

### **Interventions prévues dans le cadre de l'étude**

Votre participation à ce projet de recherche consiste à répondre à un questionnaire sociodémographique d'environ 5 minutes et à participer à une entrevue individuelle semi-structurée enregistrée (enregistrement audio seulement) d'une durée de 60 à 90 minutes. Pour participer à l'étude, vous devez consentir à être enregistré sur une bande audio lors de l'entrevue. Vous avez également le droit de refuser de répondre à une ou des questions en particulier et/ou de demander que l'on interrompe l'enregistrement à n'importe quel moment durant l'entrevue. Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps sans préjudice.

### **Description de la méthode de recherche**

Afin de mieux comprendre l'expérience de la violence horizontale vécue par les nouvelles infirmières diplômées, la méthode phénoménologique de Giorgi (1997) qui est inspirée de la philosophie de Husserl (phénoménologie transcendantale) sera privilégiée. Cette étude qualitative de type descriptive permettra de décrire et de comprendre la signification de l'expérience vécue ainsi que l'essence de ce phénomène. L'étudiante-chercheuse analysera les données recueillies et entamera le processus descriptif pour tenter d'identifier les unités de signification, les sous-thèmes et les thèmes afin d'accéder à l'essence du phénomène. Concrètement, la méthode de Giorgi (1997) se présente en cinq étapes, soit : la collecte des données verbales, la lecture des données, la division des données en unités de signification, l'organisation et la formulation des données brutes dans le langage de la discipline (sous-thèmes et thèmes) et la synthèse des résultats (essence) à des fins de communication à la communauté scientifique.

### **Risques et bienfaits**

Les risques associés à votre participation sont minimaux. Les inconvénients à prévoir sont : 1) le temps passé à participer au projet, soit environ 60 à 90 minutes et 2) l'émergence possible d'émotions difficiles suscitées par la description d'expériences liées au phénomène à l'étude. Advenant le cas où vous auriez besoin de soutien d'un professionnel, nous pourrions vous orienter vers une personne ressource capable de vous aider, vous soutenir et de répondre à vos questions. De plus, une liste de ressources vous sera donnée lors de l'entrevue. Les bénéfices anticipés sont : 1) la contribution à l'avancement des connaissances au sujet de violence horizontale vécue par les nouvelles infirmières diplômées, 2) une occasion de s'exprimer sur le phénomène à l'étude et 3) une expérience professionnelle en recherche à titre de participant(e). Aucune compensation d'ordre monétaire ou autre n'est accordée pour ce projet de recherche.

### **Confidentialité**

Toutes les mesures appropriées seront déployées durant l'étude afin d'assurer le maintien de la confidentialité des données recueillies à votre sujet. Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par l'attribution de pseudonyme. Aucune mention de votre nom ne sera faite dans quelque rapport que ce soit. Seules l'étudiante-chercheure et ses directrices de recherche auront accès à la liste des noms et des pseudonymes.

Les données recueillies, les enregistrements audio et les données électroniques seront protégés par un mot de passe et conservés sous clé dans le bureau de la co-directrice de recherche à l'UQO, Mme Chantal Verdon. Les seules personnes qui y auront accès sont l'étudiante-chercheure, la directrice et la co-directrice de recherche. Les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier les participants ou les lieux. Lorsque les résultats de l'étude seront diffusés, les renseignements pouvant vous identifier ne seront pas révélés (par ex. : données agrégées, pseudonyme à la fin des citations). Aucune mention de votre nom ne sera faite dans quelque rapport que ce soit.

Nous souhaiterions pouvoir réinvestir les données recueillies à la fin du présent projet dans d'autres activités de recherche dans le même domaine pour lequel vous êtes aujourd'hui invités à participer (utilisation de données secondaires). Le cas échéant, une autre demande au comité d'éthique devra être faite. Il n'est pas nécessaire de consentir à ce volet pour participer à la présente recherche.

- J'accepte une utilisation secondaire des données que je vais fournir.
- Je refuse une utilisation secondaire des données que je vais fournir.

### **Questions**

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec l'étudiante-chercheure Eve Pinsonnault avec la directrice de recherche Isabelle St-Pierre ou avec la co-directrice de recherche Chantal Verdon

Si vous désirez des renseignements supplémentaires concernant vos droits en tant que sujet participant(e) à une étude de recherche ou vous avez des plaintes en tant que participant(e) à l'étude et désirez communiquer avec une tierce partie impartiale, vous pouvez communiquer avec le président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais M. André Durivage au  
ou par courriel :

### Consentement

Je reconnais avoir lu et compris le présent formulaire de consentement, particulièrement en ce qui a trait à ma participation au projet de recherche. Je reconnais que le projet m'a été expliqué, que j'ai obtenu réponse à toutes mes questions et que j'ai disposé du temps nécessaire pour prendre une décision. Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, j'appose ma signature signifiant que j'accepte librement et volontairement d'y participer. En signant ce formulaire, je ne renonce pas à mes droits. Le formulaire est signé en deux exemplaires et j'en conserve une copie.

Nom du participant(e) : \_\_\_\_\_

Signature du participant(e) : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Année/Mois/Jour

Nom de l'étudiante-chercheur : \_\_\_\_\_

Signature de l'étudiante-chercheur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Année/Mois/Jour

## Appendices H

Liste des ressources



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 3X7  
Téléphone (819) 595-3900  
www.uqo.ca

**Liste de ressources**  
**Étude phénoménologique sur l'expérience de la violence horizontale**  
**chez les nouvelles infirmières diplômées**

**Eve Pinonnault, inf. B.Sc., étudiante à la maîtrise en sciences infirmières**

**Isabelle St-Pierre, inf. Ph.D., directrice de recherche**  
**Chantal Verdon, inf. Ph.D., co-directeur de recherche**

Les risques associés à votre participation sont minimaux. Les inconvénients à prévoir sont: 1) le temps passé à participer au projet, soit environ 60 à 90 minutes et 2) l'émergence possible d'émotions difficiles suscitées par la description d'expériences liées au phénomène à l'étude. Advenant le cas où vous auriez besoin de soutien d'un professionnel, nous pourrions vous orienter vers une personne ressource capable de vous aider, vous soutenir et de répondre à vos questions.

Voici une liste de ressources qui pourrait vous être utile :

**Clinique de services psychologiques de l'UQO (CSPUQO)**

Les services de psychothérapie s'inscrivent dans un programme d'une durée de 20 séances. Les services offerts à la Clinique sont sur rendez-vous seulement. Si votre situation nécessite une intervention urgente, nous vous invitons à contacter votre médecin ou à vous présenter à l'urgence de l'hôpital le plus près de chez vous.

Pavillon Alexandre-Taché.  
283, boulevard Alexandre-Taché Gatineau (Québec) Canada J9A 1L8  
La Clinique est située au 2e étage, dans le secteur C (C-2900)

Coordonnateur des stages et des internats et responsable de la Clinique : Dr Michel Roy  
Secrétaire : Helena Ferreira

**Programme d'aide et de référence (PARÉÉ)**

Service de support, d'aide et, selon les besoins, de référence vers les ressources des organismes communautaires ou vers les services de psychologues. Est accessible gratuitement aux étudiants et aux étudiantes de l'UQO dans la plus stricte confidentialité.

**Saint-Jérôme**, Guichet étudiant/Info-campus  
**Téléphone : 450-553-4859 ou 1-800-567-1283, poste 4859**

**Gatineau**, la conseillère Céline Paquette  
**Téléphone : 819-773-1698.**

<http://uqo.ca/etudiants/programme-daide-et-de-reference-paree>

**Syndicat de la Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ)**

La FIQ est une organisation qui défend les revendications, les choix et les droits des professionnelles en soins. Ils servent également à porter sur la place publique la réalité des membres, leur permettant ainsi de jouer un rôle non seulement dans leur milieu de travail, mais également auprès de l'ensemble de la population.

**FIQ – Outaouais**  
370, boul. Gréber, bureau 230, Gatineau (Québec) J8T 5R6  
**Téléphone : 819 568-4243 | 1 800 567-9651**  
Télécopieur : 819 568-0493

<http://www.fiqsante.qc.ca/fr/contents/pages/accueil.html>

**« Travailler dans la dignité - Contrer la violence en milieu de travail »**

Document PDF réalisé par la Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ)

<http://www.fiqsante.qc.ca/fr/folders/enjeux/santesecurite/violenceautravail.html?page=1>

**Autres ressources à Saint-Jérôme:**

S.O.S. J'écoute: 1-800-595-5580 (ligne d'intervention d'urgence 24 h /24 h)

Centre de prévention du suicide Le Faubourg: 450-569-0101 (24 h / 24 h)

Urgence suicidaire: en tout temps: 1-866-277-3553

Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC): 450-569-0332

Centre d'aide et de lutte contre les agressions sexuelles (CALACS):450-565-6231

CLSC secteur de Saint-Jérôme: 450-431-2221

Drogue: aide et référence: 1-800-265-2626 (24 h / 24 h)

Gai écoute: 1-888-505-1010

Hôpital régional de Saint-Jérôme (Hôtel-Dieu): 450-432-2777 ou 1-866-963-2777

Info-Santé: 1-800-361-3977

Ordre des psychologues du Québec: 1-800-363-2644, option 1 pour trouver un psychologue de votre région ou pour vérifier si un intervenant est membre de cet ordre

Police de Saint-Jérôme, demandes d'intervention: 450-432-1111; informations: 450-432-3344

S.O.S Grossesse: 1-877-662-9666

S.O.S. Violence conjugale : 1-800-363-9010 ou 514-873-9010



## Appendices I

Schéma des résultats de recherche

### Étude phénoménologique sur l'expérience de la violence horizontale chez les nouvelles infirmières diplômées

Reconnaître ses émotions Maitriser ses émotions Empathie et compassion Compétence relationnelle



