

Université de Montréal

La violence entre collègues au bloc opératoire : une revue intégrative des écrits

Par

Imen Hamdi

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise (M. Sc.)
en sciences infirmières, option Formation

Novembre 2021

© Imen Hamdi, 2021

Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières

Ce mémoire intitulé

La violence entre collègues au bloc opératoire : une revue intégrative des écrits

Présenté par
Imen Hamdi

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Laurence Bernard
Présidente-rapporteuse

Annette Leibing
Directrice de recherche

Steve Gagné
Co-directeur de recherche

Line Beaudet
Membre de jury

Résumé

La violence horizontale (VH) touche plusieurs infirmières soignantes. Au Québec, de nombreuses infirmières rapportent des incidents de violence soit d'ordre physique, psychologique ou sexuel perpétrés par différents membres de l'équipe de soins. Plusieurs conséquences graves de la violence horizontale ont été répertoriées, face aux patients, aux victimes et à la profession infirmière. En effet, les infirmières du bloc opératoire sont les plus souvent affectées par la VH. Ce phénomène semble encore méconnu par les infirmières, ainsi elles ont normalisé et toléré la VH en la considérant comme étant une composante du bloc opératoire. Malgré les efforts visant à combattre ce phénomène, la VH est un problème croissant et persistant dans le milieu de travail infirmier.

Cette revue intégrative des écrits vise à d'établir l'état des connaissances se rapportant au phénomène de la violence entre collègues au bloc opératoire afin de mieux comprendre ce problème et de proposer des pistes de solutions visant à le résoudre.

Les résultats des articles recensés ont été analysés et catégorisés selon des thèmes cohérents au modèle conceptuel de Almost (2006). Ces thèmes sont : le concept de la violence entre collègues qui est divisé en trois sous thèmes (la prévalence de cette problématique, les sources de la violence entre collègues et ses manifestations), les caractéristiques du bloc opératoire, les conséquences de la violence entre collègues qui sont aussi divisées en trois sous thèmes (les conséquences sur la qualité et la sécurité des soins, les conséquences sur les victimes et les conséquences sur l'établissement de santé) et, finalement, les solutions qui ont été proposées pour lutter contre la violence entre collègues dans le milieu de travail.

Cette revue a permis d'émettre plusieurs recommandations afin de contrer la violence entre collègues.

Mots-clés : violence entre collègues, bloc opératoire, infirmières, les facteurs de violence entre collègues, revue intégrative des écrits, pistes de solutions

Abstract

Horizontal violence (HV) affects many nurses around the world. In Quebec, many nurses report incidents of physical, psychological or sexual violence perpetrated by other members of their health care teams. The consequences of horizontal violence affect patients, victims, and the nursing profession as a whole. Operating room (OR) nurses are the most often affected by HV. Nurses often don't seem to recognize the problem as a problem; they seem to normalize and tolerate HV by considering it a part of the operating room culture. Despite efforts to combat this phenomenon, VH is a persistent and growing problem in the nursing workplace.

This integrative review of the literature aims to establish the state of knowledge related to this problem and to propose solutions to address it.

The results of the articles reviewed were analyzed and categorized according to themes consistent with Almost's (2006) conceptual model. These themes are: the concept of violence between colleagues, which is divided into three sub-themes (the prevalence of this problem, the sources of violence between colleagues, and its manifestations), the characteristics of the operating room, the consequences of violence between colleagues, which are also divided into three sub-themes (the consequences on the quality and safety of care, the consequences for the victims, and the consequences for the health care institution), and, finally, the solutions that have been proposed to combat violence between colleagues in the work environment.

This review provided several recommendations to address violence between colleagues.

Keywords: violence between colleagues, operating room, nurses, factors of violence between colleagues, integrative literature review, solutions

Table des matières

Résumé	3
Abstract	4
Table des matières	5
Liste des tableaux	7
Liste des figures	8
Liste des abréviations	9
Remerciements	10
Chapitre 1 : la problématique	11
La problématique.....	12
But de recherche.....	19
Cadre de référence.....	19
Les antécédents de conflit	20
Les caractéristiques individuelles.....	20
Les facteurs interpersonnels	21
Les facteurs organisationnels	21
Style de gestion des conflits	22
Les conséquences du conflit.....	23
Effets sur les personnes	23
Les relations interpersonnelles	23
Effets organisationnels	23
Chapitre 2 : la méthodologie	25
La méthodologie.....	26
Identification du problème	26
Démarche de recherche documentaire	27
Évaluation des données	30
L'analyse des données.....	30
La présentation des résultats	31
Chapitre 3 : Les résultats de la revue intégrative des écrits	33
Résultats	34

Le concept de la violence entre collègues	35
La prévalence de la violence entre collègues	36
Les manifestations de la violence entre collègues	37
Les sources de la violence entre collègues	38
Les caractéristiques du bloc opératoire	41
Les conséquences de la violence entre collègues	43
Les conséquences sur la qualité et la sécurité des soins	43
Les conséquences sur les victimes	45
Les conséquences sur l'établissement de santé	47
Des solutions pour lutter contre la violence entre collègues	48
Les interventions	48
Les recommandations.....	52
Chapitres 4 : discussion et conclusion.....	58
Discussion	59
Les forces et les limites	63
Les recommandations.....	64
Recommandations pour la recherche en sciences infirmières.....	65
Recommandations pour la pratique infirmière.....	68
Recommandations pour la formation infirmière	71
Conclusion.....	75
Les références.....	76
Les références.....	77
Les appendices	86
Appendice A : Diagramme de flux pour la recherche documentaire.....	87
Appendice B : Une synthèse de l'analyse critique des articles recensés	88
Appendice C : 1 ^{er} approbation scientifique	136
Appendice D : approbation éthique.....	141
Appendice E : 2 -ème approbation scientifique	143

Liste des tableaux

Tableau 1 : Plan de concepts de la recherche documentaire	27
Tableau 2 : une synthèse de l'analyse critique des articles recensés	88

Liste des figures

Figure 1. Extraite de l'article <i>Conflict within nursing work environments : concept analysis</i> , de Almost (2006, p. 446).....	20
--	----

Liste des abréviations

AIIC	Association des infirmières et infirmiers du Canada
ANA	<i>American Nurses Association</i>
APA	Association Américaine de Psychologie
BIT	Bureau International du Travail
FCSII	Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers
NAQ	<i>Negative Acts Questionnaire</i>
VH	Violence horizontale

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier ma directrice de recherche, professeure Annette Leibing qui a été toujours disponible et ouverte. Elle a su bien m'encadrer et me soutenir à chacune des étapes de mon parcours universitaire. Je veux remercier également mon codirecteur, monsieur Steve Gagné, qui, par son expertise et son engagement, a contribué à la réussite de ce travail. Tous les deux, vous m'avez accompagnée activement et vous m'avez guidée dans mes réflexions. Vous m'avez témoigné une grande confiance tout au long de l'élaboration de ce mémoire. Sans vos contributions respectives, ce travail n'aurait jamais pu voir le jour.

Pour ma famille en Tunisie, un simple merci ne serait pas suffisant, vous qui êtes là depuis toujours, vous qui êtes mon premier soutien. Malgré la distance qui nous sépare depuis deux ans vous étiez toujours dans mon cœur et vous m'avez soutenu comme d'habitude. Sans vous, je ne serai jamais là où je suis aujourd'hui. Je suis heureuse de vous savoir fier de moi. Je remercie également mes amis proches d'être toujours à mes côtés. Je remercie M. M. qui a été l'épaule sur laquelle je peux toujours compter dans mes moments de joie ou de désespoir.

Finalement, je remercie énormément la Mission Universitaire de Tunisie à Montréal pour leur soutien financier tout au long d'une période de deux ans avec la bourse d'excellence émise par le gouvernement tunisien.

Chapitre 1 : la problématique

La problématique

La violence horizontale, est un phénomène préoccupant dans le domaine de la santé et peut se traduire par des attitudes, des actes, des paroles ou des comportements hostiles, agressifs et/ou à caractère dangereux dans une équipe de soins (Thobaben, 2007). Aux États-Unis, un sondage (en ligne et en copie papier) a été transmis à partir d'une revue professionnelle (Dumont et al., 2012). 955 infirmières¹ y ont répondu. De ce nombre, 778 (82%) ont déclaré avoir été des victimes ou des témoins de violence horizontale (Dumont et al., 2012). En ce qui a trait au contexte hospitalier québécois, les résultats d'une étude menée par Lemelin et ses collègues (2009) ont révélé que parmi les 181 participantes à l'étude, 86,5 % des infirmières rapportent des incidents de violence, soit : d'ordre physique, psychologique ou sexuel venant surtout des collègues directs, mais aussi des supérieurs et des médecins. Dans le cadre d'une enquête réalisée auprès de 1 179 infirmières travaillant dans le secteur de santé publique au Québec, 20,4 % d'entre elles ont déclaré des incidents de violence au cours des six mois précédant l'étude (Trépanier et al., 2013).

Selon Pinsonnault (2018) et Taylor (2016), la violence horizontale demeure un phénomène minimisé et méconnu par de nombreuses infirmières. Pour cette raison, il est possible que la prévalence soit plus élevée que ce qui est rapporté dans les publications. Par ailleurs, lorsque les comportements de la violence horizontale sont reconnus par les infirmières, ils sont souvent tolérés en les considérant comme une composante inhérente au milieu de travail (Bigony et al., 2009; Lindy et Schaefer, 2010; Pinsonnault, 2018; Taylor, 2016). En réalité, ce problème crée un environnement nuisible au travail d'équipe (Becher et Visovsky, 2012) et joue un rôle direct dans la rétention des infirmières (Lavoie-Tremblay et al., 2010). Dans ce sens, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC] et la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers [FCSII] (2015) et

¹ Afin d'alléger le texte, le féminin sera employé tout au long de ce mémoire.

l'American Nurses Association [ANA] (2015a) ont mis l'accent sur le droit des infirmières de travailler dans un environnement de travail respectueux et exempt de violence.

Le phénomène de ce type de comportement est souvent dénommé violence horizontale, un concept ayant évolué au cours des 40 dernières années. Il a été défini et décrit sous divers angles par les chercheurs et les cliniciens. De ce fait, la définition de la violence horizontale ne fait pas l'unanimité dans les écrits scientifiques, car plusieurs termes ont été associés à ce concept, tels que : la violence latérale (Roberts, 2015), les comportements perturbateurs (Chipps et al., 2013), et l'incivilité et le *bullying* (Bambi et al., 2017). Dans le même contexte, une chercheuse a identifié quatorze termes français ou anglais pouvant être utilisés de manière interchangeable pour illustrer la violence horizontale. Ces termes sont : « agression, harcèlement, comportement des groupes opprimés, abus verbal, conflit dans le milieu de travail, intimidation, violence au travail, violence horizontale, manger leurs petits, *bullying*, incivilité, agression dans le milieu de travail, *mobbing*, et violence dans le milieu de travail » [Traduction libre] (Pinsonnault, 2018, p. 22). La panoplie de synonymes répertoriés dans les écrits scientifiques peut expliquer entre autres l'absence d'une définition universelle associée à ce concept (Crawshaw, 2009; Embree et White, 2010; Royal, 2014). En effet, cette diversité linguistique accentue la difficulté à circonscrire ce concept, mais touche également la collaboration entre les chercheurs et les cliniciens pour résoudre ce problème (Crawshaw, 2009).

La compréhension du phénomène de la violence horizontale peut être problématique. Comme mentionné précédemment, la violence horizontale est un phénomène défini et décrit sous de multiples facettes selon les publications scientifiques. Selon le Bureau International du Travail [BIT] (BIT, 2003), la violence peut être horizontale lorsqu'elle se produit entre des collègues de même niveau hiérarchique, ou verticale lorsqu'il existe une relation hiérarchique entre la cible de la violence et son auteur. D'autres

chercheurs définissent la violence horizontale en ciblant l'entièreté de l'équipe, et ce, sans inclure l'aspect hiérarchique. Katrinli et al. (2010) et Longo et Sherman (2007) reprennent cette vision plus générique de la violence horizontale en la définissant comme étant des actions négatives venant d'une collègue envers une autre collègue. De même, un autre auteur a défini la violence horizontale aussi d'une façon plus générale par : « un conflit intergroupe qui se manifeste par une hostilité » [Traduction libre] (Duffy, 1995, p. 1).

Selon les écrits répertoriés, la violence horizontale se produit entre des infirmières détenant des postes ou des statuts similaires au sein de l'établissement de santé (BIT, 2003; Thobaben, 2007, 2011). Cette phrase est discutable pour plusieurs raisons. En effet, même si l'infirmière est une collègue de travail, elle exerce d'une manière ou d'une autre, une certaine forme de pouvoir sur sa victime (Bigony et al., 2009). En outre, ces comportements négatifs s'inscrivent dans une dynamique de groupe, c'est-à-dire qu'il existe plusieurs professionnels occupant différents postes qui y sont impliqués (Villafranca et al., 2017a). De ce fait, tous les membres de l'équipe de soins sont aussi considérés comme faisant partie de ce conflit intergroupe. Dans ce sens, on voit que la définition qui exclut les médecins à titre d'exemple d'une définition de la violence horizontale, en raison d'une hiérarchie perçue entre ces deux professions, réaffirme et naturalise d'une certaine façon cette hiérarchie.

Dans le cadre de ce mémoire, la violence horizontale est définie d'une façon générale et inclusive, comme étant des actions négatives venant d'une collègue envers une autre collègue de travail (Katrinli et al., 2010; Purpora et al., 2012; Topa et Moriano, 2013; Walrafen et al., 2012) et pas seulement entre des infirmières de même niveau hiérarchique. Cela permet de dresser un portrait plus global du phénomène en tenant compte des différents acteurs pouvant être impliqués. Même si l'expression violence entre collègues serait plus pertinente pour décrire le phénomène à l'étude. Toutefois, pour cette revue intégrative des écrits, nous allons continuer à utiliser les termes initiaux mentionnés par les auteurs des publications analysées, dont la plus récurrente est la violence horizontale.

À la suite des études, plusieurs conséquences graves de la violence horizontale ont été répertoriées, face aux patients, aux victimes et à la profession infirmière. Les comportements négatifs affectent la sécurité des patients et la qualité des soins (Bloom, 2019; Purpora, 2010). En effet, cela est notamment lié à l'augmentation des erreurs dans le cadre d'une pratique clinique (Johnson et Benham-Hutchins, 2020; Wilson et Phelps, 2013) ainsi qu'à une diminution de la communication et de la collaboration interprofessionnelle à la suite des incidents à comportements perçus négativement (Johnson et Benham-Hutchins, 2020; Maddineshat et al., 2016; Villafranca et al., 2017a). De plus, Difazio et al. (2019), Thobaben (2011) et Vessey et al. (2010) ont démontré que la violence horizontale affecte la santé physique et psychologique des infirmières. Ces comportements négatifs ont engendré une diminution de la concentration, une fatigue, une frustration (Maddineshat et al., 2016) ainsi qu'une insatisfaction au travail chez plusieurs d'entre elles. (Maddineshat et al., 2016; Vessey et al., 2010).

La violence horizontale engendre également un taux élevé de roulement et d'absentéisme du personnel infirmier (Lindy et Schaefer, 2010). Ce roulement des ressources humaines diminue l'efficacité et la performance organisationnelle et rend le recrutement et la rétention des infirmières difficiles, notamment en milieu de soins critiques tel le bloc opératoire (Higgins et MacIntosh, 2010; Laflamme et al., 2019; Villafranca et al., 2017a). Cela s'avère particulièrement inquiétant surtout dans un contexte de pénurie des ressources infirmières au Québec (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2018). Les études recensées démontrent que la violence horizontale affecte le niveau de productivité et le rendement des infirmières (Bloom, 2019; Hutchinson et Jackson, 2013; Villafranca et al., 2017a). Ce phénomène est considéré comme étant une problématique coûteuse pour le système de santé (Becher et Visovsky, 2012). L'impact financier annuel de la violence horizontale peut varier de 30 000 \$ US à 100 000 \$ US par infirmière (Becher et Visovsky, 2012).

Ce mémoire cible la violence horizontale (ou la violence entre collègues) dans un contexte spécifique, le bloc opératoire et cela pour différentes raisons. Plusieurs auteurs ont montré que les infirmières œuvrant au bloc opératoire sont les plus souvent affectées par des incidents de violence horizontale perpétrés par différents membres de l'équipe de soins (Bambi et al., 2014; Bigony et al., 2009; Johnson et Benham-Hutchins, 2020; Maddineshat et al., 2017). En effet, selon une étude aux États-Unis comprenant 167 participants, 59 % des professionnels de santé au bloc opératoire ont été témoins de façon hebdomadaire, de situations d'intimidation envers leurs collègues (Chipps et al., 2013). Au Canada, plusieurs comportements abusifs ont été remarqués par des centaines de cliniciens œuvrant au bloc opératoire (Villafranca et al., 2017b). Par exemple, ces comportements se manifestent par des agressions physiques, des intrusions dans les espaces personnels dans le but d'intimider ou des menaces verbales (Villafranca et al., 2017b).

Plusieurs raisons justifiant ce haut taux de prévalence de la violence au bloc opératoire ont été discutées dans les écrits. Les activités cliniques au bloc opératoire s'accomplissent dans un environnement stressant ce qui expliquerait entre autres, l'existence de comportements perturbateurs dans ce secteur (Laflamme, 2018; Reyka, 2015). L'isolement géographique du bloc opératoire et son cloisonnement par rapport aux autres unités de soins pourraient également contribuer à des tensions au sein de l'équipe (Bigony et al., 2009). Le manque de professionnels expérimentés et les heures supplémentaires au travail représentent d'autres facteurs contribuant à la violence horizontale au bloc opératoire (Bigony et al., 2009).

Même si le bloc opératoire est un milieu de soins pouvant être fortement affecté par la violence horizontale (Bambi et al., 2014; Bigony et al., 2009; Stella, 2010; Reyka, 2015; Villafranca et al., 2017b; Villafranca et al., 2019; Yang et Zhou, 2020), plusieurs infirmières semblent normaliser ces comportements, en les considérant comme étant un aspect culturel du bloc opératoire (Bigony et al., 2009). Reyka (2015), qui a étudié l'impact des

comportements perturbateurs sur la satisfaction de 45 infirmières américaines œuvrant au bloc opératoire, a démontré un effet négatif sur la satisfaction au travail et une augmentation de l'intention de quitter le milieu de travail. Ainsi, un milieu de travail sain est considéré comme étant primordial pour favoriser la rétention du personnel infirmier (Longo et al., 2011). La violence horizontale peut entraîner un impact négatif sur le développement professionnel de plusieurs infirmières (Bigony et al., 2009). En effet, chez les infirmières du bloc opératoire, qui ont subi une violence horizontale et qui, comme résultat, ont développé un sentiment d'incompétence, l'intérêt à s'exposer à de nouvelles expériences cliniques pouvant contribuer à leur développement professionnel est réduit (Bigony et al., 2009).

Vu l'ampleur de cette problématique, certaines interventions ont été conçues pour lutter contre la violence horizontale dans le milieu de travail. Principalement des ateliers de renforcement de communication (Ceravolo et al., 2012) et des stratégies éducatives virtuelles (Malette et al., 2011) ont été proposées afin de l'enrayer. De plus, d'autres interventions ont été répertoriées telles que : la sensibilisation à la violence horizontale auprès des infirmières, des programmes de formation, un leadership authentique, des stratégies de tolérance zéro par rapport à tout incident de violence, une législation appropriée et la mise en place des codes de conduites dans le milieu de travail infirmier (Bambi et al., 2017). Ces auteurs ci-haut mentionnés n'ont pas précisé l'unité ou les unités concernées par ces interventions. Toutefois, Coursey et al. (2013) ont signalé que peu d'interventions ont été faites dans le contexte spécifique du bloc opératoire.

De son côté, l'American Nurses Association [ANA] (2015b) a soutenu l'adoption des stratégies de tolérance zéro. Elle soutient une déclaration de la violence horizontale dans les établissements de santé comme une stratégie pour résoudre cette problématique (ANA, 2015b). Les associations professionnelles (AIIC et FCSII, 2015; ANA, 2015b)

recommandent la mise en place de séances de formation pour définir ces comportements ainsi que pour y introduire des stratégies d'interventions dans le milieu de travail. Cependant, ces interventions restent moins efficaces (Bambi et al., 2017; Castronovo et al., 2016; Germann et Moore, 2019). Par ailleurs, le peu d'études qui ont testé l'efficacité de ces interventions comportent des limites méthodologiques importantes telles que des problèmes d'échantillonnage, l'absence de mesures afin d'éviter les différents biais possibles et des problèmes dans l'évaluation de leur fiabilité (Coursey et al., 2013; Mallette et al., 2011).

En dépit des interventions mises en place, certaines infirmières ont mentionné qu'il existe un manque de soutien et de respect de la part de l'administration de l'hôpital quant aux comportements négatifs dans le milieu de soins (Bloom, 2019; Taylor, 2016; Walrafen et al., 2012). Une étude américaine a démontré que 59,6 % des infirmières n'étaient pas satisfaites à la suite de la réponse des administrateurs (Difazio et al., 2019). Malgré les efforts, des auteurs ont trouvé que la violence horizontale est un véritable problème croissant et persistant dans le milieu de travail des infirmières (Germann et Moore, 2019; Petrovic et Scholl, 2018; Vessey et al., 2010). En outre, Certains auteurs ont été intéressés seulement par la violence perpétrée par des médecins au bloc opératoire (Higgins et MacIntosh, 2010), négligeant les autres collègues de travail. Toutefois, il est clair que la violence horizontale peut être commise par plusieurs acteurs.

Finalement, aucune revue d'écrits n'a décrit les solutions envisageables pour prévenir et résoudre la violence entre collègues spécifiquement au bloc opératoire, même si, selon plusieurs études, c'est un milieu de soins où on constate davantage ce type de violence (Bambi et al., 2014; Bigony et al., 2009; Johnson et Benham-Hutchins, 2020). Une revue intégrative des écrits permettra donc de mieux comprendre le phénomène dans ce secteur et d'émettre des recommandations pour sensibiliser les établissements de santé et

d'enseignement pour qu'ils puissent dispenser des formations quant à la violence entre collègues et sa prévention dans le milieu de travail.

But de recherche

Le but de ce mémoire est d'établir l'état des connaissances se rapportant au phénomène de la violence entre collègues au bloc opératoire afin de mieux comprendre ce problème et de proposer des pistes de solutions visant à le résoudre.

Afin d'atteindre ce but, deux objectifs de recherche ont été soulevés :

- 1. Comprendre la complexité du phénomène de la violence entre collègues au bloc opératoire discutée dans la littérature existante;**
- 2. Répertorier et discuter des solutions pour l'avancement d'interventions de lutte contre la violence entre collègues dans ce milieu de soins.**

Cadre de référence

Il est important de comprendre les différents facteurs qui entourent le phénomène de la violence entre collègues (Katrinli et al., 2010; Royal, 2014). Afin d'aider l'étudiante chercheuse à mieux circonscrire ce phénomène auprès des infirmières travaillant au bloc opératoire, le modèle conceptuel des antécédents et des conséquences des conflits (Almost, 2006) sera utilisé (voir figure 1). Il a été développé par une chercheuse canadienne en sciences infirmières Joan Almost, qui est spécialiste des relations au travail, le modèle a été choisi parce qu'il représente bien les multiples dimensions impliquées dans le phénomène de la violence entre collègues qui est souvent réduit à des problèmes interpersonnels. De plus, ce modèle élabore le contexte du conflit, comme aussi le possible côté positif du conflit.

Ce modèle en sciences infirmières se compose des éléments conceptuels suivants : les antécédents de conflit (notamment les caractéristiques individuelles, les facteurs

interpersonnels et les facteurs organisationnels), le conflit perçu, le style de gestion du conflit, et les conséquences du conflit (notamment les effets du conflit sur les personnes, les relations interpersonnelles et l'organisation). Les construits de ce cadre découlent d'une recherche documentaire approfondie du concept de conflit dans les environnements de travail infirmier et en se basant sur une approche évolutive d'analyse de concept (Almost, 2006).

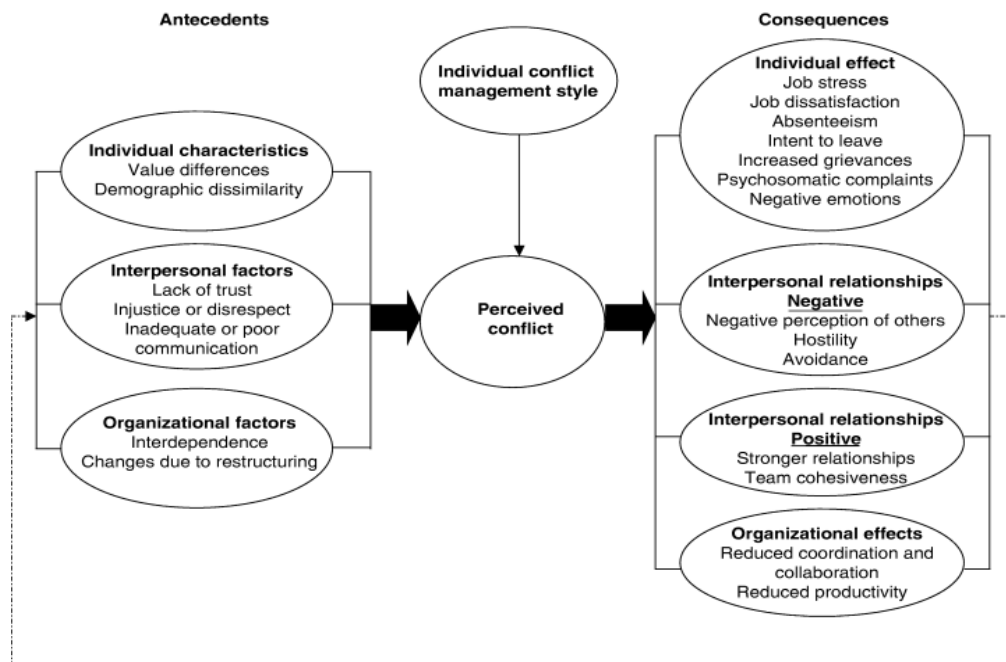


Figure 1. Extraite de l'article *Conflict within nursing work environments : concept analysis*, de Almost (2006, p. 446).

Avant d'entrer dans une explication détaillée du modèle conceptuel, il est important de rappeler que dans le cadre de ce mémoire, la violence horizontale se définit comme étant : « un conflit intergroupe qui se manifeste par une hostilité » [Traduction libre] (Duffy, 1995, p. 1). Ainsi, la terminologie (conflit) utilisée par Almost (2006) est incluse dans la définition de violence horizontale de ce mémoire.

Les antécédents de conflit

Les caractéristiques individuelles

Selon Almost (2006), plusieurs divergences dans une équipe de soin peuvent expliquer des conflits au niveau individuel. Ainsi, les différences entre les sexes ou genres,

les niveaux d'éducation et les générations peuvent causer des conflits. En effet, il est bien connu que les personnes qui ont des valeurs semblables peuvent établir plus facilement de bonnes relations avec les autres membres de l'équipe de soins. En outre, selon Almost et al. (2016), une faible intelligence émotionnelle (la capacité de la personne de gérer efficacement ses propres émotions et de comprendre les émotions des autres) et une «personnalité névrotique» sont des caractéristiques individuelles le plus souvent identifiées dans la littérature scientifique comme étant des sources de conflits.

Les facteurs interpersonnels

Plusieurs facteurs interpersonnels peuvent être impliqués dans les conflits dans une équipe : le manque de soutien par des collègues, supérieurs et gestionnaires est un élément important (Almost et al., 2016). Almost et al. (2016) explique aussi que le rôle des gestionnaires doit être pris en considération quand on regarde l'origine et la façon de gérer les conflits au travail. En outre, le manque de communication ou de compréhension des points de vue des autres collègues peut générer des conflits dans le milieu de soins (Almost, 2006; Almost et al., 2016). Le manque de respect de la part de certains membres de l'équipe soignante est considéré comme étant un prédicteur important des conflits chez les infirmières (Almost, 2006). Ainsi, ce manque de respect se manifeste à titre d'exemple par le fait de négliger les opinions des infirmières et le fait de les exclure d'un processus décisionnel (Almost, 2006).

Les facteurs organisationnels

Selon le modèle d'Almost (2006), les conflits peuvent également être causés par des éléments de nature organisationnels. En effet, les différentes disciplines et leurs références théoriques parfois divergentes, la charge de travail, le manque de ressources et les heures supplémentaires au travail sont quelques exemples de facteurs organisationnels qui entrent en jeu dans les conflits (Almost, 2006; Almost et al., 2016). De plus, il arrive qu'un conflit prenne naissance à cause du stress, de la pression exercée au travail, de la pénurie du

personnel, de l'allocation injuste des ressources et les conditions de travail inappropriées (des températures intolérables, bruit, aérations inadéquates de l'environnement) (Almost et al., 2016).

Style de gestion des conflits

En lien avec les facteurs individuels et interpersonnels, la gestion des conflits est différente d'une personne à l'autre. Ainsi, les personnes en conflit peuvent s'engager dans une discussion constructive si elles ont des perceptions coopératives et compatibles de leurs propres objectifs et ceux des autres personnes (Almost, 2006). Toutefois, lorsque les personnes en conflit perçoivent leurs propres objectifs et les objectifs des autres d'une manière compétitive cela peut mener à des discussions plus intenses (Almost, 2006). En outre, les croyances, les connaissances, les traits de personnalité et les attitudes des personnes sont des éléments qui guident le style de gestion des conflits (Almost et al., 2016). Citant ainsi l'exemple des personnes qui ont une personnalité névrotique, elles sont susceptibles d'utiliser un style de gestion de conflit moins « collaboratif » (Almost et al., 2016).

Le style de gestion « collaboratif » est défini par le fait de montrer une préoccupation importante pour soi et pour les autres personnes (Almost, 2006; Almost et al., 2016). D'autres personnes peuvent utiliser un style « évitant » qui se traduit par une faible préoccupation de soi et aussi pour les autres (Almost et al., 2016; Almost, 2006). D'ailleurs, Solis (2019) indique que l'évitement peut être une solution à court terme pour résoudre la violence entre collègues. Par ailleurs, les personnes qui ont une grande préoccupation de soi et une faible préoccupation envers les autres sont plus susceptibles d'utiliser un style « dominant » (Almost, 2006; Almost et al., 2016). Et finalement, les personnes qui ont une faible préoccupation de soi-même, mais une grande préoccupation pour les autres individus utilisent style « accommodant » (Almost, 2006; Almost et al., 2016).

Les conséquences du conflit

La plupart des éléments qui seront présentés dans la section suivante seront approfondis dans la recension des écrits. De ce fait, l'étudiante chercheuse donnera seulement un aperçu général sur ces éléments mentionnés par Almost (2006) et Almost et al. (2016).

Effets sur les personnes

Les conflits non résolus peuvent nuire au bien-être du personnel ainsi qu'à la satisfaction au travail (Almost, 2006). De plus, ils peuvent engendrer une faible estime de soi et des troubles psychologiques (Almost, 2006). D'ailleurs, plusieurs écrits ont révélé que les comportements négatifs affectent la sécurité des patients et la qualité des soins offerts (Johnson et Benham-Hutchins, 2020; Villafranca et al., 2017), de même que la santé physique et psychologique des infirmières (Difazio et al., 2019).

Les relations interpersonnelles

Les conflits peuvent influencer négativement les relations interpersonnelles, ce qui se traduit par de mauvaises relations entre les membres d'une équipe de soins (Almost, 2006). En outre, Almost (2006) trouve que certains conflits dans le milieu de travail peuvent influencer positivement les relations interpersonnelles en favorisant la cohésion interne au sein de l'équipe soignante. D'ailleurs, les conversations de résolution des conflits favorisent un sentiment d'appartenance, d'adaptation et d'intégration (Almost, 2006).

Effets organisationnels

La persistance des conflits peut mener à une faible collaboration interprofessionnelle (Almost, 2006; Johnson et Benham-Hutchins, 2020), ce qui se traduit par une faible productivité (Almost, 2006).

Ce modèle sera utilisé pour organiser nos thèmes de la recension des écrits. Il va nous aider à identifier les éléments à considérer pour comprendre le phénomène de la

violence entre collègues tels que les sources et les résultats des conflits dans le milieu de soins. Toutefois, ce cadre de référence ne discute pas des pistes de solutions pour l'avancement d'interventions de lutte contre la violence entre collègues ce qui pourrait être considéré comme étant une limite. Une autre limite de ce modèle c'est que d'autres facteurs nécessitent d'être exploré, tels que des facteurs culturels (ex. les images des femmes), politiques (ex. le système de santé dans lequel l'organisation des soins est située) et historiques (ex. l'origine de certaines pratiques).

Chapitre 2 : la méthodologie

La méthodologie

Afin de répondre aux objectifs de ce mémoire, une revue intégrative des écrits a été réalisée. Selon Whitemore et Knafl (2005) ce type de revue permet d'intégrer des écrits scientifiques avec diverses méthodologies et cela pour pouvoir comprendre les différents éléments qui entourent le phénomène à l'étude d'une façon holistique. Même si cette approche a été critiquée à cause d'un présumé manque de rigueur au niveau de certaines étapes du modèle de Whitemore et Knafl et qui seront décrites plus bas (Hopia et al., 2016; Russel, 2005), cette approche est utile pour une recherche comme la nôtre. En effet, ce type de revue a été choisi puisqu'il vise à proposer des changements réalistes pour le contexte clinique (Whitemore et Knafl, 2005), ce qui concorde avec le but de notre recherche. Russel (2005) décrit les multiples avantages d'une revue intégrative des écrits. Elle aide à porter un jugement sur la qualité des articles, circonscrire les forces et les lacunes des écrits, identifier les problèmes majeurs dans un environnement de soins et la nécessité d'effectuer de futures recherches et enfin explorer des cadres conceptuels ou théoriques. Whitemore et Knafl (2005) proposent cinq étapes pour guider l'élaboration des revues intégratives et qui sont : 1) l'identification du problème; 2) la recherche documentaire; 3) l'évaluation des données; 4) l'analyse des données et 5) la présentation des résultats.

Identification du problème

L'identification du problème est une étape importante dans l'élaboration d'une revue intégrative (Whitemore et Knafl, 2005). En effet, identifier le problème à l'étude implique l'identification des concepts clés ainsi que la population visée (Whitemore et Knafl, 2005). En outre, cette étape facilitera le processus d'extraction des données d'une façon plus appropriée lors de la recension des écrits (Whitemore et Knafl, 2005). Tel que mentionné précédemment dans le chapitre 1, cette revue intégrative s'intéresse à étudier la problématique de la violence entre collègues auprès des infirmières œuvrant au bloc

opérateur afin de mieux comprendre ce problème et proposer des pistes de solutions visant à le résoudre.

Démarche de recherche documentaire

Dans le but de parcourir la littérature scientifique disponible, les bases de données *CINAHL* et *MEDLINE* ont été consultées. Quatre concepts centraux et leurs combinaisons constituent la base de cette recherche documentaire qui sont : *expérience, infirmière, violence horizontale* et *bloc opératoire*. Quant au concept de la violence horizontale, l'étudiante chercheuse utilise les différentes appellations et synonymes découlant des résultats de l'étude de Pinsonnault en 2018. Par la suite, l'étudiante chercheuse a identifié des descripteurs de *CINAHL* et *MEDLINE* correspondant à chaque concept de la présente étude (voir tableau 1). *Google Scholar* a été consulté parallèlement lors de cette recherche documentaire. Des équations de recherche avec mots clés et avec descripteurs ont été effectuées (voir tableau 1). Un bibliothécaire en sciences de la santé a été consulté afin d'identifier les oublis potentiels.

Tableau 1 : Plan de concepts de la recherche documentaire

Concepts	Expérience	Infirmières	Violence horizontale	Bloc opératoire
Descripteurs de CINAHL	(MH "Job Experience") OR (MH "Work Experiences") OR (MH "Life Experiences") OR (MH "Perception") OR (MH "Attitude") OR (MH "Nurse Attitudes") OR (MH "Attitude of Health Personnel") OR (MH "Employee Attitudes") OR (MH "Emotions") OR (MH "Anxiety") OR (MH	(MH "Nurses") OR (MH "Health Personnel") OR (MH "Operating Room Personnel") OR (MH "Physicians") OR (MH "Staff Nurses") OR (MH "Nursing Staff, Hospital") OR (MH	(MH "Interprofessional Relations") OR (MH "Interpersonal Relations") or (MH "Aggression") OR (MH "Bullying") OR (MH "Violence") OR (MH "Workplace Violence") OR (MH	(MH "Intraoperative Care") OR (MH "Perioperative Care") OR (MH "Preoperative Period") OR (MH "Surgery, Operative") or (MH "Work Environment")

Concepts	Expérience	Infirmières	Violence horizontale	Bloc opératoire
	"Fear") OR (MH "Frustration")	"Employer-Employee Relations") OR (MH "Personnel Retention")	"Incivility") OR (MH "Verbal Abuse") or (MH "Disruptive Behavior") or (MH "Sexual Harassment")	
Descripteurs de Medline	<i>Attitude of Health Personnel"/exp Life Change Events/Emotions/attitude/ or respect/ Or Job Satisfaction/ or Employment/ or Workplace/</i>	<i>Nurses/ or Nurse's Role/ OR Nursing Assistants/ or Nursing Staff/ or Nursing Services/ or Nursing Staff, Hospital/ or Perioperative Nursing/ or Nursing, Team/ or Operating Room Nursing/ or Nursing/</i>	<i>Violence/ or exp Interprofessional Relations/ or Bullying/ OR exp Workplace Violence/ OR violence/ or exposure to violence/OR Problem Behavior/ OR interpersonal relations/ or interprofessional relations/OR Aggression/ or exp Incivility/ or exp Hostility/ OR Conflict, Psychological/</i>	<i>exp Operating Rooms/ OR exp perioperative care/ or exp intraoperative care/ or exp perioperative nursing/ or exp surgical procedures, operative/ OR health personnel/ or physicians/</i>
Équation avec mots-clés	<i>(experience? or perception? or attitude? or opinion? or satisfaction or intention ADJN3 leave or view? or insight? or feel# or belief? or interaction? or reflection? or silence or Retention or influence or strategie? or Prevention? or job ADJN3 performance or intervention? or function? or relation? or Influence or support? or communication or quality ADJN3 life or anxiety or depression or distress or emotion# or cop? or adaptation? or conflict? or psycho?) and (Nursing ADJN3 Staff ADJN3 Hospital or Staff Nurse? or Practical Nurse? or Perioperative Nursing or Nurse? or Health Personnel or Nursing Assistant? or co-worker? or workgroup? or colleague? or Operating Room Personnel) and (Workplace Violence or Disruptive Behavior# or Sexual Harassment or Bullying or Incivility or Verbal Abuse or horizontal violence or Lateral violence or Aggression# or Intimidation or Abuse or Mobbing or Workplace conflict or hostility? or observers ADJN3 bullying or horizontal hostility or bullying ADJN2 culture or Harassment or physical ADJN2 nonphysical violence or negative behavior? or Prevalence ADJN2 bullying or interprofessional conflict? or peer victimization or Exposure ADJN3 Violence) and (Operating Room# or Perioperative care or</i>			

Concepts	Expérience	Infirmières	Violence horizontale	Bloc opératoire
	<i>operation room# or Operating room nurse? or Perioperative ADJN3 Nursing or doctor# or physician? or surgery)</i>			

Ce procédé a permis de répertorier 2750 articles. Les écrits ont été sélectionnés selon les critères suivants : l'année de publication (10 dernières années : période dans laquelle le phénomène de la violence horizontale a été largement discuté (Bloom, 2019) et la langue française ou anglaise des articles. Cela a permis de sélectionner 2 108 articles. L'étudiante chercheuse a éliminé 43 doublons (n =2065). La lecture des résumés repérés et des titres ont permis d'identifier les études pertinentes. Par la suite, l'étudiante a exclu certains articles parmi les 2065 articles pour les raisons suivantes : violence venant de la part des patients ou leur famille (n= 51); des études qui ont étudié la violence chez les étudiants en sciences infirmières ou seulement les médecins/chirurgiens en stage (n= 46) et des études qui ne portent pas sur la thématique principale étudiée (n =1924). Finalement, 44 (2065- (51+46+1924) articles ont été retenus en lien avec la thématique étudiée. *Google Scholar* a été consulté également et 9 articles ont été retenus dans l'analyse des données. Finalement, 53 articles ayant rencontré les critères d'inclusion ont été retenus dans le cadre de cette revue intégrative. L'appendice A représente le diagramme de flux pour cette recherche documentaire qui montre l'état de connaissance jusqu'au **14 juillet 2021**.

Ces écrits portent sur la violence perpétrée par différents membres de l'équipe interprofessionnelle dans plusieurs unités de soins. Certaines études portent spécifiquement sur l'unité du bloc opératoire ou incluant ce secteur dans l'échantillon de l'étude. Les écrits scientifiques récents (moins de dix ans) ont été privilégiés, mais quelques écrits plus anciens ont également été retenus en raison de leur pertinence, souvent parce que les auteurs consultés les ont considérés comme importants pour leurs argumentations.

Évaluation des données

L'évaluation des données est un processus rigoureux qui vise à extraire les données les plus pertinentes en lien avec le phénomène à l'étude (Whittemore et Knafl, 2005). Celle-ci peut être faite selon plusieurs méthodes ou critères étant donné qu'il n'existe pas vraiment de consensus parmi les méthodologistes pour évaluer la qualité des écrits trouvés (Whittemore et Knafl, 2005). Ainsi, l'étudiante chercheuse a réalisé une grille d'analyse des écrits (appendice B) afin d'identifier les principaux concepts abordés dans les écrits scientifiques portant sur le phénomène de la violence horizontale.

Pour réaliser une réflexion critique par rapport aux articles retenus dans cette revue intégrative des écrits (Whittemore et Knafl, 2005), une combinaison de plusieurs outils a été utilisée, et cela compte tenu de la variété méthodologique des écrits scientifiques retenus pour l'analyse. Ces outils sont : la GRILLE D'ANALYSE Pertinence, Rigueur, Transfert (PRT) (Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, 2017) pour les articles qualitatifs et quantitatifs, la Grille de lecture critique d'un article de recherche qualitative en médecine (*grille Côté-Turgeon*) (Côté et Turgeon, 2002), l'outil AMSTAR (un outil de mesure pour évaluer la qualité méthodologique des revues systématiques) (Shea et al., 2007) et les lignes directrices de Whittemore et Knafl (2005) pour l'élaboration des revues intégratives.

L'analyse des données

Selon Whittemore et Knafl (2005), la quatrième étape correspond à l'analyse des données issues des écrits. Selon Whittemore et Knafl (2005), l'étape de l'analyse des données nécessite une interprétation approfondie et une synthèse des données en lien avec le but et les objectifs de la revue intégrative. Une grille d'analyse des écrits comprenant le titre, le pays, le but de l'étude, la pertinence au projet, le type d'étude et les limites des articles a permis de circonscrire les forces et les limites de chacun des écrits scientifiques et de faciliter certaines comparaisons entre elles (Appendice B) (Whittemore et Knafl, 2005).

L'analyse ne correspond pas seulement une présentation des écrits (descriptifs), mais elle inclut aussi de montrer les débats (ex., les désaccords entre les chercheurs), l'évolution des enjeux à travers le temps, les données problématiques (ex., les oublis, les contradictions, les idéologies) et, pour le chapitre final, les pistes de solution seront présentées et analysées d'une façon critique.

Une synthèse de l'analyse critique des articles recensés a ensuite eu lieu (Appendice B). L'analyse des écrits recensés a permis une synthèse organisée selon des thèmes cohérents au modèle conceptuel des antécédents et des conséquences des conflits de Almost (2006). Ces thèmes seront détaillés dans la section résultats : le concept de la violence entre collègues qui est divisé en trois sous thèmes (la prévalence de cette problématique, les sources de la violence entre collègues et ses manifestations), les caractéristiques du bloc opératoire, les conséquences de la violence entre collègues qui sont aussi divisées en trois sous thèmes (les conséquences sur la qualité et la sécurité des soins, les conséquences sur les victimes et les conséquences sur l'établissement de santé) et, finalement, les solutions qui ont été proposées pour lutter contre la violence entre collègues dans le milieu de travail.

La présentation des résultats

La présentation des résultats est la cinquième étape de la méthode proposée par Whittemore et Knafl (2005) dans l'élaboration d'une revue intégrative et cela dans le but de diffuser de nouvelles connaissances en lien avec le phénomène à l'étude (Whittemore et Knafl, 2005). Ainsi, en fonction de l'analyse des écrits et de la codification des thèmes apportée à chacun de ceux-ci, la présentation des résultats intègre les principaux constats. Dans le cadre de ce mémoire, les résultats seront présentés sous forme de tableaux et également sous une forme descriptive.

Nous prévoyons présenter nos résultats lors de conférences. Enfin, le mémoire théorique sera accessible sur la plateforme Papyrus de la bibliothèque de l'Université de Montréal permettant la consultation de celui-ci par les étudiants des différentes disciplines.

Finalement, il est important de préciser que dans le cadre de ce mémoire l'étudiante chercheuse a eu l'approbation scientifique (Appendice C) et l'approbation éthique initiale (Appendice D) pour une étude qualitative descriptive dans un bloc opératoire d'un hôpital universitaire au Québec. Toutefois, à cause des problèmes de recrutement liés à la pandémie et des contraintes de temps, l'équipe de direction et l'étudiante chercheuse ont opté pour un mémoire théorique sous forme d'une revue intégrative des écrits. La deuxième approbation scientifique a été obtenue en juillet 2021 (Appendice E).

Chapitre 3 : Les résultats de la revue intégrative des écrits

Résultats

La plupart des études consultées proviennent d'Amérique du Nord, soit des États-Unis (n=29) et du Canada (n=11) et un article (n= 1) issu à la fois du Canada et des États-Unis. Quatre articles sont de provenance européenne : Italie (n=3) et Espagne (n=1). Les autres articles sont de la Russie (n=1), l'Australie (n=1), la Turquie (n=2), Iran (n=3), la Chine (n=1). Nous dénotons en grande partie **des études primaires (n=37)** : soient des études qualitatives (n=6), des études quantitatives (n=28) et des études mixtes (n=3). Nous avons également répertorié **des études secondaires (n=13)**: soient des revues systématiques (n=3), des revues narratives (n=7), une analyse de concept (n =1), deux revues intégratives (n=2); et finalement **des articles d'opinions (n=3)** soient : deux perspective psychosociale (n=2), un document de discussion (n=1). La taille des échantillons est assez hétérogène, oscillant entre 10 à 120 participants pour les études qualitatives et de 43 à 4 000 participants pour les études quantitatives.

Les principales limites des études qualitatives incluent surtout l'absence de saturation des données ainsi que la non-justification de la pertinence du devis de recherche utilisé. Nous avons aussi dénoté des lacunes méthodologiques dans les études quantitatives, telles que, l'absence des informations sur la validité de l'instrument de mesure utilisé et l'absence de justification des critères retenus afin de constituer l'échantillon.

Les résultats de la présente revue intégrative ont été catégorisés selon des thèmes cohérents au modèle conceptuel des antécédents et des conséquences des conflits (Almost, 2006) :

- **Le concept de la violence entre collègues qui est divisé en trois sous thèmes :**
 - **la prévalence de cette problématique,**
 - **les sources de la violence entre collègues,**

- ses manifestations;
- les caractéristiques du bloc opératoire;
- les conséquences de la violence entre collègues qui est divisé en trois sous thèmes :
 - les conséquences sur la qualité et la sécurité des soins,
 - les conséquences sur les victimes,
 - les conséquences sur l'établissement de santé;
- les solutions qui ont été proposées pour lutter contre la violence entre collègues dans le milieu de travail.

Le concept de la violence entre collègues

La recension des écrits sur le concept de la violence horizontale en sciences infirmières représente un défi important, vu le grand nombre de définitions associées à celles-ci (Armmmer et Ball, 2015; Embree et White, 2010; Petrovic, et Scholl, 2018; Villafranca et al., 2017a). Malgré le fait qu'il n'y a aucune définition consensuelle de la violence horizontale, dans plusieurs écrits retenus, celle-ci se définit comme étant des actions négatives venant d'une collègue envers une autre collègue de travail (Topa et Moriano, 2013; Katrinli et al., 2010; Purpora et al., 2012; Walrafen et al., 2012). Une autre définition de la violence horizontale a été répertoriée, mais en ajoutant plus de précision sur la similarité des postes des infirmières ou la similarité de leurs statuts au sein de l'établissement de santé, c'est-à-dire des infirmières qui ont le même niveau hiérarchique (Thobaben, 2011). Toutefois, les comportements négatifs selon plusieurs écrits s'inscrivent dans une dynamique de groupe, c'est-à-dire qu'il y a plusieurs acteurs occupant différents postes qui sont impliqués (Bardakçi et Günüşen, 2016; Bigony et al., 2009; Dumont et al., 2012; Villafranca et al., 2017a). Comme expliqué dans la problématique, la première définition qui est plus inclusive est adoptée dans ce mémoire pour pouvoir capter la

complexité du phénomène tout en prenant en compte les différents acteurs impliqués. En outre, les termes employés par les différents auteurs et qui sont associés au concept de la violence entre collègues seront maintenus tout au long de cette recension des écrits.

La prévalence de la violence entre collègues

Il existe des écrits publiés au cours des 10 dernières années portant sur la prévalence de la violence entre collègues (n=22). En effet, certains écrits quantitatifs rapportent des prévalences oscillantes entre 21,8 % à 87 % mais, sans préciser l'unité ou les unités à l'étude (n=10) (Bardakçi et Günüşen, 2016; Dumont et al., 2012; Lee et al., 2014; Lemelin et al., 2009; Logan et Malone, 2018; Purpora, 2010; Purpora et al., 2012; Trépanier et al., 2013; Walrafen et al., 2012; Wilson et Phelps, 2013). Par ailleurs, certains écrits quantitatifs ont mesuré la prévalence de la violence entre collègues dans diverses unités de soins. Ces prévalences varient entre 20,4 % à 85 % (Bambi et al., 2014; Bambi et al., 2019; Bloom, 2019; Difazio et al., 2019 ; Stecker et al., 2013; Topa et Moriano, 2013; Wilson et al., 2011). Plus spécifiquement au bloc opératoire, les auteurs rapportent une prévalence variante entre 15,8 % à 85,71 % (Chipps et al., 2013; Garth et al., 2019; Maddineshat et al., 2017; Villafranca et al., 2019; Yang et Zhou, 2020).

Dans le cadre d'une recherche internationale, Villafranca et al. (2019) ont recruté les sujets (n =2 875) grâce à la collaboration de six associations professionnelles et de deux établissements de santé. Cette étude a mesuré la prévalence et la fréquence des comportements abusifs dans le bloc opératoire au Canada et aux États-Unis (Villafranca et al., 2019). Les résultats de cette étude ont montré qu'au cours de l'année précédant l'étude, un nombre de 667 cliniciens a été des victimes des comportements négatifs et 1 121 cliniciens ont été témoins d'intimidation de leurs collègues dans le milieu de soins (Villafranca et al., 2019). De plus, selon l'échantillon à l'étude, il y a eu 14 237 signalements de comportements abusifs (Villafranca et al., 2019). Dans le cadre d'une étude quantitative descriptive, Yang et Zhou (2020) ont distribué une version adaptée du questionnaire NAQ

(*Negative Acts Questionnaire*) auprès de 411 infirmières travaillant dans un bloc opératoire en Chine afin de mesurer les gestes perçus négativement. Les résultats ont montré que 15,8% soit 65 des participants à cette étude ont été des victimes d'intimidation dans leur environnement de travail au cours des 6 derniers mois (Yang et Zhou, 2020). Dans le même ordre d'idées, Bambi et ses collaborateurs (2014) ont examiné la prévalence de la violence horizontale auprès de 1 504 infirmières italiennes œuvrant dans différentes unités, dont certaines, au bloc opératoire. Cette étude a montré que 79,1 % de l'ensemble des participantes ont vécu des situations de violence horizontale au cours des douze derniers mois. De plus, les résultats soulignent l'importance auprès des infirmières œuvrant au bloc opératoire, car avec un taux de 85,7 %, cette catégorie de participantes sont les plus affectées par divers symptômes (ex. dépression, anxiété, faible estime de soi) (Bambi et al., 2014).

Une revue systématique récente de Johnson et Benham-Hutchins (2020) a analysé 14 articles portant sur l'impact des comportements d'intimidation sur les erreurs de pratique clinique des infirmières et cela dans différentes unités de soins y compris les salles d'opération. Les résultats ont révélé que le personnel du bloc opératoire est le plus susceptible d'être la cible de comportements négatifs par rapport au personnel des autres unités de soins (Johnson et Benham-Hutchins, 2020).

Les manifestations de la violence entre collègues

Les comportements abusifs observés au bloc opératoire sont généralement l'intrusion dans l'espace personnel pour intimider les autres, des agressions physiques et des abus verbaux (Villafranca et al., 2017b; Villafranca et al. 2019). D'autres manifestations de violence entre collègues rapportées dans les écrits recensés sont : le refus ou la négligence des demandes d'aide des collègues (Bambi et al., 2014; Dumont et al., 2012), le fait d'être obligé de réaliser des tâches inférieures au niveau de compétence infirmière (Chipps et al., 2013; Purpora, 2010; Purpora et al., 2012; Trépanier et al., 2013), le fait de réaliser des tâches dans des délais déraisonnables (Purpora, 2010; Purpora et al., 2012), le fait d'avoir

les opinions ignorées (Chipps et al., 2013; Bambi et al., 2014; Logan et Malone, 2018; Purpora, 2010; Purpora et al., 2012; Trépanier et al., 2013), le fait d'émettre une rétroaction inappropriée en présence de collègues (Bambi et al., 2014; Difazio et al., 2019; Dumont et al., 2012; Stecker et al., 2013), le fait de ne pas respecter la vie privée et le fait de briser une confiance (Bambi et al., 2014; Logan et Malone, 2018), le fait de saboter des collègues (Bambi et al., 2014; Stecker et al., 2013), le fait de colporter des rumeurs (Berry et al., 2016; Chipps et al., 2013; Logan, et Malone, 2018), le fait d'être humilié devant les autres collègues (Chipps et al., 2013; Difazio et al., 2019), le fait de retenir des informations importantes (Chipps et al., 2013; Logan, et Malone, 2018; Trépanier et al., 2013) et le fait de partager des informations erronées (Bambi et al., 2014).

Les sources de la violence entre collègues

Les écrits retenus ont révélé qu'il existe différents acteurs manifestant de la violence envers des infirmières (Bloom, 2019; Dumont et al., 2012; Thobaben, 2011; Villafranca, 2017a). Il peut s'agir d'autres infirmières (Chipps et al., 2013; Bloom, 2019; Dumont et al., 2012; Villafranca et al., 2017a), des gestionnaires (Chipps et al., 2013; Dumont et al., 2012), des superviseurs (Bardakçi et Günüşen, 2016; Dumont et al., 2012; Villafranca et al., 2017a) du personnel d'assistance non autorisé, des médecins et d'autres employés (Chipps et al., 2013; Dumont et al., 2012; Villafranca et al., 2017a). Dans le cadre du bloc opératoire, une revue récente de Villafranca et ses collaborateurs (2017a) a montré que tous les professionnels travaillant dans le bloc opératoire pourraient être impliqués dans des comportements perturbateurs. Les comportements négatifs de l'agresseur peuvent être orientés envers une collègue ou un groupe d'infirmières, et celui-ci peut agir seul ou en groupe (Thobaben, 2011). Cela dit, toutes les infirmières peuvent être victimes de violence horizontale, quels que soient leurs années d'expérience ou leur âge (Armmer et Ball, 2015), même si certains auteurs montrent que les infirmières débutantes, surtout au bloc opératoire, sont souvent les victimes de ce type de violence (Laflamme, 2018; Laflamme et al., 2019).

Certaines raisons qui expliquent la violence horizontale ont été répertoriées (Thobaben, 2011). En effet, les acteurs de la violence horizontale peuvent être eux-mêmes d'anciennes victimes de comportements hostiles. Ainsi, elles transfèrent ces comportements vers leurs collègues (Rooddehghan et al., 2015; Lindy et Schaefer, 2010; Thobaben, 2011). Selon certains auteurs, l'infirmière peut être opprimée et manquer de contrôle face à sa profession causant un sentiment d'infériorité et d'incapacité à faire face aux défis ce qui expliquerait son agressivité envers les collègues ou les subordonnées (Rooddehghan et al., 2015; Thobaben, 2007, 2011). Toutefois, une étude quantitative corrélacionnelle de Purpora et ses collègues (2012) a inclus 175 infirmières recrutées à partir de différents milieux de soins de la Californie dans le but de mesurer les actions négatives venant des collègues et pour déterminer les attitudes et les croyances témoignant un sentiment d'oppression. Les résultats de cette étude ont montré qu'il existe une relation significativement positive entre les sentiments d'oppression individuelle et de groupe et la violence horizontale ($r = .434, p < .05$) (Purpora et al., 2012). En fait, cela signifie que les infirmières qui se perçoivent comme opprimées sont le plus souvent des victimes de violence horizontale (Purpora et al., 2012).

D'autres infirmières adoptent des comportements négatifs envers des collègues pour essayer de gagner du pouvoir et, selon quelques auteurs, par cet acte, plus d'estime de soi (Berry et al., 2016; Bigony et al., 2009; Katrinli et al., 2010). En effet, selon Bigony (2009) et Thobaben (2011), cette agressivité vers l'autre permet à l'infirmière de se débarrasser de ses propres tensions accumulées. Des auteurs signalent que la violence horizontale pourrait découler d'insécurités personnelles qui peuvent être à l'origine d'un faible développement des compétences interpersonnelles et une faible estime de soi (Embree et White, 2010). En outre, l'ancienneté et le pouvoir lié à un statut ou un poste au sein de l'établissement de santé sont généralement présents entre les agresseurs et les victimes (Berry et al., 2016; Embree et White, 2010; Lindy et Schaefer, 2010). Pour Bloom (2019) et Lindy et Schaefer

(2010), la différence entre les générations d'infirmières peut également déclencher la violence horizontale dans le milieu de soins à cause de différentes cultures de soins.

Une critique peut être faite à l'égard des études discutées précédemment. La plupart des auteurs qui ont étudié les sources de la violence horizontale ont trouvé des sources individuelles et interpersonnelles pour expliquer la violence, en négligeant l'importance du contexte de travail (Purpora, 2012; Taylor et Taylor, 2018). D'ailleurs, dans son analyse intégrative et critique des études portant sur les facteurs organisationnels influençant la violence horizontale chez les infirmières, Royal (2014) a aussi mis l'accent sur la méconnaissance par rapport à ces facteurs ce qui pourrait à son tour restreindre la mise en place des interventions contre la violence dans le milieu de travail. À notre connaissance seulement deux études ont étudié cette thématique en sciences infirmières. La première est une étude américaine quantitative descriptive de Bae et al. (2020) qui a étudié les facteurs déclencheurs de violence entre collègues auprès de 1 559 cliniciens œuvrant dans les unités de soins hospitaliers et intermédiaires, les unités de soins intensifs, les salles d'opération, les unités de soins post-anesthésiques, les procédures spécialisées et les secteurs ambulatoires. Les résultats de cette étude ont montré que les déclencheurs de comportements perturbateurs ont été principalement de nature organisationnelle : pressions dues à un nombre élevé des patients, surcharge environnementale et problèmes persistants non résolus du système de santé. La deuxième étude est celle de Katrinli et al. (2010) qui a étudié quantitativement les points de vue d'infirmières sur les facteurs organisationnels et individuels associés à la violence horizontale chez 232 infirmières œuvrant dans un hôpital universitaire en Turquie. Les résultats ont montré que le besoin de pouvoir de la personne responsable de l'action négative a été perçu comme étant le facteur individuel le plus important par les répondantes pour chacune des cinq situations de violence horizontale présentées à partir d'une liste prédéterminée de facteurs (Katrinli et al., 2010). D'autres facteurs individuels ont été mentionnés : problèmes psychologiques et personnels des infirmières (Katrinli et al., 2010).

La volonté de faire valoir son travail et le désir d'influencer les décisions organisationnelles ainsi que la distribution des ressources matérielles sont des facteurs organisationnels fréquemment rapportés dans cette étude (Katrinli et al., 2010). De même, le souhait de se voir confier certaines tâches, d'obtenir une promotion ou d'autres bénéfices personnels ont été identifiés comme étant des facteurs organisationnels déclencheurs des comportements négatifs (Katrinli et al., 2010).

Comme mentionné précédemment, l'étude de Bae et al. (2020) a été effectuée dans diverses unités, cependant les auteurs n'ont pas fourni des données sur les facteurs spécifiques dans chacune de ces unités. Tandis que l'étude de Katrinli et al. 2010 n'a pas précisé la ou les unités à l'étude.

Les protocoles de recherche qui ont abordé des facteurs pouvant être à l'origine et incitant la violence au travail sont peu nombreux. En incluant des écrits scientifiques venant d'autres disciplines, il devient clair que des facteurs *macro* importants doivent être considérés pour expliquer la violence au travail. Deux psychologues, McCluney et Cortina (2017) réfèrent à des inégalités structurelles et des questions de pouvoir. Plus spécifiquement dans le domaine de la gestion (*management*), Sharma (2018) a mentionné différents éléments impliqués dans la violence au travail tels que : le manque de ressources et l'état financier de l'organisation, la culture de stress et d'anxiété, et l'interdépendance des tâches entre les dirigeants et les employés. Ces aspects sont rarement mentionnés dans les études sur la violence entre collègues en sciences infirmières. Ainsi, le manque de connaissances entourant ces facteurs demeure et devrait être comblé afin de cerner et de développer des interventions efficaces de lutte contre la violence entre collègues (Katrinli et al., 2010; Royal, 2014).

Les caractéristiques du bloc opératoire

Le bloc opératoire a été décrit comme étant un environnement de soins restreint, soutenu par des règles et des protocoles stricts et bien déterminés, où les infirmières sont

continuellement en apprentissage afin de s'adapter aux nouveaux progrès de cette spécialité (Higgins et MacIntosh, 2010). Le bloc opératoire est composé d'une équipe multidisciplinaire avec un mélange de différents milieux éducatifs et culturels (Clark et Kenski, 2017; Higgins et MacIntosh, 2010). En effet, le bloc opératoire est considéré comme étant un environnement complexe et dynamique avec un haut niveau de pression pour satisfaire les besoins et assurer une sécurité des soins aux patients, ce qui peut générer des comportements négatifs (Clark et Kenski, 2017). Une étude ethnographique focalisée a été réalisée par Laflamme (2018) dans un bloc opératoire d'un centre universitaire au Québec ayant pour but la compréhension de la culture du bloc opératoire en lien avec la rétention infirmière et l'intention de quitter le milieu de travail. Selon cette étude, le bloc opératoire a été décrit comme étant un espace fermé dans lequel les interactions de l'infirmière avec ses collègues peuvent devenir plus intenses en cas de stress ou des situations d'urgences (Laflamme, 2018). D'ailleurs, plusieurs infirmières ont déclaré leur intention de quitter ce milieu de soins étant donné la dynamique de travail et le niveau élevé de stress (Laflamme, 2018). Dans ce sens, une étude quantitative de Reyka (2015) a montré que lorsque le niveau des comportements perturbateurs augmente l'intention des infirmières de quitter le travail augmente également ($r=0.46$; $P < 0.1$). Aussi Eakin (2015) a affirmé que la satisfaction au travail des infirmières et des technologues en chirurgie est nécessaire pour améliorer et maintenir la rétention au bloc opératoire ainsi que la qualité des soins dispensée auprès des patients.

Toujours dans un contexte canadien, l'étude de Villafranca et ses collaborateurs (2017b) a révélé que des centaines de cliniciens œuvrant au bloc opératoire ont été témoins de nombreux comportements négatifs. Selon la revue narrative de Bigony et al. (2009), plusieurs chercheurs ont affirmé que les infirmières travaillant dans le bloc opératoire ont été souvent des victimes de violence horizontale. Cela s'explique par différents facteurs tels que : le haut niveau de stress lié au travail, les demandes de gardes de nuit, l'isolement

géographique de cette unité par rapport au reste de l'hôpital, le nombre élevé des patients et le manque du personnel expérimenté (Bigony et al., 2009).

Toutefois, les infirmières acceptent et considèrent souvent ce phénomène comme faisant partie de la culture d'un bloc opératoire (Bigony et al., 2009; Maddineshat et al., 2017). La peur des représailles, l'absence de changement des comportements, le manque de sécurité organisationnelle et l'attitude des gestionnaires sont tous des facteurs qui empêcheraient le personnel soignant œuvrant au bloc opératoire de déclarer les actions négatives vécues au cours du travail (Maddineshat et al., 2016; Maddineshat et al., 2017). Dans le même ordre d'idée, Wilson et al. (2011) signalent que parfois les infirmières ont de la difficulté à aborder le sujet avec l'agresseur. En outre, une étude quantitative descriptive a examiné les perceptions de 43 infirmières travaillant dans le bloc opératoire sur l'impact de l'incivilité en milieu de travail (Garth et al., 2019). Les auteurs ont révélé que la plupart des infirmières (85,71%) ont été des victimes d'incivilité (Garth et al., 2019). En effet, lorsque celles-ci ont adressé ces situations aux personnels administratifs, elles ont déclaré que leur demande n'a pas été prise au sérieux (Garth et al., 2019).

En somme, le bloc opératoire s'avère un milieu de soins particulièrement affecté par la violence horizontale. Comme montré dans cette section, un manque de soutien organisationnel auprès des infirmières, la culture du silence et d'acceptation de cette problématique au bloc opératoire peuvent mener à plusieurs conséquences graves (Bigony et al., 2009).

Les conséquences de la violence entre collègues

Les conséquences sur la qualité et la sécurité des soins

Les répercussions néfastes d'une exposition continue à la violence horizontale sont nombreuses. Selon la revue systématique de Johnson et Benham-Hutchins (2020) et l'étude quantitative de Wilson et Phelps (2013) des comportements liés à la violence horizontale ont une influence importante sur les erreurs de pratique infirmière. Ceci est corroboré par

l'étude transversale de Bambi et ses collègues (2019) qui a révélé que 8,4% des infirmières participantes victimes d'interactions négatives ont commis des erreurs pendant les soins. Selon Maddineshat et al. (2016) et Johnson et Benham-Hutchins (2020) la violence horizontale engendrerait un stress au travail et une intention de quitter le milieu de travail, ce qui à son tour affecte d'une façon indirecte la sécurité des patients. De même, ce type de comportement manifeste un vrai défi devant le travail et la collaboration interprofessionnelle dans le milieu de soins (Becher et Visovsky 2012; Houck et Colbert 2017; Johnson et Benham-Hutchins, 2020; Villafranca et al., 2017a). Ainsi, les infirmières évitent de communiquer et de demander l'aide d'un collègue par rapport à des activités de soins ce qui affecte la qualité et la sécurité des soins auprès des patients (Houck et Colbert 2017; Johnson et Benham-Hutchins, 2020; Maddineshat et al., 2016; Villafranca et al., 2017a).

La revue narrative récente de Villafranca et ses collaborateurs (2017a) a signalé que les comportements perturbateurs ont influencé négativement la communication entre les cliniciens. En effet, les cliniciens peuvent éviter et négliger intentionnellement de partager des informations avec leurs collègues (Villafranca et al., 2017a). À la suite de ces comportements, plusieurs infirmières ont effectué des interventions susceptibles de mettre en danger la qualité et la sécurité des soins fournies auprès des patients (Maddineshat et al., 2016; Maddineshat et al., 2017; Wilson et Phelps, 2013; Villafranca et al., 2017a). Dans un même ordre d'idées, l'étude américaine de Purpora (2010) décrit les perceptions des infirmières (n=175) face aux relations avec leurs collègues ainsi que sur le rapport entre ces relations et la qualité des soins. Les résultats ont montré que les infirmières qui ont expérimenté la violence horizontale ont signalé une faible qualité des soins auprès de leurs patients ($r = -.459$; $p = .000$) (Purpora, 2010).

Les erreurs commises peuvent se manifester par une administration non sécuritaire de la médication et des procédures de soins qui ne sont pas conformes aux normes ou aux

meilleures pratiques (Houck et Colbert, 2017; Villafranca et al., 2017a). En effet, quelques infirmières ont déclaré qu'elles ont fait des activités de soins pouvant mettre en danger la vie du patient (Higgins et MacIntosh, 2010; Wilson et Phelps, 2013). Ces actes se manifestaient par le fait de ne pas demander de l'aide à une collègue lorsque celle-ci ne connaît pas le fonctionnement d'un appareil médical, ne pas solliciter l'aide d'une collègue lors de la mobilisation d'un patient, d'effectuer un traitement sans nécessairement posséder les connaissances ou les compétences, et de ne pas consulter une collègue lorsque celle-ci doit appliquer une ordonnance illisible (Wilson et Phelps, 2013). Toutefois, il est bien connu que la coopération et la collaboration sont cruciales au sein d'une équipe interprofessionnelle pour garantir la sécurité des patients (Johnson et Benham-Hutchins, 2020; Logan et Malone, 2018).

Les conséquences sur les victimes

Les conséquences de la violence horizontale chez les infirmières sont nombreuses. En effet, la violence horizontale peut engendrer des problèmes physiques et/ou psychologiques pour plusieurs infirmières (Embree et White, 2010; Thobaben, 2007, 2011). Une recherche quantitative descriptive a été réalisée par Difazio et ses collègues (2019) auprès de 438 infirmières afin de décrire l'intimidation vécue par ces participantes œuvrant dans différents milieux de soins en Russie. Cette étude a mis en lumière que ce type de comportement a exercé un impact négatif sur la santé physique et psychologique des infirmières. La majorité des participants de cette étude ont mentionné une augmentation de l'anxiété (48,8 %), de l'irritabilité (37,3 %), d'un changement dans les habitudes de sommeil (29,8 %) et des céphalées induites par le stress (29,4 %) (Difazio et al., 2019). De plus, 10,3 % des infirmières à l'étude ont vécu une dépression et elles ont présenté des symptômes gastro-intestinaux (Difazio et al., 2019). L'étude quantitative de Laschinger et Nosko (2015) a évalué la relation entre l'exposition d'infirmières canadiennes (n = 1 140) à l'intimidation en milieu de travail et la symptomatologie du syndrome de stress post-

traumatique ainsi que le rôle protecteur du capital psychologique (une force intrapersonnelle pour atténuer l'impact de l'intimidation). Les résultats ont montré que les participantes victimes d'intimidation ont souffert de stress post-traumatique, quel que soit le niveau du capital psychologique des infirmières (Laschinger et Nosko, 2015).

Bambi et al. (2019) ont mené un sondage auprès de 930 infirmières œuvrant dans trois établissements de santé publics en Toscane (Italie) afin de déterminer la prévalence et les facteurs de risque de violence latérale. Cette étude a démontré qu'à la suite d'incidents de violence, les participantes présentaient une baisse de l'estime de soi (n=72), un état dépressif (n=37) et que l'impact de cette vie professionnelle avait une influence négative sur leur vie personnelle (n=80) (Bambi et al., 2019). De plus, les comportements perturbateurs peuvent amener les victimes à consommer des sédatifs et des somnifères (Villafranca et al., 2017a). Par ailleurs, une étude qualitative a rapporté des résultats similaires aux études précédentes et a montré que la violence perpétrée par des médecins au bloc opératoire a influencé négativement la santé psychologique des infirmières (Higgins et MacIntosh, 2010). Celles-ci se sentent peu respectées, dévalorisées et manquent de confiance en elles-mêmes (Higgins et MacIntosh, 2010). De plus, elles ont développé des sentiments d'insécurité et de culpabilité en lien de ce type de comportement (Higgins et MacIntosh, 2010).

Une étude quantitative a été faite par Maddineshat et ses collègues (2016) pour évaluer les comportements perturbateurs des médecins (n= 45) et des infirmières (n=110) dans le service d'urgence en Bojnurd (Iran). Les résultats ont montré que les comportements perturbateurs provoquent une baisse de la concentration, une fatigue, une frustration ainsi qu'un impact sur la satisfaction au travail des infirmières (Maddineshat et al., 2016). L'étude de Purpora et Blegen (2015) rapporte un constat similaire en statuant que la violence horizontale a affecté négativement la satisfaction au travail des infirmières. De ce fait, lorsque la violence horizontale augmente le niveau de satisfaction des infirmières diminue

(Purpora et Blegen, 2015). Sur une note positive, cette étude propose qu'une bonne relation entre les pairs allège les répercussions négatives de la violence horizontale et son incidence sur la satisfaction des infirmières dans le milieu de travail (Purpora et Blegen, 2015).

Les conséquences sur l'établissement de santé

Les résultats de plusieurs études répertoriées dans cette revue intégrative montrent que la violence horizontale entraîne des conséquences sur les établissements de santé. Des études ont montré que la violence affecte le niveau du rendement et la performance des infirmières (Bloom, 2019; Hutchinson et Jackson, 2013; Villafranca et al., 2017a). Lindy et Schaefer (2010) ont mené des entrevues semi-structurées auprès de 20 gestionnaires d'unités de soins d'un hôpital du Sud-Ouest des États-Unis. Les résultats illustrent un taux élevé du roulement et d'absentéisme du personnel infirmier à la suite des incidents de violence horizontale. Sur un constat similaire, Wilson et al. (2011) ont démontré que la violence horizontale augmentait le nombre d'appels d'absence pour cause de maladie et que 40 % des infirmières allaient démissionner ou songeaient à démissionner de leur poste actuel. Dans l'étude de Bambi et al. (2019), plusieurs infirmières (n= 65) qui ont été victimes de la violence horizontale ont demandé un changement d'unité au cours des douze derniers mois précédant l'étude et d'autres infirmières (n= 71) ont exprimé leur l'intention de quitter les soins infirmiers. Certaines infirmières (n= 68) ont exprimé une peur et un manque d'intérêt à se présenter au travail et un nombre d'infirmières ont présenté un niveau d'engagement réduit envers l'organisation de soins (n= 102) (Bambi et al., 2019).

En outre, Laflamme (2018) ayant mené une recherche ethnographique focalisée dans le bloc opératoire d'un centre universitaire au Québec, rapporte des constats similaires en mentionnant l'intention des infirmières de quitter leur environnement de soins à cause des comportements perturbateurs. Ainsi, comme le rapportent Villafranca et al. (2017a), Higgins et MacIntosh (2010), le manque de stabilité du personnel pourrait entraver l'efficacité organisationnelle et les efforts de recrutement du personnel infirmier.

Villafranca et ses collègues (2017a) ont révélé que l'incivilité au travail peut coûter environ 11 600 \$ par infirmière par an en raison de la perte de la productivité. En effet, ce type de comportement peut générer des démarches légales, car les victimes de la violence peuvent porter plainte contre l'établissement de santé qui tolère ces comportements (Villafranca et al., 2017a). Ainsi, dans certaines situations, ces dénonciations peuvent être connues par le public et entacher la réputation de l'établissement de santé (Villafranca et al., 2017a).

En somme, face à ces conséquences alarmantes auprès des infirmières, des patients et de l'organisation de soins mises en évidence dans nombre de recherches, il est crucial de s'intéresser aux solutions potentielles face à la violence entre collègues.

Des solutions pour lutter contre la violence entre collègues

Les interventions

Plusieurs interventions ont été mises en place pour lutter contre le phénomène de la violence horizontale dans le milieu de travail infirmier. Malgré les efforts en matière d'interventions, plusieurs auteurs arrivent à la conclusion que cette problématique persiste (Germann et Moore, 2019; Roberts, 2015; Petrovic et Scholl, 2018; Vessey et al., 2010).

Ceravolo et ses collègues (2012), ont mené une étude dans le nord-est des États-Unis sur l'implantation d'un projet s'échelonnant sur une période de trois ans, dont l'objectif était de réduire la violence horizontale dans le milieu de travail infirmier. Des ateliers de renforcement de la communication ont été offerts à plus de 4 000 infirmières soignantes (Ceravolo et al., 2012). Après trois ans, les résultats de cette étude ont montré que le taux de la violence verbale a passé de 90 % à 76 % (Ceravolo et al., 2012). De plus, certaines infirmières ont déclaré que la participation aux ateliers a été aidante dans la résolution des conflits au travail (Ceravolo et al., 2012). Toutefois, certaines participantes à l'étude ont été craintives devant la résolution d'incidents de violence verbale même après l'intervention (avant l'intervention 9,4 %, n = 63; après l'intervention 13,8 %, n = 116) (Ceravolo et al.,

2012). D'autres infirmières ont déclaré une faible estime de soi après l'intervention tandis qu'avant l'intervention, ces infirmières démontraient des niveaux élevés d'estime de soi (avant l'intervention n = 348 après l'intervention n = 208) (Ceravolo et al., 2012). Par ailleurs, certaines infirmières ont déclaré n'avoir perçu aucun changement significatif après l'intervention (Ceravolo et al., 2012). Cette étude a présenté nombreuses limites telles que la méthode d'échantillonnage qui n'est pas mentionnée ce qui peut remettre potentiellement en question la validité externe de l'étude (Loiselle et al., 2007). Plus précisément, les critères utilisés afin de bâtir l'échantillon ne sont pas précisés, les auteurs n'ont pas discuté la validité des instruments de mesure utilisés dans cette étude et l'absence d'un groupe témoin ainsi que le manque de contrôle des variables confondantes ne permettent pas de statuer réellement sur l'efficacité de cette intervention.

Malette et al. (2011) ont mené une étude expérimentale avec une conception pré / post intervention auprès de 164 infirmières travaillant dans un centre hospitalier ontarien. L'objectif poursuivi par cette étude était d'évaluer l'efficacité d'une stratégie éducative virtuelle visant à outiller des infirmières à répondre à la violence horizontale (Malette et al., 2011). Par la suite, cette stratégie novatrice a été comparée avec d'autres stratégies pédagogiques dites traditionnelles (cahier d'apprentissage et formation en ligne) (Malette et al., 2011). Les infirmières ont été divisées en cinq groupes, dont un groupe témoin (Malette et al., 2011). L'efficacité des stratégies de formation a été mesurée à l'aide d'un questionnaire pré et post formation (Malette et al., 2011). L'élaboration d'une échelle d'évaluation globale a permis d'évaluer chez les participantes l'assimilation de connaissances, de compétences ou de comportement immédiatement après une intervention éducative (Malette et al., 2011). Les résultats ont montré qu'il n'existe aucune différence significative entre les cinq groupes (Malette et al., 2011). Malheureusement, les nombreuses limites méthodologiques de cette étude n'ont pas permis de mettre en évidence

la ou les stratégies pédagogiques les plus efficaces pour contrer la violence horizontale dans le milieu de travail (Malette et al., 2011).

L'étude de Difazio et ses collaborateurs (2019) a examiné les stratégies prises pour lutter contre l'intimidation dans le milieu de travail. Les résultats de leur étude réalisée auprès de 438 participantes ont montré que plusieurs établissements de santé ont mis en place des ressources pour aider les victimes de l'intimidation telles que : des comités syndicaux, des conseils infirmiers et des comités d'éthique (Difazio et al., 2019). Par ailleurs, les résultats de cette étude ont montré que plus de la moitié des infirmières ont été insatisfaite de la réponse des administrateurs à la suite de leurs déclarations (Difazio et al., 2019). Certaines d'entre elles (9%) ont déclaré qu'il n'existe pas d'outils répertoriés pour déclarer les comportements négatifs qu'elles vivent dans leur établissement de santé (Difazio et al., 2019). En effet, d'autres infirmières (38,3%) ont préféré garder le silence à la suite des incidents d'intimidation, car elles n'ont pas confiance dans les procédures de déclarations des plaintes (Difazio et al., 2019). Dans le même ordre d'idées, Lee et ses collaborateurs (2014) ont mené une enquête auprès de 95 médecins et 92 infirmières œuvrant dans trois hôpitaux universitaires de Séoul (Corée de Sud). Cela était dans le but d'élaborer des programmes de formation interprofessionnelle en se basant sur les conflits et la demande de formation. Cette enquête a révélé que le quart des infirmières ont décidé de garder le silence, car pour eux leur déclaration ne changerait rien dans l'établissement de santé (Lee et al., 2014). D'autres infirmières (56,7%) ont déclaré leur méconnaissance par rapport aux procédures officielles de résolution des conflits interprofessionnels au sein de l'établissement de santé (Lee et al., 2014).

Une revue narrative de Bambi et al. (2017) a examiné les écrits scientifiques existants dans trois bases de données par rapport aux mesures qui ont été prises pour lutter contre la violence horizontale dans les milieux de soins. Les interventions répertoriées sont les suivantes : la sensibilisation par rapport à la violence horizontale auprès des infirmières,

des programmes de formation, un leadership authentique, des stratégies de tolérance zéro par rapport à tout incident de violence, une législation appropriée et la mise en place de codes de conduites dans le milieu de travail infirmier (Bambi et al., 2017). Les résultats ont montré de faibles preuves d'efficacité par rapport à ces interventions (Bambi et al., 2017). De ce fait, cette étude ne permet pas d'identifier la ou les stratégies les plus efficaces pour contrer la violence horizontale.

Une revue systématique réalisée par Coursey et al. (2013) a examiné des interventions qui ont été mises en place pour enrayer la violence horizontale dans le milieu de soins. Les résultats ont souligné l'absence des politiques efficaces de lutte contre la violence horizontale (Coursey et al., 2013). De plus, les résultats ont montré de nombreuses limites méthodologiques dans les écrits scientifiques telles que : des problèmes d'échantillonnage, l'absence des mesures pour éviter les différents biais possibles et des problèmes dans l'évaluation de la fiabilité de l'étude (Coursey et al., 2013). Par cette revue systématique, les auteurs concluent que peu de chercheurs ont démontré un intérêt quant à la mise en œuvre d'interventions de lutte contre la violence horizontale auprès des infirmières travaillant dans le bloc opératoire (Coursey et al., 2013). Par ailleurs, cette analyse a aussi montré qu'il est difficile de généraliser certains résultats pour d'autres infirmières puisque l'organisation des systèmes de soins, les obstacles, les valeurs et la culture de soins sont différents (Coursey et al., 2013). Dans un même ordre d'idées, Villafranca et al. (2019) ont mis l'accent sur la nécessité de doubler les efforts spécifiques pour réduire la violence entre collègues au bloc opératoire.

Les recommandations

Certains auteurs ont fourni des recommandations pour combattre la violence entre collègues dans le milieu de soins. Ces recommandations sont rapportées dans la prochaine section.

Prévenir la violence entre collègues

Pour prévenir la violence entre les collègues, Bardakçi, et Günüşen (2016) recommandent de créer une ambiance de travail positive. Des auteurs proposent l'emploi d'un leadership positif des infirmières-chefs (Bambi et al., 2019), un leadership transformationnel, le soutien des pairs, des programmes éducatifs, le mentorat (Difazio et al., 2019) ainsi qu'une veille sur le climat de travail (Bambi et al., 2019). En outre, Roberts (2015) a mis l'accent sur l'importance de réaliser des changements au niveau de la dynamique du pouvoir au sein des hôpitaux. Pour y parvenir, il est recommandé de mener un changement culturel en développant les compétences de communication des infirmières pour les outiller à faire face à la violence entre collègues dans le milieu de travail (Bambi et al., 2017). Par ailleurs, les infirmières doivent manifester un engagement continu pour lutter contre cette problématique (Ceravolo et al., 2013) et cela en modélisant des comportements professionnels appropriés dans le milieu de travail (Becher et Visovsky, 2012; Garth et al., 2019).

Certains chercheurs recommandent d'agir sur les facteurs liés aux comportements négatifs au travail pour prévenir la violence entre collègues (Katrinli et al., 2010). Ainsi, Thobaben (2011), suggère de mener des enquêtes en sein des unités de soins en respectant la confidentialité des répondants pour détecter les facteurs déclencheurs de la violence entre les collègues. De même, Berry et al. (2016) proposent de surveiller les blessures et les maladies enregistrées chez les infirmières pour déterminer les unités de soins à risque. Par ailleurs, Purpora et al. (2012) et Taylor (2016) suggèrent que les stratégies de lutte contre la violence entre collègues doivent tenir en compte des facteurs qui perpétuent ce problème

dans le milieu de travail. Dans un même ordre d'idée, Topa et Moriano (2013) et Higgins et MacIntosh (2010) ont mis l'accent sur la nécessité de réduire le stress au travail et cela en fournissant les ressources nécessaires pour que les infirmières puissent le gérer adéquatement (Bloom, 2019). En outre, des exercices de renforcement de la résilience psychologique des infirmières pourraient aider à prévenir les comportements négatifs et le roulement des ressources humaines (Yang et Zhou, 2020).

La mise en place d'une définition universelle de la violence entre les collègues est considérée comme étant une étape importante pour la recherche et l'élaboration de politiques de lutte contre ce problème (Difazio et al., 2019; Petrovic et Scholl, 2018). En outre, plusieurs auteurs suggèrent que les responsables doivent travailler en collaboration avec toute l'équipe soignante pour mettre en place des stratégies de lutte contre la violence entre collègues dans le milieu de travail (Becher et Visovsky, 2012; Bigony et al., 2009; Trépanier et al., 2013). De leur part, Topa et Moriano (2013) proposent que les interventions au sein de l'organisation de soins doivent être basées sur la cohésion des infirmières et le soutien du groupe. D'ailleurs, il est reconnu que le soutien de la part des collègues peut diminuer la violence entre collègues dans le milieu de travail (Bloom, 2019).

Sensibiliser les infirmières contre la violence entre collègues

Plusieurs auteurs recommandent de sensibiliser davantage les infirmières quant à la problématique de la violence entre collègues (Laflamme, 2018). Cette sensibilisation aide les infirmières à reconnaître les comportements négatifs dans le milieu de travail (Bloom, 2019; Higgins et MacIntosh, 2010). Ainsi, Bambi et al. (2019), Mallette et al. (2011) et Walrafen et al. (2012) trouvent que les programmes éducatifs sont nécessaires pour encourager le dialogue sur le sujet de la violence entre collègues. Bigony et al. (2009) proposent des présentations de sensibilisation lors des réunions du personnel, des ateliers de formation sur les facteurs et les causes de la violence entre les collègues. De plus, Becher et Visovsky (2012) proposent que les programmes d'éducation doivent fournir une

définition claire de la violence entre collègues ainsi qu'ils doivent identifier les conséquences de cette problématique. Finalement, les programmes éducatifs doivent présenter les interventions à mettre en place pour mieux gérer la violence entre collègues (Becher et Visovsky, 2012).

En réalité, les infirmières doivent être capables à reconnaître les comportements négatifs (Difazio et al., 2019; Garth et al., 2019). Ainsi, les gestionnaires doivent s'impliquer activement au cursus de formation chez les infirmières afin de favoriser une meilleure compréhension de la violence entre collègues (Yang et Zhou, 2020). Walrafen et al. (2012) proposent de fournir un programme éducatif de 30 minutes; ce programme présente les principaux comportements négatifs rencontrés par les infirmières et propose des actions quant à ces comportements. De plus, ce programme doit comprendre une liste de différentes ressources à consulter en cas de besoin (Walrafen et al., 2012).

Les infirmières doivent avoir les compétences et les connaissances nécessaires pour gérer le problème de violence entre collègues (Dumont et al., 2012; Villafranca et al., 2017b). De ce fait, il est recommandé de fournir aux infirmières les ressources favorables au développement de leurs compétences et leurs connaissances (Becher et Visovsky, 2012; Bloom, 2019; Embree et White, 2010). Selon Becher Visovsky, (2012) et Bloom (2019), ces ressources consistent à fournir des opportunités d'éducation et de développement professionnel pour les infirmières. Pinsonnault (2018) suggère des programmes de formation, des programmes de mentorat pour aider les infirmières à développer leurs compétences émotionnelles et sociales. Quant à eux Higgins et MacIntosh (2010), ils suggèrent la mise en place d'une formation interdisciplinaire pour améliorer la communication et le respect des autres professionnels. De même, la mise en place de politiques sur le respect dans le milieu de travail est également recommandée (Villafranca et al., 2017b). Semblablement, Chipps et al. (2013); Lindy, et Schaefer, (2010); et Trépanier

et al. (2013) recommandent de fournir des formations sur les comportements négatifs et leur gestion dans le milieu de travail.

Il est important de préparer spécialement les infirmières nouvellement embauchées au bloc opératoire à gérer des situations de stress et les sensibiliser davantage quant aux comportements négatifs et leurs effets (Laflamme, 2018). Dans l'étude de Laflamme (2018), c'étaient surtout les infirmières débutantes qui ont été victime de la violence au bloc opératoire. Ainsi, les précepteurs responsables des infirmières nouvellement recrutées doivent expliquer à ces infirmières les effets de la violence entre collègues dans le milieu de travail (Laflamme, 2018). De plus, les précepteurs sont responsables de fournir aux infirmières débutantes le soutien et les conseils nécessaires par rapport à ce sujet (Becher et Visovsky, 2012). En effet, un soutien sous forme de mentorat, une communication respectueuse et des programmes d'orientations inclusives destinées aux infirmières débutantes (Higgins et MacIntosh, 2010) sont fortement conseillés. Selon Becher et Visovsky (2012), le mentorat doit fournir le conseil nécessaire, l'enseignement, la protection et le coaching à ces infirmières.

Il est primordial d'avoir des politiques au sein de l'organisation de soins pour faire face à la violence entre collègues (Becher et Visovsky, 2012; Logan et Malone, 2018; Thobaben, 2007). En effet, les infirmières ne doivent pas tolérer les comportements négatifs dans le milieu de travail (Lemelin et al., 2009; Thobaben, 2011). De ce fait, la mise en place des politiques de tolérance zéro dans le milieu de travail est nécessaire (Bigony et al., 2009; Garth et al., 2019; Laflamme, 2018). En fait, l'organisation doit encourager le personnel infirmier à déclarer les incidents de violence sans peur de représailles (Garth et al., 2019; Thobaben, 2007). En contrepartie, les responsables doivent prendre en considération leurs plaintes (Chipps et al., 2013; Garth et al., 2019) et les traiter, si possible, en toute objectivité en évaluant ainsi tous les faits saillants (Becher et Visovsky, 2012). De ce fait, il est nécessaire de fournir des procédures de déclarations des interactions négatives entre

collègues en respectant leur anonymat (Bambi et al., 2019). Dans ce sens, Thobaben, (2007) propose la mise en place d'un système d'enregistrement des dossiers d'incidents de violence entre collègues. De leur part, Stecker et al. (2013) suggèrent la création des comités ou des groupes pour traiter les plaintes des comportements négatifs déclarés. Thobaben et al. (2007; 2011) suggèrent de briser le silence en discutant librement des expériences de violence entre collègues lors des réunions du personnel soignant. D'ailleurs, certains auteurs partagent la même idée et suggèrent de mener des groupes de discussions confidentielles pour aider les infirmières à partager leurs expériences de violence entre collègues (Berry et al., 2016; Garth et al., 2019).

Soutien des infirmières

Les résultats de plusieurs études mettent en évidence qu'il est important de fournir le soutien nécessaire en cas d'incidents des comportements perturbateurs (Bardakçi, et Günüşen, 2016; Laflamme, 2018; Lemelin et al., 2009). En effet, pour soutenir les infirmières victimes de violence, Becher et Visovsky (2012) suggèrent que les infirmières victimes de violence entre collègues utilisent un journal intime. Ce type d'outil permet à la victime de se remémorer des détails de la situation vécue dans le milieu de travail (Becher et Visovsky, 2012). Selon ces mêmes auteurs, le journal aide les victimes à réduire la détresse psychologique ressentie à la suite des incidents de violence entre collègues. Pinsonnault (2018) suggère des programmes de soutien psychologique pour les victimes de violence entre collègues. De leur part, Yang et Zhou (2020) proposent que les gestionnaires fournissent aux infirmières les ressources nécessaires pour diminuer les conséquences physiques et psychologiques causées par les actes négatifs (p.ex. des services de conseil psychologique). Ces mêmes auteurs recommandent la réalisation d'enquêtes régulières sur le stress auprès des infirmières pour diminuer leurs inconforts à la suite d'incidents de comportement négatifs (Yang et Zhou, 2020). L'éducation dans le milieu de travail est nécessaire afin d'améliorer les relations entre les collègues en cas des conflits (Purpora,

2010). Et finalement, le recours à une personne de confiance peut être utile dans les situations de violence entre collègues (Becher et Visovsky, 2012).

Les résultats présentés plus haut permettent de dégager des éléments importants à considérer dans la lutte contre la violence entre collègues dans le milieu de soins. Cependant, nous voyons qu'il serait opportun d'approfondir ces recommandations. Ainsi, il serait intéressant que les auteurs fournissent plus de détails quant à la façon d'appliquer ces recommandations en tenant compte les difficultés situationnelles uniques de chaque unité de soins à l'étude.

Chapitres 4 : discussion et conclusion

Discussion

Le but de cette revue intégrative des écrits est d'établir l'état des connaissances se rapportant au phénomène de la violence entre collègues au bloc opératoire afin de mieux comprendre ce problème et proposer des pistes de solutions visant à le résoudre. Les résultats des 53 articles recensés ont été analysés et catégorisés selon des thèmes cohérents au modèle conceptuel des antécédents et des conséquences des conflits (Almost, 2006). Dans ce chapitre nous allons aborder une discussion sur les principaux résultats au regard des écrits scientifiques disponibles. Les forces et les limites de la présente étude seront également soulignées. Enfin, des recommandations détaillées seront fournies.

Les données suggèrent qu'il existe une pluralité de termes utilisés pour décrire et définir la violence entre collègues. En effet, les définitions ne cessent d'évoluer avec le temps ce qui crée un défi devant la compréhension de ce phénomène. En outre, il y a parfois une confusion sur la personne à la source de la violence qui, dans certains cas, occupe un poste hiérarchique différent de celui de la victime. Nos résultats sont cohérents avec ceux de Almost (2006); Embree et White (2010); Petrovic et Scholl (2018) et Villafranca et al. (2017a) qui indiquent la présence d'une panoplie de définitions et de termes en lien avec la violence entre collègues. Ainsi, nous avons donc soutenu que le fait d'avoir une définition unique et inclusive, c'est à dire qui prend en compte toute l'équipe de soins sans exception. Ceci permettrait d'améliorer la compréhension de ce phénomène complexe. Cette idée a notamment été soulevée par certains auteurs qui recommandent la mise en place d'une définition universelle de la violence entre les collègues (Difazio et al., 2019; Petrovic et Scholl, 2018). Cela est considéré comme étant une étape préliminaire dans la recherche et l'élaboration des interventions de lutte contre la violence entre collègues (Difazio et al., 2019; Petrovic et Scholl, 2018).

Par ailleurs, les facteurs déclencheurs de violence entre collègues répertoriés dans les articles scientifiques en sciences infirmières sont peu nombreux et sont généralement

d'ordre individuel et interpersonnel. Ces constats sont similaires avec ceux de Purpora (2012); Royal (2014) et Taylor et Taylor (2018) qui ont mis l'accent sur l'importance de considérer d'autres facteurs en lien avec l'environnement du travail (surtout les facteurs structurels). En effet, même les quelques études ayant étudié ces facteurs déclencheurs n'ont pas précisé la ou les unités concernées (Bae et al., 2020; Katrinli et al., 2010; Trépanier et al., 2021). On constate également une pénurie de cette thématique dans le contexte du bloc opératoire, même si nos résultats montrent que c'est le secteur le plus affecté par la violence entre collègues. De plus, peu de chercheurs ont été intéressés par le fait d'élaborer des interventions de lutte contre la violence horizontale auprès des infirmières travaillant spécifiquement au bloc opératoire (Coursey et al., 2013).

En fait, nous voyons qu'il est important de repenser ainsi la charge de travail élevée, le faible degré d'autonomie décisionnelle au travail, les procédures de travail rigides, le ratio infirmière-patient, le sous-financement et le manque du personnel dans les établissements de santé canadiens (Banerje et al., 2012). Tout cela fait appel à la violence structurelle qui est considérée comme étant : « des formes indirectes de violence qui sont intégrées aux structures sociales et qui empêchent les personnes de répondre à leurs besoins fondamentaux ou de réaliser leur potentiel » (Banerje et al., 2012, p.390). Selon nos résultats, agir sur ces facteurs est considéré comme étant une étape charnière dans l'élaboration d'interventions de lutte contre la violence entre collègues dans le milieu de travail (Katrinli et al., 2010; Royal, 2014).

En outre, les solutions de lutte contre la violence entre collègues répertoriées dans les études analysées pourraient être considérées comme étant des généralités. Citant ainsi l'exemple des recommandations fournies par Cros (2021) dans le contexte du bloc opératoire qui sont : encourager le dialogue pour résoudre les conflits, consacrer un temps suffisant pour la résolution des conflits et demander l'aide d'une personne neutre ou d'un responsable au sein de l'unité. En effet, cela rend l'application de ces solutions dans le

milieu de soins difficile, vu le manque de profondeur dans la description de celles-ci. De plus, de telles recommandations, déconnectées des changements organisationnels profonds, auront probablement peu d'effet (Johnson, 2015; Taylor et Taylor, 2021). Cela démontre la complexité du phénomène et suggère le besoin d'engagements supplémentaires pour mieux accompagner les infirmières dans la lutte contre la violence entre collègues en plus de soutenir l'importance de poursuivre la recherche sur les interventions pertinentes et efficaces.

Selon les lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains, il est primordial que les établissements de santé circonscrivent les facteurs contribuant à la violence entre collègues (l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2012). Une fois ces facteurs bien cernés, les établissements de santé doivent prendre des mesures strictes pour prévenir et atténuer ce problème. En effet, ces constats sont similaires à nos résultats où certains chercheurs ont mis l'accent sur la nécessité d'identifier ces facteurs. En outre, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2012) souligne la nécessité d'effectuer une évaluation régulière des établissements de santé pour détecter les différents types des conflits et leurs conséquences. Les résultats de ces évaluations servent par la suite dans l'élaboration des plans d'action plus réalistes (l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2012).

À la suite d'un incident de violence entre collègues, des mesures doivent être prises pour soutenir les victimes et consolider les politiques de tolérance zéro (Egues et Leinung, 2013). Selon Egues et Leinung (2013), les auteurs de violence entre collègues doivent être formellement sanctionnés. Ces sanctions doivent être enregistrées dans leurs dossiers d'employés. Par la suite, les auteurs de violence entre collègues sont tenus responsables d'assister à des ateliers ou des formations de lutte contre ce problème pour éviter que des incidents similaires se reproduisent (Egues et Leinung, 2013). En fait, pour outiller les professionnels de santé et les aider à lutter contre la violence entre collègues, les

établissements de santé doivent fournir des formations obligatoires à ces professionnels (l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2012). Cependant, il est difficile de généraliser les interventions de lutte contre la violence entre collègues puisque l'organisation des systèmes de soins, les obstacles, les valeurs et la culture de soins sont différents (Coursey et al., 2013). De ce fait, ces formations doivent être adaptées aux différents groupes cibles et aux différents contextes également (l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2012).

Par ailleurs, nous endossons le constat de Egues et Leinung (2013) qui ont mis l'accent sur l'importance de cibler les établissements d'enseignement en premier lieu pour lutter contre la violence entre collègues. En fait, cela est dans le but de préparer les futures infirmières à d'éventuelles situations de violence entre collègues dans le milieu de travail (Shorey et Wong, 2021). Ainsi, Sanner-Stiehr et Ward-Smith, (2017), ont proposé des stratégies qui pourraient être utiles pour les étudiants et les professeurs en sciences infirmières. Une stratégie proposée par ces auteurs est le fait de fournir un programme d'étude pertinent. Selon eux, le contenu du programme d'étude doit absolument fournir une éducation sur la violence entre collègues ainsi que sa gestion (Sanner-Stiehr et Ward-Smith, 2017). Pour y arriver, Sanner-Stiehr et Ward-Smith (2017) proposent une approche pédagogique très connue en sciences infirmières qui est la simulation. En effet, la simulation facilite les apprentissages des étudiants à travers la réflexion sur une situation fictive qui reproduit la réalité clinique (Bland et al., 2011). Celle-ci comporte trois phases : le prébriefing, la réalisation de l'intervention et le débriefing (Benhaberou-Brun, 2017). En lien avec la problématique de la violence entre collègues, la phase de prébriefing consiste à définir ce concept, cibler ses conséquences, ses manifestations ainsi qu'identifier des stratégies de gestion efficaces (Sanner-Stiehr et Ward-Smith, 2017). Par la suite, les étudiants sont invités à répondre à des scénarios sur la violence entre collègues en appliquant ainsi les connaissances acquises durant la première phase (Sanner-Stiehr et Ward-Smith,

2017). Les enseignants des séances de simulation peuvent fournir un encadrement si les étudiants identifient des stratégies de gestion inefficaces (Sanner-Stiehr et Ward-Smith, 2017). La dernière phase consiste à mener une réflexion sur l'expérience de simulation et de discuter d'autres stratégies alternatives de lutte contre la violence entre collègues (Sanner-Stiehr et Ward-Smith, 2017).

Les forces et les limites

Tout d'abord, cette revue intégrative a été réalisée, selon la méthode scientifique de Whitemore et Knafl (2005) qui est fréquemment utilisée en sciences infirmières. La stratégie de recherche documentaire a été réfléchi avec un bibliothécaire de l'Université de Montréal. En outre, ce mémoire a étudié la problématique de la violence entre collègues à l'unité du bloc opératoire et cette dernière est peu ciblée dans les études sur le sujet. Cela a aidé à mieux comprendre la spécificité du phénomène dans ce contexte. La dernière force de cette revue intégrative est le fait d'aborder le phénomène de la violence entre collègues d'une façon plus large en regardant tous les acteurs impliqués et non seulement entre des infirmières de même niveau hiérarchique.

Ce mémoire est la première expérience de l'étudiante chercheuse dans la recension des écrits selon la méthode de revue intégrative. Malgré le respect des étapes essentielles à la méthode, il se pourrait que des erreurs méthodologiques apparaissent et affaiblissent la portée du travail. En outre, comme certains écrits ont montré, le contexte est important – les recommandations, devraient être aussi contextualisées et adaptées aux différents groupes cibles. Il est alors possible que cela soit une limite dans la transférabilité des recommandations. Finalement, comme le mentionnent Whitemore et Knafl (2005), le processus de recension des écrits étant complexe, il est possible que des études pertinentes aient été omises dans la présente revue intégrative des écrits.

Les recommandations

Cette revue intégrative a soulevé plusieurs enjeux quant à la violence entre collègues au bloc opératoire. Même si notre recension est nuancée, une observation résume bien nos principaux résultats : les mesures ciblant ce type de violence ne semblent pas avoir un impact majeur et la violence continue d'être un problème important dans les milieux de travail. Justement, les interventions déjà existantes ne semblent pas avoir assez d'impacts. Ainsi, l'AIIC et la FCSII (2015) encouragent l'élaboration d'autres actions afin de prévenir et de cerner la violence entre collègues en milieu de travail.

Le survol sur les enjeux en lien avec la violence entre collègues, issu surtout des écrits en sciences infirmières, apporte un premier portrait d'une situation complexe. Cela est conforme aux attentes d'une recension intégrative des écrits avec un caractère exploratoire (Dash, 2020) à la maîtrise en sciences infirmières. Néanmoins, puisque notre recension n'a pas donné assez de réponses en matière d'interventions plus concrètes et nuancées, nous avons décidé d'ajouter à cette section une deuxième recherche de la littérature, mais cette fois-ci plus ciblée. En effet, nous voulons trouver quelques pistes qui seraient utiles aux lecteurs désirant initier un changement par rapport à la problématique de violence entre collègues.

En réalité, cette recherche additionnelle est loin d'être exhaustive et devrait être approfondie par une recherche future au niveau doctoral. Mais en regardant surtout des textes qui se penchent sur la question *pourquoi certaines interventions n'ont pas donné les résultats désirés* et, en combinant ces nouveaux textes avec ceux recensés initialement dans ce mémoire, nous sommes maintenant capables de donner quelques pistes sur comment repenser les interventions pour contrer la violence au milieu de travail.

Recommandations pour la recherche en sciences infirmières

Un des résultats de la présente revue intégrative est le manque de connaissances autour des facteurs déclencheurs de la violence entre collègues. À cet égard, le rapport québécois sur la violence et la santé de l'Institut national de santé publique du Québec a souligné qu'une compréhension plus approfondie des facteurs de violence est essentielle pour agir en prévention (Pelletier et al., 2018). Les recherches exploratoires aident à étudier des thématiques peu connues (Cossette, 2010), il serait donc nécessaire de mener ce type d'études afin d'identifier ces facteurs et leur complexité. Comme notre recension l'a montré, la plupart des études discutent seulement le niveau interpersonnel des conflits, alors que plusieurs auteurs observent que des relations conflictuelles sont toujours enracinées dans des contextes institutionnels, politiques, économiques, même historiques et culturels, et que ces dimensions doivent être reconnues pour atteindre un changement plus durable. Purvis et al. (2012), dans leur article sur la complexité des changements organisationnels ont utilisé la notion de « cultures de soins » (*cultures of care*), toutefois, leur définition est très restreinte et ne concerne que les croyances et les attitudes au travail. Par ailleurs, Fine (2015) a élargi cette catégorie analytique et définie les « cultures des soins » comme étant :

- 1) les idéaux et les approches des soins associés aux différentes traditions, cultures nationales et groupes ethniques ;
- 2) les pratiques et les valeurs associées à des lieux de travail, des organisations et des professions particulières ;
- 3) les pratiques de soins, les valeurs et les comportements produits en réponse aux régimes nationaux de protection sociale et du marché du travail. [Traduction libre, p. 269].

En outre, cette suggestion de contextualiser des conflits pourrait élargir les éléments du modèle conceptuel d'Almost (2006) présenté précédemment. Le fait de regarder les

valeurs, les croyances, les normes et les cultures de soins (Fine, 2015) pourrait enrichir ce modèle conceptuel et par la suite guider de façon pragmatique l'étude des facteurs déclencheurs de la violence entre collègues.

En fait, nous voyons qu'une vision plus large des conflits demande une analyse multidimensionnelle (culturelle, organisationnelle et interpersonnelle). Fine (2015) cite l'exemple d'une étude aux soins palliatifs d'André et al. (2012), où les auteurs ont identifié des conflits basés sur des idéologies de soins, entre ceux qui défendaient les soins « *high-tech* » opposés à d'autres qui défendaient les soins « *high touch* » (*Caring*).

Finalement, Fine (2015) recommande de ne pas négliger les aspects genrés de la violence, donc des questions parfois encadrées comme hiérarchiques (ex. conflits entre médecins et infirmières) qui doivent, en réalité être compris aussi comme des relations de pouvoir entre les genres. D'ailleurs, Sharma (2019) a confirmé l'existence des problèmes liés au genre dans les établissements de soins tels que le harcèlement sexuel, les écarts salariaux et les inégalités de leadership. Plus spécifiquement dans le contexte du bloc opératoire, Sharma (2019) a mentionné que plusieurs femmes œuvrant dans ce secteur ont vécu des expériences empreintes de sexisme.

La présente revue intégrative montre aussi que les chercheurs doivent préciser l'unité ou les unités de soins à l'étude, car chaque secteur a ses propres spécificités. À propos de notre lieu d'intérêt, le bloc opératoire, nous avons trouvé très peu d'information sur les interventions spécifiques à ce milieu particulier de soins. Nous avons trouvé au sein de cette revue que pratiquement tous les auteurs sont du même avis, qu'il y en a un très haut niveau de stress au bloc opératoire qui influence une importante partie des interactions entre collègues. Il y a beaucoup de littérature — venant de la psychologie, de la gestion (*management*), etc. — sur la question de comment diminuer le stress qui peut orienter les recommandations pour des interventions au bloc opératoire. Toutefois, regarder seulement le *coping* avec le stress (ex. par le très populaire modèle du *mindfulness*) n'aura pas de

succès à long terme. L'Association Américaine de Psychologie, sur leur site web [APA] (2014) définit les origines du stress au travail par des salaires bas, des charges lourdes de travail, de faibles occasions de développement professionnel, l'absence de soutien social, l'insatisfaction à l'égard du travail, le faible contrôle sur les décisions liées au travail et des attentes de performance peu claires. Nous voyons que tous ces facteurs demandent une compréhension approfondie, des interventions au point de vue organisationnel, politique et individuel et que les conflits interpersonnels doivent être vus surtout comme des *conséquences* des conditions difficiles de travail. D'ailleurs, Claire (2017) a signalé que les conflits interpersonnels surviennent lorsqu'il y a des conflits liés aux tâches de travail. Cela doit être inclus dans les études qui cherchent une amélioration de la violence entre collègues.

Nos résultats ont montré la persistance de la violence entre collègues malgré les interventions mises en place pour lutter contre ce phénomène. Nous suggérons donc l'analyse d'études pour identifier les barrières et les facteurs qui entretiennent la persistance de conflits, après avoir compris les cultures de soins et le contexte plus large de la violence entre collègues. Ce type de recherche pourrait guider le développement d'actions préventives basées sur des données probantes. Nous citons ainsi l'exemple de Ploeg et al. (2007) qui ont identifié certains facteurs influençant l'implantation efficace des guides de pratique en soins infirmiers. Ces facteurs sont : les attitudes et les croyances négatives du personnel telles que la résistance au changement due à la charge du travail, le roulement élevé du personnel, l'implantation limitée des recommandations et des lignes directrices dans le système de santé et finalement les contraintes de temps, de ressources et les changements au niveau de l'organisation de soins (Ploeg et al., 2007). Cockburn (2004) a prêté également attention aux différents points qui affectent les changements durables dans l'environnement de soins soient : des facteurs liés à l'individu tels que ses connaissances, ses comportements, ses habitudes et ses caractéristiques personnelles; des enjeux liés au contexte social des soins, qui comportent les attentes des patients, des collègues et des

autorités; le contexte organisationnel, qui peut inclure les différentes ressources disponibles, les structures et les procédures de soins; de même que les politiques et les programmes gouvernementaux qui réglementent les actions et les pratiques. En réalité, ces niveaux sont interreliés entre eux, par exemple une modification qui touche le contexte organisationnel peut forcer des changements dans les comportements individuels et dans le contexte social des soins (Cockburn, 2004).

Quant au modèle conceptuel d'Almost (2006), les résultats de la revue intégrative encouragent à poursuivre les recherches scientifiques pour développer des interventions basées sur la réduction des facteurs déclencheurs de violence entre collègues. Il serait donc pertinent de mener une recherche qui teste par exemple les éléments du modèle conceptuel, les antécédents et les conséquences des conflits dans une étude d'intervention (Almost et al., 2016.). Toutefois, nous voyons qu'il sera important de prendre en considération l'enchevêtrement des différents facteurs discutés précédemment dans cette étude d'intervention.

Recommandations pour la pratique infirmière

Selon Kormanik (2011), les stratégies qui ciblent la violence entre collègues sont proactives ou réactives, mais idéalement les deux types doivent être établis dans des unités de soins. Les stratégies de lutte contre la violence au travail proactive sont basées sur la prévention des incidents, et celles qui sont réactives sur la réponse à un incident (Kormanik, 2011).

Pour la pratique clinique, de façon générale, une veille sur le climat de travail est nécessaire pour prévenir la violence entre collègues (Bambi et al., 2019). Comme mesure proactive préventive, nous proposons aux gestionnaires de réaliser des évaluations régulières en utilisant des sondages pour détecter l'absence ou la présence de la violence entre collègues au sein de l'unité de soins. McPhaul et ses collègues (2013) ont réalisé ce

type de sondages auprès du personnel soignant pour s'assurer que le milieu de travail est sécuritaire et exempt de comportements violents.

Les résultats de la revue intégrative ont souligné que la peur de représailles a empêché de nombreuses infirmières à dénoncer la violence entre collègues (Maddineshat et al., 2016; Maddineshat et al., 2017). Comme mesure proactive préventive, nous proposons donc aux gestionnaires œuvrant au bloc opératoire (et ailleurs) d'implanter, par exemple, un formulaire de déclaration d'incident anonyme. Selon le Conseil international des infirmières et al. (2002), ce formulaire doit comporter les informations suivantes : lieu où l'incident s'est produit, date et heure, tâche au moment de l'incident, identité de l'auteur présumé, relation entre la victime et l'auteur présumé, résumé de la situation et témoins. Toutefois, nous sommes d'avis que ces informations spécifiques nuisent à l'anonymat et seulement un rapport de l'incidence serait préférable et/ou l'existence d'une personne de confiance à l'unité qui fera le suivi serait même préférable. En se basant sur ces formulaires ou informations, les gestionnaires pourraient par la suite organiser les quarts de travail de la victime et l'auteur pour réduire leur contact et par la suite éviter que les incidents de violence se reproduisent. Toutefois, si le conflit regroupe plusieurs personnes, nous suggérons que les gestionnaires planifient des réunions avec ces personnes pour éclaircir les faits autour des incidents de violence. Ces rencontres peuvent être une opportunité de conciliation et peuvent prévenir d'autres incidents de violence (Conseil international des infirmières et al., 2002). Nous proposons également aux gestionnaires de recourir à des mesures de réparation en exigeant aux auteurs de comportements violents de rédiger des lettres d'excuses pour pallier les dommages moraux causés chez les victimes.

Comme mesure réactive, les gestionnaires doivent aussi contribuer à gérer ce phénomène en offrant des modèles positifs, en faisant preuve d'écoute active, en permettant le dialogue et en recadrant les situations de violence entre collègues (Almost et al., 2010). Si des comportements violents sont détectés lors de l'évaluation du milieu de travail, les

gestionnaires pourraient par exemple s'inspirer du modèle conceptuel des antécédents et des conséquences des conflits (Almost, 2006) pour développer un guide d'entrevue qui permettra l'identification des facteurs qui engendrent ces comportements. Dans cette optique, des documents de synthèse présentant des exemples de facteurs déclencheurs de la violence au travail pourraient être élaborés (Lemelin et Blanchette, 2004). Ainsi, nous proposons aux gestionnaires de réaliser des résumés des facteurs identifiés lors de ces entrevues.

Par ailleurs, nos résultats ont montré un manque de soutien de la part de l'organisation de soins quant aux comportements négatifs dans le milieu de soins (Bloom, 2019; Taylor, 2016; Walrafen et al., 2012). Cependant, l'AIIIC et FCSII (2015) ont mis l'accent sur l'importance d'assurer un soutien au personnel soignant après des incidents de violence. En effet, les gestionnaires pourraient informer les victimes sur le programme d'aide aux employés, qui est offert dans la plupart des établissements de santé. D'ailleurs, l'ANA (2019) a encouragé le soutien des victimes par ce type de programme (Programme d'Aide aux Employés).

Cependant, relativement à ce que nous avons approfondi dans la section précédente, écouter, enregistrer et punir les incidents aura probablement peu d'impact à long terme (Komanik, 2011). Nous recommandons des formations qui seront répétées chaque année par exemple. Nous voyons que la répétition de ces formations aura un plus grand impact au long terme, mais seulement si le contenu est flexible et répond aux soucis et aux besoins des professionnels de l'unité. Pour y arriver, Di Martino (2003) dans un document pour l'OMS recommande d'inclure dans ces formations des situations réelles venant des expériences concrètes de violence au travail où les participants peuvent s'identifier et suggèrent des solutions pratiques.

En fait, les programmes des recommandations concrètes en forme de modèle à suivre sont rares. L'un d'eux est le « cycle de cinq stages pour une sensibilisation » de Kormanik

(2011) que nous allons le présenter brièvement dans les prochaines lignes. Ce programme consiste à tester les employés pour savoir où ils en sont dans l'une des cinq étapes du développement de la sensibilisation (Kormanik, 2011). La validité de ce programme est établie par plus de 30 ans d'utilisation dans les programmes de développement organisationnel (Kormanik, 2011). Les étapes de ce programme comprennent la prérencontre (absence de connaissance de la violence au travail), l'intellectualisation (avoir des connaissances, mais aucune expérience de la violence au travail), la rencontre (avoir une première expérience de la violence au travail), l'autonomisation (rechercher des stratégies pour s'adapter ou faire face à la violence au travail), et finalement l'intégration (repandre le contrôle après la violence au travail) (Kormanik, 2011).

Recommandations pour la formation infirmière

L'ANA (2015b, 2019) a souligné que les programmes d'études devraient préparer les étudiants en sciences infirmières à identifier et à gérer l'exposition à la violence au travail. Pour cette raison, la formation devrait commencer à l'université (ou au Cégep) afin de préparer la relève à discuter d'une part, les enjeux de la violence entre collègues, et d'autre part à fournir des solutions fiables aux étudiants (Egues et Leinung, 2013). Ainsi, nous suggérons aux enseignantes en soins infirmiers d'inclure des situations cliniques dans leur cours discutant des problèmes de violence entre collègues. Pour ce faire, nous proposons des séances de simulation avec des scénarios qui, selon Bordignon et Monteir, (2019) sont spécifiquement efficaces. En effet, ces auteurs ont trouvé que dans les séances de la simulation les étudiants se sentent dans un contexte réel, ce qui les aide à comprendre la violence au travail et à identifier également des ressources pour gérer cette problématique. De plus, la simulation a permis d'évaluer si ces étudiants utiliseraient les connaissances acquises précédemment pour faire face à une agression simulée (Bordignon et Monteir, 2019).

La violence entre collègues s'inscrit dans une dynamique de groupe, c'est-à-dire qu'il y a plusieurs acteurs occupant différents postes qui sont directement ou indirectement impliqués (Bardakçi et Günüşen, 2016; Bigony et al., 2009, Dumont et al., 2012; Villafranca et al., 2017a). Des cours interprofessionnels visant à développer une pratique collaborative existent déjà dans quelques universités. Il serait intéressant que ces cours incluent les divers points de vue disciplinaires, mais aussi des sujets comme le pouvoir en contexte de travail, l'organisation du système de la santé et les cultures des soins. Cela est dans le but de créer des connaissances plus diversifiées auprès du futur corps médical et paramédical et d'explorer des différences et frictions basées sur des modèles de soins divergents. De plus, ces cours peuvent inclure des rencontres avec les différentes professionnelles de la santé pour discuter de la réalité du milieu de travail.

En ce qui concerne la formation en milieu de travail, Egues et Leinung (2013) ont souligné que les infirmières doivent s'engager dans la participation des formations éducatives de lutte contre la violence entre collègues dans le milieu de travail. Comme déjà mentionné dans la section antérieure, il serait donc pertinent de planifier et de mettre en œuvre des formations éducatives afin de former les infirmières et les autres membres du personnel soignant aux réalités concernant la violence entre collègues (Longo, 2010). Le contenu de ces formations doit être pertinent et bien adapté au contexte spécifique. Pour les blocs opératoires, nous suggérons une analyse des besoins de formation du personnel soignant. Selon Labesse et Farley (2008), l'analyse des besoins de formation permet d'apporter une précision sur les besoins spécifiques d'une clientèle bien déterminée (soit le personnel soignant au bloc opératoire dans notre mémoire) afin de combler les écarts entre la situation actuelle et la situation désirée. Ces besoins peuvent être cernés à travers la collecte « des réponses à des questionnaires d'autoévaluation, par l'appréciation des pairs, par les rapports de conseils d'établissement ou de comités travaillant à l'amélioration de la qualité globale » (Labesse et Farley, 2008, p. 7). De plus, nous suggérons que ces formations

soient rémunérées pour encourager la participation d'un grand nombre du personnel soignant. Ceci nécessite l'appui de la haute direction des centres hospitaliers pour financer une telle proposition.

En ce qui a trait à l'évaluation de l'appréciation– mais aussi l'impact concret - de ces formations, nous recommandant une discussion de groupe ainsi que la remise d'un court document dans lequel les infirmières vont indiquer les points forts et les points à améliorer. Intégrer l'évaluation dans des situations d'apprentissage est très important pour aider les infirmières à identifier ses forces et ses faiblesses par rapport à ses apprentissages (St-Pierre et al., 2014). Par ailleurs, ce processus vise à divulguer la perception des infirmières « sur les activités d'enseignement et d'apprentissage, dans le but, le cas échéant, de corriger, de réorienter, d'améliorer ou d'ajuster les activités pédagogiques » (Université de Laval, 2011, p.4).

En fait, les infirmières débutantes œuvrant au bloc opératoire ont peu d'expérience face aux situations de violence entre collègues auxquelles elles seront confrontées et, selon Laflamme (2018), sont le plus souvent les victimes de la violence au bloc opératoire. Shatto et Lutz (2017) expliquent que plusieurs études démontrent que les infirmières débutantes rencontrent plusieurs difficultés lors de cette période de transition d'étudiante à professionnelle de la santé. Donc, il est primordial de sensibiliser davantage ces infirmières quant à la problématique de la violence entre collègues (Laflamme, 2018). Ainsi, nous suggérons aux formateurs de consacrer un volet sur la problématique de la violence entre collègues dans le cadre des programmes d'orientation spécifiques au bloc opératoire. De plus, nous proposons de jumeler une infirmière débutante avec une infirmière d'expérience (Ballem et MacIntosh, 2014) pour une période d'intégration qui dure plusieurs mois. Cela est dans le but d'assurer une meilleure intégration infirmières débutantes, mais aussi – une fois que le manque de connaissances et l'insécurité des novices a été constaté comme une

des sources de la violence - en même temps les aider à affronter des situations de violence entre collègues.

Conclusion

La revue intégrative dresse ainsi un portrait des enjeux du phénomène de la violence entre collègues dans le milieu de soins en général et dans le bloc opératoire en particulier. En effet, tout professionnel de la santé est susceptible durant sa carrière de vivre des incidents de violence avec ses collègues. Toutefois, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC); la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (FCSII) (2015) et l'American Nurses Association (ANA) (2015a) ont confirmé le droit des infirmières de travailler dans un environnement de travail respectueux et exempt de violence. La littérature soulève un constat important : la violence entre collègues est une problématique très répandue aujourd'hui dans les milieux de soins et surtout au bloc opératoire. Toutefois, les infirmières gardent trop souvent le silence en considérant ce phénomène comme étant une culture propre au bloc opératoire. Cette revue intégrative sur le phénomène de la violence entre collègues au bloc opératoire a permis de proposer un début de réflexion sur la mise en place des solutions pour lutter contre cette problématique persistante. De plus, ce mémoire a mis en valeur l'importance de considérer des facteurs plus larges pour la compréhension de la violence entre collègue que plutôt mettre l'accent seulement sur des facteurs individuels et interpersonnels.

Par la rédaction de cette revue nous espérons encourager les gestionnaires, les cliniciens et les chercheurs à poursuivre leurs réflexions dans ce sens dans un objectif commun : lutter contre la violence entre collègues dans le milieu de soins.

Les références

Les références

- Almost, J. (2006). Conflict within nursing work environments: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 444-453. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03738.x>
- Almost, J., Doran, D.M., McGillis-Hall, L. et Laschinger, H.K.S. (2010). Antecedents and consequences of intragroup conflict among Nurses. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 981-992. [10.1111/j.1365-2834.2010.01154.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01154.x)
- Almost, J., Wolff, A. C., Stewart-Pyne, A., McCormick, L. G., Stracha, D. et D'Souza, C. (2016). Managing and mitigating conflict in healthcare teams: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 72(7), 1490-1505. <https://doi.org/10.1111/jan.12903>
- American Nurses Association. (2015a). *Bill of Rights FAQs*. <https://www.nursingworld.org/practice-policy/work-environment/health-safety/bill-of-rights-faqs/>
- American Nurses Association. (2015b). *INCIVILITY, BULLYING, AND WORKPLACE VIOLENCE*. <https://www.nursingworld.org/~49d6e3/globalassets/practiceandpolicy/nursing-excellence/incivility-bullying-and-workplace-violence--ana-position-statement.pdf>
- American Nurses Association. (2019). *Reporting Incidents of Workplace Violence*. <https://www.nursingworld.org/~495349/globalassets/docs/ana/ethics/endabuse-issue-brief-final.pdf>
- Armmer, F. et Ball, C. (2015). Perceptions of horizontal violence in staff nurses and intent to leave. *Work*, 51(1), 91-97. <https://doi.org/10.3233/WOR-152015>
- Association Américaine de Psychologie. (2014). *Faire face au stress au travail*. <https://www.apa.org/topics/healthy-workplaces/work-stress>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada et Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers. (2015). *Enoncé de position commun*. https://cna-aicc.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/La-violence-et-lintimidation-en-milieu-de-travail_enonce-de-position-commun.pdf
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2012). *Lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains*. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/HWE_BPG_CONFLICT_FR_0.pdf
- Bae, S. H., Dang, D., Karlowicz, K. A. et Kim, M. T. (2020). Triggers contributing to health care clinicians' disruptive behaviors. *Journal of Patient Safety*, 16(3), e148-e155. doi: 10.1097/PTS.0000000000000288
- Ballem, A. et MacIntosh, J. (2014). A narrative exploration: experienced nurses' stories of working with new graduates. *Western Journal of Nursing Research*, 36(3), 374-387. <https://doi.org/10.1177/0193945913502131>

- Bambi, S. et Rasero, A. G. M. P. A. L. M. G. D. M. L. (2019). Negative interactions among nurses: An explorative study on lateral violence and bullying in nursing work settings. *Journal of Nursing Management*, 27(4), 749-757. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jonm.12738>
- Bambi, S., Becattini, G., Giusti, G. D., Mezzetti, A., Guazzini, A. et Lumini, E. (2014). Lateral hostilities among nurses employed in intensive care units, emergency departments, operating rooms, and emergency medical services: a national survey in Italy. *Dimensions of critical care nursing*, 33(6), 347-354. <https://doi.org/0.1097/DCC.0000000000000077>
- Bambi, S., Guazzini, A., Felippis, C. D., Lucchini, A. et Rasero, L. (2017). Preventing workplace incivility, lateral violence and bullying between nurses. A narrative literature review. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 88(5), 39-47. <https://doi.org/10.23750/abm.v88i5-S.6838>
- Bambi, S., Guazzini, A., Piredda, M., Lucchini, A., De Marinis, M. G. et Rasero, L. (2019). Negative interactions among nurses: an explorative study on lateral violence and bullying in nursing work settings. *Journal of Nursing Management*, 27(4), 749-757. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jonm.12738>
- Banerjee, A., Daly, T., Armstrong, P., Szebehely, M., Armstrong, H. et Lafrance, S. (2012). Structural violence in long-term, residential care for older people: Comparing Canada and Scandinavia. *Social Science & Medicine*, 74(3), 390-398.
- Bardakçi, E. et Günüşen, N. P. (2016). Influence of workplace bullying on Turkish nurses' psychological distress and nurses' reactions to bullying. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(2), 166-171.
- Becher, J. et Visovsky, C. (2012). Horizontal violence in nursing. *Medsurg nursing*, 21(4), 210-232.
- Benhaberou-Brun, D. (2017). Apprendre grâce à la simulation. *Perspective infirmière*, 14(3), 26-30.
- Berry, P. A., Gillespie, G. L., Fisher, B. S. et Gormley, D. K. (2016). Recognizing, confronting, and eliminating workplace bullying. *Workplace Health & Safety*, 64(7), 337-341. <https://doi.org/10.1177/2165079916634711>
- Bigony, L., Lipke, T. G., Lundberg, A., McGraw, C. A., Pagac, G. L. et Rogers, A. (2009). Lateral violence in the perioperative setting. *AORN Journal*, 89(4), 688-700. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2009.01.029>
- Bland, A. J., Topping, A. et Wood, B. (2011). A concept analysis of simulation as a learning strategy in the education of undergraduate nursing students. *Nurse education today*, 31(7), 664-670. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.10.013>
- Bloom, E. M. (2019). Horizontal violence among nurses: Experiences, responses, and job performance. *Nursing Forum*, 54(1), 77-83. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nuf.12300>

- Bordignon, M. et Monteiro, M. I. (2019). Use of simulation in training on violence in nursing practice. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(3), p. 341–349. 10.1590/1982-0194201900047
- Bureau International du Travail. (2003). *ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL Programme des activités sectorielles*. <http://www.ilo.int/public/french/standards/realm/gb/docs/gb288/pdf/mevsws-11.pdf>
- Castronovo, MA, Pullizzi, A. et Evans, S. (2016). Harcèlement infirmier : un bilan et une proposition de solution. *Perspectives infirmières*, 64 (3), 208-214. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2015.11.008>
- Ceravolo, D. J., Schwartz, D. G., Foltz-Ramos, K. M. et Castner, J. (2012). Strengthening communication to overcome lateral violence. *Journal of Nursing Management*, 20(5), 599-606. 10.1111/j.1365-2834.2012.01402.x
- Chippis, E., Stelmaschuk, S., Albert, N. M., Bernhard, L. et Holloman, C. (2013). Workplace bullying in the OR: Results of a descriptive study. *AORN Journal*, 98(5), 479-493. <https://doi.org/> <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2013.08.015>
- Claire, D. (2017). *Dans quelle mesure les conflits interpersonnels se produisant au sein d'une équipe de travail, peuvent-ils constituer une cause de l'épuisement professionnel ?* [Mémoire de maîtrise, Université catholique de Louvain]. file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/Dachelet_53681200_2017.pdf
- Clark, C. M. et Kenski, D. (2017). Promoting civility in the OR: an ethical imperative. *AORN Journal*, 105(1), 60-66. doi: 10.1016/j.aorn.2016.10.019
- Cockburn, J. (2004). Adoption of evidence into practice: can change be sustainable? *Medical Journal of Australia*, 180, S66-S67. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2004.tb05951.x>
- Conseil international des infirmières, Internationale des Services publics, Organisation internationale du Travail et Organisation mondiale de la Santé. *Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé*. (2002). https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_160909.pdf
- Cossette, S. (2010). De la recherche exploratoire à la recherche appliquée en sciences infirmières : complémentarités et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 102, 73-82. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0073>
- Côté, L. et Turgeon, J. (2002). Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie médicale*, 3(2), 81-90. <http://dx.doi.org/10.1051/pmed:2002018>
- Coursey, J. H., Rodriguez, R. E., Dieckmann, L. S. et Austin, P. N. (2013). Successful implementation of policies addressing lateral violence. *AORN Journal*, 97(1), 101-109. 10.1016/j.aorn.2012.09.010

- Crawshaw, L. (2009). Workplace bullying? Mobbing? Harassment? Distraction by a thousand definitions. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 61(3), 263–267. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/a0016590>
- Cros, J. (2021). Gestion des conflits au bloc. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*, 25 (1), 44-51. <https://doi.org/10.1016/j.pratan.2021.02.003>
- Dash, P.(2020). Analysis of Literature Review in Cases of Exploratory Research. *SSRN*. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3555628>
- Di Martino, V. (2003). *Relationship between work stress and workplace violence in the health sector*. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/WVstresspaper.pdf
- Difazio, R. L., Vessey, J. A., Buchko, O. A., Chetverikov, Sarkisova, V. A. et Serebrennikova, N. V. (2019). The incidence and outcomes of nurse bullying in the Russian Federation. *International nursing review*, 66(1), 94-103. <https://doi.org/10.1111/inr.12479>
- Duffy, E. (1995). Horizontal violence: A conundrum for nursing. *Collegian*, 2(2), 5-17. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1322-7696\(08\)60093-1](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1322-7696(08)60093-1)
- Dumont, C., Meisinger, S., Whitacre, M. J. et Corbin, G. (2012). Nursing2012 Horizontal violence survey report. *Nursing 2019*, 42(1), 44-49. <https://doi.org/DOI:10.1097/01.NURSE.0000408487.95400.92>
- Eakin, S. (2015). *Operating room nurses and surgical technologists' perceptions of job satisfaction in the operating room environment* [Thèse de doctorat, Université de Phoenix]. <https://pqdtopen.proquest.com/doc/1770101821.html?FMT=AI>
- Egues, A. L. et Leinung, E. Z. (2013). The bully within and without: Strategies to address horizontal violence in nursing. *In Nursing Forum*, 48 (3), 185-190. <https://doi.org/10.1111/nuf.12028>
- Embree, J. L. et White, A. H. (2010). Concept analysis: nurse-to-nurse lateral violence. *In Nursing forum*, 45(3), 166-173. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2010.00185.x>
- Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. (2017). *Grille PRT*. Document inédit.
- Fine, M. (2015). Cultures of care. Dans J. Twigg et W. Martin (dir), *Routledge Handbook of Cultural Gerontology* (1^e éd., p. 269-276). Routledge Abingdon UK.
- Garth, K., Mailow, T., Armstrong, N., Todd, D. et Byers, D. (2019). Nurses' Perceptions of Incivility in the Operating Room. *Madridge J Nurs*, 4(1), 164-166. <https://doi.org/10.18689/mjn-1000129>
- Germann, S. et Moore, S. (2019). *Lateral violence, a nursing epidemic?* https://www.reflectionsonnursingleadership.org/features/more-features/Vol43_1_lateral-violence-a-nursing-epidemic

- Higgins, B. L. et MacIntosh, J. (2010). Operating room nurses' perceptions of the effects of physician-perpetrated abuse. *International Nursing Review* 57(3), 321-327. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00767.x>
- Hopia, H., Latvala, E. et Liimatainen, L. (2016). Reviewing the methodology of an integrative review. *Scandinavian journal of caring sciences*, 30(4), 662-669. <https://doi.org/10.1111/scs.12327>
- Houck, N. M. et Colbert, A. M. (2017). Patient Safety and Workplace Bullying. *Journal of Nursing Care Quality*, 32(2), 164-171. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000209>
- Johnson, A. H. et Benham-Hutchins, M. (2020). The influence of bullying on nursing practice errors: a systematic review. *AORN Journal*, 111(2), 199-210. <https://doi.org/10.1002/aorn.12923>
- Johnson, S. L. (2015). Workplace bullying prevention: a critical discourse analysis. *Journal of advanced nursing*, 71(10), 2384-2392.
- Katrinli, A., Atabay, G., Gunay, G. et Cangarli, B. G. (2010). Nurses' perceptions of individual and organizational political reasons for horizontal peer bullying. *Nursing Ethics*, 17(5), 614-627
- Kormanik, M. B. (2011). Workplace violence: Assessing organizational awareness and planning interventions. *Advances in Developing Human Resources*, 13(1), 114-127. <https://doi.org/10.1177/1523422311410658>
- Laflamme, K. (2018). *Culture du bloc opératoire, rétention infirmière et intention de quitter : une ethnographie focalisée* [Mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/21394>
- Laflamme, K., Leibing, A. et Lavoie-Tremblay, M. (2019). Operating Room Culture and Interprofessional Relations: Impact on Nurse's Retention. *The health care manager*, 38(4), 301-310. [10.1097/HCM.0000000000000280](https://doi.org/10.1097/HCM.0000000000000280)
- Lavoie-Tremblay, M., Paquet, M., Duchesne, M. A., Santo, A., Gavrancic, A., Courcy, F. et Gagnon, S. (2010). Retaining nurses and other hospital workers: An intergenerational perspective of the work climate. *Journal of nursing Scholarship*, 42(4), 414-422. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2010.01370.x>
- Lee, Y. H., Ahn, D., Moon, J. et Han, K. (2014). Perception of interprofessional conflicts and interprofessional education by doctors and nurses. *Korean journal of medical education*, 26(4), 257-264. <https://doi.org/10.3946/kjme.2014.26.4.257>
- Lemelin, L., Bonin, J.-P. et Duquette, A. (2009). Workplace Violence Reported by Canadian Nurses. *Canadian Journal of Nursing Research*, 41(3), 152-167
- Lemelin, M. et Blanchette, M. (2004). Les pratiques de gestion en matière de violence au travail. F. Courcy, A. Savoie et L. Brunet (dir.), *VIOLENCES AU TRAVAIL : Diagnostic et prévention* (p. 131-152). Presses de l'Université de Montréal

- Lindy, C. et Schaefer, F. (2010). Negative workplace behaviours: an ethical dilemma for nurse managers. *Journal of Nursing Management*, 18(3), 285-292. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01080.x>
- Logan, T. R. et Malone, M. (2018). Nurses' perceptions of teamwork and workplace bullying. *Journal of Nursing Management*, 26(4), 411-419. <https://doi.org/10.1111/jonm.12554>
- Loiselle, C.G. et Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives. Adaptation française de Polit et Beck*. Montréal, Québec : ERPI.
- Longo, J (2010). Combating Disruptive Behaviors: Strategies to Promote a Healthy Work Environment. *The Online Journal of Issues in Nursing* 15.1. 10.3912/OJIN.Vol15No01Man05
- Longo, J. et Sherman, R. O. (2007). Leveling horizontal violence. *Nursing Management*, 38(3), 50-51. <https://doi.org/10.1097/01.numa.0000262925.77680.e0>
- Longo, J., Dean, A., Norris, S. D., Wexner, S. W. et Kent, L. N. (2011). It starts with a conversation: A community approach to creating healthy work environments. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 42(1), 27-35. <https://doi.org/10.3928/00220124-20100901-03>
- Maddineshat, M., Hashemi, M. et Tabatabaeichehr, M. (2017). Evaluation of the disruptive behaviors among treatment teams and its reflection on the therapy process of patients in the operating room: The impact of personal conflicts. *Journal of Education and Health Promotion*, 6(69). https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_47_16
- Maddineshat, M., Rosenstein, A. H., Akaberi, A. et Tabatabaeichehr, M. (2016). Disruptive behaviors in an emergency department: the perspective of physicians and nurses. *Journal of caring sciences*, 5(3). <https://doi.org/10.15171/jcs.2016.026>
- Malette, C., Duff, M., McPhee, C., Pollex, H. et Wood, A. (2011). Workbooks to virtual worlds: a pilot study comparing educational tools to foster a culture of safety and respect in Ontario. *Nursing Leadership (Tor Ont)*, 24(4), 44-64. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2012.22714>
- McCluney, C. L. et Cortina, L. M. (2017). Identity matters: Contextualizing workplace aggression within a social structural framework. Dans N. A. Bowling et M. S. Hershcovis (dir.), *Research and theory on workplace aggression* (pp. 136–155). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316160930.007>
- McPhaul, K., Matthew, L. et Jane, Li. (2013). A Framework for Translating Workplace Violence Intervention Research into Evidence-Based Programs. *The Online Journal of Issues in Nursing* 18.1 (2013). 10.3912/OJIN.Vol18No01Man04
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018). *Pénurie d'effectifs infirmiers au Québec? Le temps est venu de faire le point..* https://www.oiiq.org/nouvelles/-/asset_publisher/DlzUSykOq6S6/content/penurie-d-effectifs-infirmiers-au-quebec-le-temps-est-venu-de-faire-le-point-

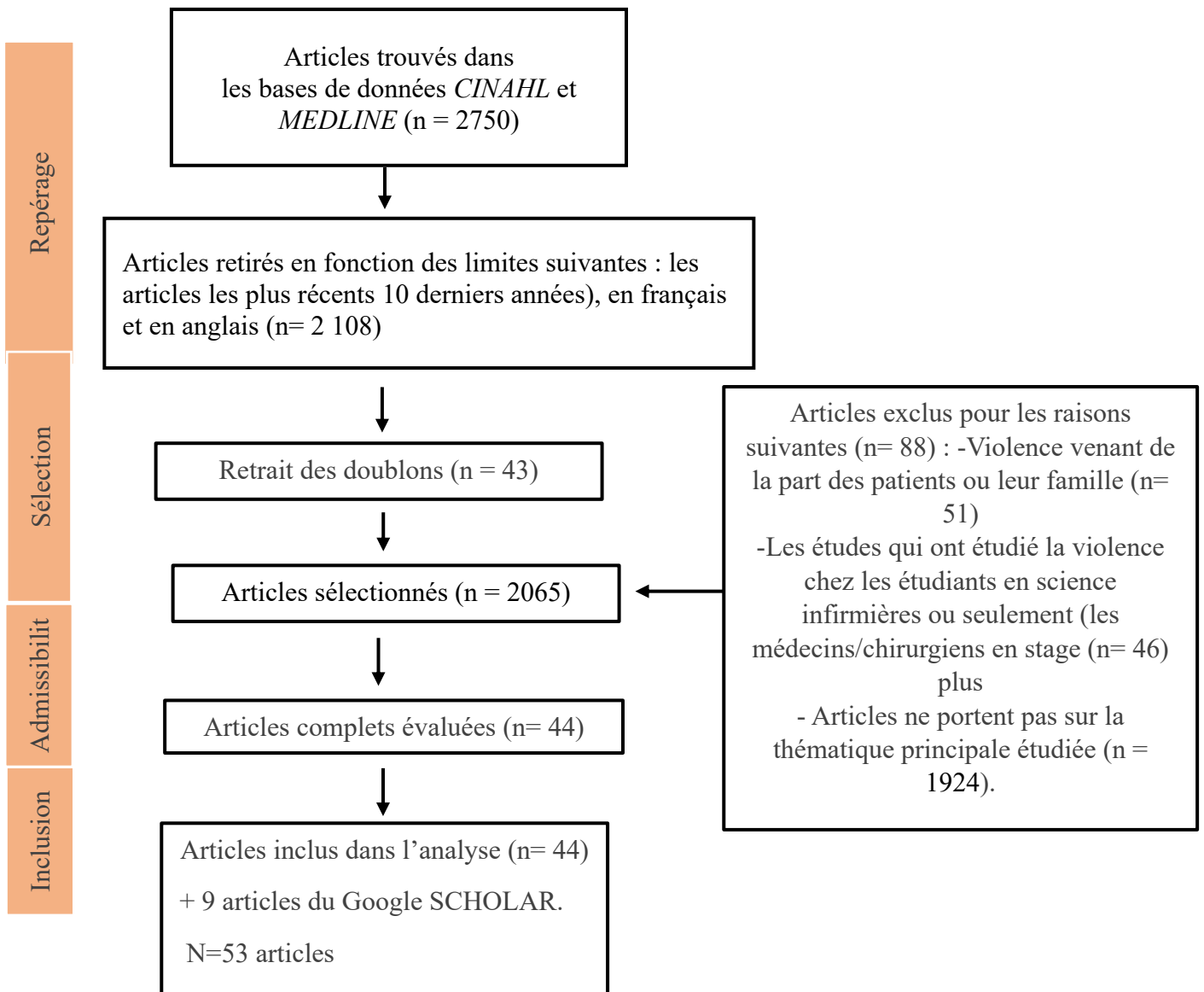
- Pelletier, M., Lippel, K. et Ézina, M. (2018). *La violence en milieu de travail*.
https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2380_chapitre-9.pdf
- Petrovic, M. A. et Scholl, A. T. (2018). Why we need a single definition of disruptive behavior. *Cureus*, 10(3), 2-13. <https://doi.org/10.7759/cureus.2339>
- Pinsonnault, E. (2018). *Étude phénoménologique sur l'expérience de la violence de la VH chez les nouvelles infirmières diplômées* [Mémoire de maîtrise, Université du Québec en Outaouais].
http://di.uqo.ca/979/1/Pinsonnault_Eve_2018_m%C3%A9moire.pdf
- Ploeg, J., Davies, B., Edwards, N., Gifford, W. et Miller, P. E. (2007). Factors influencing best-practice guideline implementation: Lessons learned from administrators, nursing staff, and project leaders. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(4), 210-219. [10.1111/j.1741-6787.2007.00106.x](https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2007.00106.x)
- Purpora, C. et Blegen, M. A. (2015). Job satisfaction and horizontal violence in hospital staff registered nurses: the mediating role of peer relationships. *Journal of clinical nursing*, 24(15-16), 2286-2294. <https://doi.org/10.1111/jocn.12818>
- Purpora, C. M. (2010). *Horizontal Violence Among Hospital Staff Nurses and the Quality and Safety of patient Care* [thèse de doctorat, Université de Californie].
<https://search.proquest.com/dissertations/docview/762407936/fulltextPDF/1405964F42>
- Purpora, C., Blegen, M. A. et Stotts, N. A. (2012). Horizontal violence among hospital staff nurses related to oppressed self or oppressed group. *Journal of Professional Nursing*, 28(5), 306-314.
- Purvis, K., Cross, D., Jones, D. et Buff, G. (2012). Transforming cultures of care: A case study in organizational change. *Reclaiming Children and Youth*, 21(2), 12-20.
- Reyka, M. E. (2015). *The Impact of Disruptive Behavior on Operating Room Nurse Satisfaction* [thèse de doctorat, Université d'Indiana de Pennsylvanie].
file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/The_impact_of_disruptive_behav.pdf
- Roberts, S. J. (2015). Lateral violence in nursing: A review of the past three decades. *Nursing Science Quarterly*, 28(1), 36-41.
<https://doi.org/10.1177/0894318414558614>
- Rooddehghan, Z., Yekta, Z. P. et Nasrabadi, A. (2015). Nurses, the oppressed oppressors: A qualitative study. *Global Journal of Health Science*, 7(5), 239-245.
<https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n5p239>
- Royal, M. (2014). *Proposition d'une perspective disciplinaire pour l'exploration de facteurs organisationnels influençant la violence horizontale chez les infirmières* [mémoire de maîtrise, Université de Montréal].
<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/11240>
- Russell, C. L. (2005). An overview of the integrative research review. *Progress in transplantation*, 15(1), 8-13. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

- Sanner-Stiehr, E. et Ward-Smith, P. (2017). Lateral violence in nursing: Implications and strategies for nurse educators. *Journal of Professional Nursing*, 33(2), 113-118. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2016.08.007>
- Sharma, M. (2019). Applying feminist theory to medical education. *The Lancet*, 393(10171), 570-578. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32595-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32595-9)
- Sharma, P. N. (2018). Moving beyond the employee: The role of the organizational context in leader workplace aggression. *The Leadership Quarterly*, 29(1), 203-217. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2017.12.002>
- Shatto, B. et Lutz, L. M. (2017). Transition from education to practice for new nursing graduates: A literature review. *Creative Nursing*, 23(4), 248-254. doi:10.1891/1078-4535.23.4.248
- Shea, BJ, Grimshaw, JM, Wells, GA, Boers, M., Andersson, N., Hamel, C. et Bouter, LM (2007). Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 7 (1), 1-7.
- Shorey, S. et Wong, P. Z. E. (2021). A qualitative systematic review on nurses' experiences of workplace bullying and implications for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 1-15. <https://doi.org/10.1111/jan.14912>
- Solis, S. (2019). A Lesson on Incivility: Application of an Ethical Decision-Making Model. *The Journal for Nurse Practitioners*, 15(8), 592-594. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2019.05.014>
- Stecker, M., Epstein, N. et Stecker, M. M. (2013). Analysis of inter-provider conflicts among healthcare providers. *Surgical neurology international*, 4(5), S375- S382. <https://doi.org/10.4103/2152-7806.120781>
- Stella, C. (2010). Conflict in the operating room: fight and flight or growth and communication. *Canadian operating room nursing journal*, 28(2), 7-13.
- St-Pierre, L., Bédard, D. et Lefebvre, N. (2014). Une grille d'analyse de ses interventions en classe. Dans Ménard, L. et St-Pierre, L. (dir.), *Se former à la pédagogie de l'enseignement supérieur* (p.35-52). Montréal : AQPC, Chenelière.
- Taylor, R. A. et Taylor, S. S. (2018). Reframing and addressing horizontal violence as a workplace quality improvement concern. *In Nursing forum*, 53(4), 459-465. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nuf.12273>
- Thobaben, M. (2007). Horizontal workplace violence. *Home Health Care Management and Practice*, 20(1), 82-83. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1084822307305723>
- Thobaben, M. (2011). Bullying in the nursing Profession. *Home Health Care Management & Practice*, 23(6), 477-479. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1084822311413556>
- Topa, G. et Moriano, J. A. (2013). Stress and nurses' horizontal mobbing: Moderating effects of group identity and group support. *Nursing outlook*, 61(3), e25-e31

- Trépanier, S. G., Fernet, C. et Austin, S. (2013). Workplace psychological harassment in Canadian nurses: A descriptive study. *Journal of health psychology*, 18(3), 383-396. <https://doi.org/10.1177/1359105312443401>
- Université de Laval. (2011). *Politique de valorisation de l'enseignement*. https://www.ulaval.ca/fileadmin/Secrtaire_general/Politiques/Politique_de_valorisation_de_l_enseignement.pdf
- Vessey, J. A., Demarco, R. et 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. <https://doi.org/https://doi.org/10.1891/0739-6686.28.133>
- Villafranca, A., Hamlin, C., Enns, S. et Jacobsohn, E. (2017a). Disruptive behaviour in the perioperative setting: a contemporary review. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, 64(2), 128-140. <https://doi.org/10.1007/s12630-016-0784-x>
- Villafranca, A., MA, C. H. et Jacobsohn, E. (2017b). Physical and psychological abuse in Canadian operating rooms. *Canadian Journal of Anaesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, 64(2), 236-237. <https://doi.org/doi:10.1007/s12630-016-0777-9>
- Villafranca, A., Magid, K., Young, A., Fast, I. et Jacobsohn, E. (2019). Abusive behaviour in Canadian and US operating rooms. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, 66(7), 795-802. <https://doi.org/10.1007/s12630-019-01334-7>
- Walrafen, N., Brewer, M. K. et Mulvenon, C. J. (2012). Sadly caught up in the moment: An exploration of horizontal violence. *Nursing Economics*, 30(1), 7-12.
- Whittemore, R. et Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced nursing*, 52(5), 546-553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- Wilson, B. L. et Phelps, C. (2013). Horizontal hostility: A threat to patient safety. *JONA's Healthcare Law, Ethics and Regulation*, 15(1), 51-57. <https://doi.org/10.1097/NHL.0b013e3182861503>
- Wilson, B., Diedrich, A., Phelps, C. et Choi, M. (2011). Bullies at work: The impact of horizontal hostility in the hospital setting and intent to leave. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 41(11), 453-458. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182346e90>
- Yang, Y. M. et Zhou, L. J. (2020). Workplace bullying among operating room nurses in China: A cross-sectional survey. *Perspectives in psychiatric care*, 1-5. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/ppc.12519>

Les appendices

Appendice A : Diagramme de flux pour la recherche documentaire



Appendice B : Une synthèse de l'analyse critique des articles recensés

Tableau 2 : une synthèse de l'analyse critique des articles recensés

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
<p>1. Topa, G. et Moriano, J. A. (2013). Stress and nurses' horizontal mobbing : Moderating effects of group identity and group support. <i>Nursing outlook</i>, 61(3), e25-e31</p> <p>-Pays : Espagne (Madrid et Navarre)</p> <p>-Milieu à l'étude (unité(s)) : diverses unités de soins de deux gros hôpitaux de Madrid et Navarre (Espagne).</p> <p>-Échantillon : 388 infirmières.</p>	<p>- Explorer les associations entre le stress dans le milieu de travail, le soutien de groupe et l'identité de groupe avec la VH.</p>	<p>- Quantitatif, corrélational</p>	<p>- 74,2 % des infirmières ont vécu des actes négatifs venant des collègues au travail (une ou plusieurs fois au cours des six mois qui ont précédé l'étude).</p> <p>-Le stress lié au travail est significativement corrélé avec la VH chez les infirmières ($r = .34, p < .01$).</p> <p>-Le stress lié au travail et la VH sont négativement et significativement corrélés avec le soutien des membres ($r = -.28, p < .01$ et $r = -.38, p < .01$, respectivement) ainsi que l'identité de groupe ($r = -.27, p < .01$ et $r = -.40, p < .01$, respectivement).</p> <p>-Lorsque le soutien du groupe augmente l'identité du groupe augmente ($r = 0,74, p < 0,01$).</p>	<p>-La prévalence de la VH.</p> <p>- Le stress est un déclencheur de VH.</p>	<p>-Réduire le stress au travail,</p> <p>- Mettre en place des interventions au sein de l'établissement de santé basées sur la cohésion des infirmières et soutien du groupe.</p>	<p>- Devis quantitatif corrélational a été utilisé, mais aucune justification de la pertinence de cette approche n'a été fournie.</p> <p>- La méthode d'échantillonnage n'est pas mentionnée, ce qui peut potentiellement mettre en question la validité externe de l'étude.</p> <p>- Les critères d'échantillonnage pas précisés.</p>
<p>2. Katrinli, A., Atabay, G., Gunay, G. et Cangarli, B. G. (2010). Nurses' perceptions of individual and organizational political reasons for horizontal peer bullying. <i>Nursing Ethics</i>, 17(5), 614-627.</p>	<p>- Connaitre les points de vue d'infirmières sur les facteurs organisationnels et individuels</p>	<p>- Quantitatif, descriptif</p>	<p>- Besoin de pouvoir de la personne responsable de l'action négative a été perçu comme étant le facteur individuel le plus important par les répondantes pour chacune des cinq situations de</p>	<p>- Les sources de la VH</p>	<p>- La mise en place des stratégies de prévention est nécessaire pour lutter contre la VH.</p>	<p>-Devis quantitatif descriptif a été utilisé, mais aucune justification de la pertinence de cette approche n'a été fournie.</p>

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
<p>-Pays : Turquie</p> <p>-Milieu à l'étude (unité(s)) : n'est pas précisé.</p> <p>-Échantillon : 232 infirmières d'un hôpital de recherche et de formation</p>	<p>associés à la VH chez les infirmières en Turquie.</p>		<p>VH présentées à partir d'une liste prédéterminée de facteurs.</p> <p>- D'autres facteurs individuels ont été mentionnés : problèmes psychologiques et personnels des infirmières.</p> <p>- La volonté de faire valoir son travail et le désir d'influencer les décisions organisationnelles ainsi que la distribution des ressources matérielles sont des facteurs organisationnels fréquemment rapportés dans cette étude.</p> <p>- Le souhait de se voir confier certaines tâches, d'obtenir une promotion ou d'autres bénéfices personnels ont été identifiés comme étant facteurs organisationnels déclencheurs des comportements négatifs.</p>		<p>-Les stratégies doivent tenir en compte les antécédents individuels et organisationnels de la violence entre les collègues.</p> <p>- Pour assurer un environnement propice au travail d'équipe, les infirmières-superviseuses doivent être conscientes de leur implication en matière de prévention et d'intervention.</p>	<p>- La méthode d'échantillonnage n'est pas mentionnée ce qui peut remettre potentiellement en question la validité externe de l'étude (Loiselle et al., 2007).</p> <p>- Les critères utilisés afin de bâtir l'échantillon ne sont pas précisés.</p> <p>-Le projet n'a pas passé par un comité d'éthique.</p> <p>-Les auteurs n'ont pas discuté la validité des outils de mesure utilisés dans cette étude.</p>
<p>3. Purpora, C., Blegen, M. A. et Stotts, N. A. (2012). Horizontal violence among hospital staff nurses related to oppressed self or oppressed group. <i>Journal of Professional Nursing</i>, 28(5), 306-314.</p> <p>Pays : États-Unis, Californie</p> <p>-Milieu à l'étude : n'est pas précisé</p> <p>-Échantillon : 175 infirmières</p>	<p>- Mesurer les actions négatives venant des collègues et décrire la relation entre les croyances des infirmières au sujet du sentiment d'oppression et son lien avec la VH.</p>	<p>- Quantitative, corrélative</p>	<p>- 21 % des participantes ont été victimes de VH au cours des six derniers mois précédant l'étude.</p> <p>-La VH se manifeste par : le fait de réaliser des tâches inférieures au niveau de compétence infirmière (12,6 %), le fait d'accomplir des tâches dans des délais absurdes (11,4 %), et le fait de négliger les opinions des infirmières (9.9 %).</p> <p>- Il existe une relation positive significative entre les sentiments</p>	<p>-La prévalence, les manifestations et les sources de la VH.</p>	<p>-Absent</p>	<p>-Un devis quantitatif descriptif a été utilisé, mais aucune justification de la pertinence de cette approche n'a été fournie.</p> <p>- La petite taille d'échantillon peut affecter la validité des conclusions statistiques de cette étude (Loiselle et al., 2007).</p>

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
			d'oppression individuelle et de groupe et la VH ($r = .434, p < .05$). En effet, cela signifie que les infirmières qui se perçoivent comme opprimées sont le plus souvent des victimes de VH.			
<p>4. Difazio, R. L., Vessey, J. A., Buchko, O. A., Chetverikov, Sarkisova, V. A. et Serebrennikova, N. V. (2019). The incidence and outcomes of nurse bullying in the Russian Federation. <i>International nursing review</i>, 66(1), 94-103. https://doi.org/10.1111/inr.12479</p> <p>Pays : Russie</p> <p>-Milieu à l'étude : les unités médico-chirurgicales, les cliniques externes, les unités de soins intensifs et l'administration/enseignement des soins infirmiers.</p> <p>-Échantillon : 438 infirmières.</p>	-Décrire l'intimidation vécue par les infirmières œuvrant dans différents milieux de soins en Russie et examiner les stratégies prises pour lutter contre l'intimidation dans le milieu de travail.	- Quantitatif, descriptif	<p>-63 % des participantes ont été des victimes d'intimidation au travail.</p> <p>-L'intimidation se manifeste le plus souvent par l'humiliation devant les autres collègues (47,8 %) et les critiques exagérées (41,6 %).</p> <p>- La majorité des participants de cette étude ont mentionné une augmentation de l'anxiété (48,8 %), de l'irritabilité (37,3 %), un changement dans les habitudes de sommeil (29,8 %) et des céphalées (29,4 %). De plus, 10,3 % des infirmières à l'étude ont vécu une dépression et elles ont présenté des symptômes gastro-intestinaux</p> <p>- Plusieurs établissements de santé ont mis en place des ressources pour aider les victimes de l'intimidation telles que : des comités syndicaux, des conseils infirmiers et des comités d'éthique. Les résultats de cette étude ont montré que plus que la moitié des infirmières ont été insatisfaites de la réponse des administrateurs à la suite de leurs déclarations. De plus, certaines d'entre elles (9 %) ont déclaré qu'il n'existe pas d'outil</p>	<p>-La prévalence, les manifestations et les conséquences de la violence entre collègues sur les victimes</p> <p>-Les interventions de lutte contre la violence entre collègues.</p> <p>-Le silence des infirmières.</p>	<p>-Les infirmières doivent être capables à reconnaître les comportements négatifs.</p> <p>- Le leadership transformationnel, le soutien par les pairs, les programmes éducatifs et le mentorat contribuent à une culture de travail juste.</p> <p>-Surveiller les ratios infirmière patient pour prévenir les comportements négatifs</p> <p>-La mise en place d'une définition universelle de la violence entre les collègues est considérée comme étant une base pour la recherche</p>	<p>-Un devis quantitatif descriptif a été utilisé, mais aucune justification de la pertinence de cette approche n'a été fournie.</p> <p>-La méthode d'échantillonnage n'est pas mentionnée ce qui peut remettre en question la validité externe de l'étude (Loiselle et al., 2007).</p> <p>- Les critères utilisés afin de bâtir l'échantillon ne sont pas précisés.</p>

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
			répertoriés pour déclarer les comportements négatifs qu'elles vivent dans leur établissement de santé. En effet, d'autres infirmières (38,3 %) ont préféré de garder le silence à la suite des incidents d'intimidation, car elles n'ont pas confiance dans les procédures de déclarations des plaintes.		et l'élaboration de politiques.	
<p>5. Pinsonnault, E. (2018). <i>Étude phénoménologique sur l'expérience de la violence de la VH chez les nouvelles infirmières diplômées</i> [Mémoire de maîtrise, Université du Québec en Outaouais]. http://di.uqo.ca/979/1/Pinsonnault_Eve_2018_m%C3%A9moire.pdf Pays : Canada</p> <p>-Milieu à l'étude (unité(s)) : n'est pas précisé en détail : un milieu de recherche universitaire en sciences infirmières. -Échantillon : 11 nouvelles infirmières diplômées</p>	Décrire et comprendre le sens de l'expérience de la VH à partir du vécu des nouvelles infirmières diplômées.	- Qualitatif phénoménologique herméneutique.	<p>Des participantes interviewées ont indiqué des difficultés dans l'explication de la VH lorsqu'elles ont été questionnées sur sa définition.</p> <p>-La présence d'une relation de pouvoir entre les infirmières d'expérience et les nouvelles infirmières.</p> <p>- La VH est considérée comme étant une norme et une culture du milieu de travail</p> <p>-Il existe différents types de VH, soient : 1) la violence directe, 2) la violence indirecte et 3) la violence invisible(ressentie seulement par la victime).</p> <p>-Plusieurs acteurs de la VH : les infirmières d'expérience (mentor, agresseur , 2) les nouvelles infirmières diplômées (résilientes ou victimes), 3) les infirmières observatrices (passif, réactif ou proactif) et 4) les infirmières leaders (résonance ou dissonance)</p>	<p>- Méconnaissance des infirmières par rapport à la VH (phénomène complexe)</p> <p>-Les sources de la VH.</p> <p>-Les conséquences de la VH.</p> <p>-La violence est une culture du milieu de travail.</p>	<p>-Développement de compétences des infirmières à partir des programmes des formations.</p> <p>-Fournir des programmes de soutien psychologique pour les victimes de VH.</p> <p>- Fournir aux infirmières un programme de mentorat pour les aider à développer leurs compétences émotionnelles et sociales.</p> <p>-Sensibiliser les infirmières quant aux signes de stress post-traumatique.</p>	<p>-L'échantillon : 100 % de femmes : selon Loïselle et al. (2007) dans le cadre d'une étude phénoménologique, les chercheurs doivent s'intéresser à analyser la diversité des expériences. Peut-être, il est pertinent d'inclure aussi des hommes afin de voir s'il y a une différence de perceptions selon le genre.</p> <p>- La chercheuse a été victime de VH ce qui peut influencer l'analyse des données et la véracité de ces données (crédibilité.)</p>

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
			-Plusieurs conséquences graves constatées auprès des infirmières victimes de VH : stress élevé, épuisement professionnel, stress post-traumatique -Les stratégies pour résoudre la VH consistent à : développer ses compétences et ses connaissances et 2) changer la culture de la VH.		- Fournir des formations sur la méditation.	
6. Taylor, R. (2016). Perceptions of Horizontal Violence1-9. <i>Global Qualitative Nursing Research</i> , 3, 1-9. https://doi.org/https://doi.org/10.1177/2333393616641002 -Pays : États-Unis. - Milieu à l'étude (unité) : n'est pas précisé. -Échantillon : 120 personnels hospitaliers dont la majorité était des infirmières (n= 84), œuvrant dans deux unités hospitalières de 28 lits.	- Développer une compréhension plus approfondie de la VH auprès des infirmières et décrire leurs expériences et les facteurs environnementaux qui peuvent perpétuer ce problème.	- Qualitatif descriptif exploratoire.	- 5 principaux thèmes ont été ressortis à la suite d'une analyse thématique des données : les comportements de VH sont minimisés et non reconnus »/« La peur inhibe tous les rapports »/« L'évitement et l'isolement sont des stratégies d'adaptation »/« Le manque de respect et de soutien »/« Le chaos organisationnel ».	-Méconnaissance des infirmières par rapport à la VH (phénomène complexe). -La culture de silence et de peur.	- Les futures interventions doivent prendre en compte les facteurs qui perpétuent la VH dans le milieu de travail.	-Un devis exploratoire descriptif a été utilisé, mais aucune justification de la pertinence de cette approche n'a été fournie. -Le choix de l'analyse thématique des données n'est pas justifié. - Méthode d'échantillonnage n'est pas mentionnée. - L'absence des informations sur la saturation des données.
7. Dumont, C., Meisinger, S., Whitacre, M. J. et Corbin, G. (2012). Nursing2012 Horizontal violence survey report. <i>Nursing 2019</i> , 42(1), 44-49. https://doi.org/DOI:10.1097/01.NURSE.0000408487.95400.92 Pays : États-Unis.	- Déterminer la prévalence à laquelle les infirmières subissent ou observent des comportements de VH.	-Mixte.	- 82 % soit 778 des participants ont déclaré avoir été des victimes ou des témoins de la VH de façon quotidienne ou hebdomadaire. - Un total de 325 participants (34 %) a mentionné plusieurs types de comportements liés à la VH ont été produits toutes les semaines ou tous les jours.	-La prévalence de la VH -les manifestations de la VH -Les acteurs de la VH - La structure sociale de pouvoir des hôpitaux.	-Les infirmières doivent avoir les compétences nécessaires pour gérer ce problème.	- Un devis mixte a été utilisé, mais aucune justification de la pertinence de cette approche n'a été fournie -La méthode d'échantillonnage et la sélection des participants ne sont pas mentionnées, ce qui peut remettre

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
<p>Milieu à l'étude (unité) : n'est pas précisé.</p> <p>Échantillon : 955 infirmières américaines œuvrant dans différents milieux de soins</p>			<p>- Les comportements associés à la VH sont : le fait de donner de la rétroaction négative ou de partager des remarques blessantes envers les autres collègues, le fait de se plaindre d'un collègue avec d'autres personnes sans discuter avec lui directement, le fait de rouler les yeux, hausser les sourcils et finalement le fait de négliger le besoin d'aide d'un collègue qui a une lourde charge de travail.</p> <p>- les acteurs de la VH peuvent s'agir d'autres infirmières, des superviseurs, du personnel d'assistance non autorisé, des médecins et d'autres employés.</p> <p>-Les principaux thèmes de l'analyse qualitative des données sont : le stress et la complexité des soins dans le milieu de travail infirmier (conditions de travail), les gestionnaires favorisent un environnement d'intimidation (utilisation de pouvoir, culture de silence et d'acceptation) et la peur des représailles.</p>	-Culture de silence et de peur.		<p>potentiellement en question la validité externe de l'étude (Loiselle et al., 2007).</p> <p>- Les critères utilisés afin de bâtir l'échantillon ne sont pas précisés.</p> <p>-Le type d'analyse des données qualitatives n'est pas mentionné.</p> <p>- Le processus de recueil des données qualitatives n'est pas clair.</p> <p>- L'absence des informations sur la saturation des données.</p>
<p>-8 Walrafen, N., Brewer, M. K. et Mulvenon, C. J. (2012). Sadly caught up in the moment: An exploration of horizontal violence. <i>Nursing Economics</i>, 30(1), 7-12.</p> <p>Pays : États-Unis.</p>	-Décrire l'expérience des infirmières quant à la VH et comprendre la complexité de ce phénomène.	- Mixte.	-58,3 % soit 222 des participantes ont mentionné avoir été victimes d'actions négatives telles que l'affrontement verbal. Une proportion plus importante, soit 66,7 % des répondants ont été des témoins de ce comportement négatif vers d'autres collègues.	-La prévalence de la VH -Manque de soutien et une culture de silence par rapport à la VH	- Les infirmières éducatrices doivent fournir des programmes éducatifs qui encouragent le dialogue sur la VH. Cela est dans	- Un devis mixte a été utilisé, mais aucune justification de la pertinence de cette approche n'a été fournie. - La méthode d'échantillonnage et la sélection des participants

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
<p>-Milieu à l'étude (unité) : n'est pas précisé.</p> <p>-Échantillon : 227 infirmières américaines travaillant dans un centre hospitalier comprenant plusieurs installations.</p>			<p>Les thèmes de l'analyse qualitative sont :</p> <p>-Malheureusement impliqué dans le moment de violence : *Les infirmières tentent de trouver des excuses pour leurs comportements négatifs en décrivant les conditions qui les ont amenées d'agir d'une manière négative.</p> <p>- Les comportements négatifs en public et les comportements négatifs passifs : * la majorité des comportements négatifs qui se déroulent en public sont de nature verbale.</p> <p>*Les comportements négatifs passifs se manifestent généralement par le manque de communication, ignorer les demandes d'aide des autres collègues.</p> <p>*les infirmières ont déclaré un manque de soutien de la part des superviseurs et les collègues.</p> <p>-Un engagement vers des changements positifs dans le milieu de travail : les infirmières victimes de violences estiment des changements positifs dans le milieu de travail et proposent des programmes d'éducation continue basés sur la sensibilisation culturelle et proposent aussi l'implication des gestionnaires dans la résolution du problème.</p>		<p>le but d'augmenter la sensibilisation des étudiants en sciences infirmières.</p> <p>-Fournir un programme éducatif de 30 min, ce programme présente les principaux comportements négatifs rencontrés par les infirmières et propose des actions quant à ces comportements.</p> <p>De plus, cette intervention comprend une liste des différentes ressources à consulter en cas de besoin au sein de l'organisation de soins.</p>	<p>ne sont pas mentionnées, ce qui peut remettre potentiellement en question la validité externe de l'étude (Loiselle et al., 2007).</p> <p>- Les critères utilisés afin de bâtir l'échantillon ne sont pas précisés.</p> <p>- Les auteurs n'ont pas discuté la validité de l'instrument de mesure utilisé dans cette étude.</p> <p>- L'absence des informations sur la saturation des données.</p>

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
<p>9. Bloom, E. M. (2019). Horizontal violence among nurses: Experiences, responses, and job performance. <i>Nursing Forum</i>, 54(1), 77-83. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nuf.12300 Pays : États-Unis.</p> <p>-Milieu à l'étude (unité) : services d'oncologie, de psychiatrie, de gériatrie et de médecine/chirurgie -Échantillon : 76 infirmières exerçant dans hôpitaux municipaux du nord-est des États-Unis</p>	-Comprendre les caractéristiques de la VH et décrire les réponses des infirmières face à ce phénomène.	Mixte.	<ul style="list-style-type: none"> - La plupart des infirmières ont été des victimes (67,9%) et témoins (53, 72%) de la VH. - 58,6 % des infirmières ont gardé le silence à la suite d'incidents de VH. -85,5% des participantes ont mentionné que la VH a été perpétrée soit par un pair ou une collègue infirmière. -Selon les données qualitatives : Selon les infirmières le stress au travail est un facteur déclencheur principale de la VH. -La différence générationnelle entre les infirmières peut déclencher la VH. -Les infirmières ont gardé le silence après des incidents de VH. -Les participantes ont déclaré un manque de soutien de la part des gestionnaires. -Les infirmières ont déclaré qu'une bonne communication pourrait résoudre la violence au travail. 	<ul style="list-style-type: none"> -La prévalence de la VH -Les sources de la VH -Le silence des infirmières et le manque de soutien. 	<ul style="list-style-type: none"> -La sensibilisation des infirmières peut les aider à reconnaître les comportements négatifs. -Le soutien des collègues peut diminuer la VH dans le milieu de travail. -Fournir les ressources nécessaires pour que les infirmières puissent gérer adéquatement le stress et l'anxiété au travail -Fournir aux infirmières les ressources responsables au développement de leurs compétences. 	<ul style="list-style-type: none"> - Un devis mixte a été utilisé, mais aucune justification de la pertinence de cette approche n'a été fournie. - L'auteur n'a pas discuté la validité de l'instrument de mesure utilisés dans cette étude ainsi qu'il a modifié cet outil au cours d'étude. - Les critères utilisés afin de bâtir l'échantillon ne sont pas précisés. - La méthode de l'analyse des données qualitatives n'est pas claires. - L'absence des informations sur la saturation des données.
<p>10. Villafranca, A., Magid, K., Young, A., Fast, I. et Jacobsohn, E. (2019). Abusive behaviour in Canadian and US operating rooms. <i>Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie</i>, 66(7), 795-802. https://doi.org/10.1007/s12630-019-01334-7</p>	- Mesurer la prévalence ainsi que la fréquence des comportements abusifs dans le bloc opératoire au Canada et aux États-Unis.	- Quantitatif.	<ul style="list-style-type: none"> - Un nombre de 667 cliniciens a été des victimes des comportements négatifs et 1 121 cliniciens ont été des observateurs de l'intimidation de leurs collègues dans le milieu de soins au cours de l'année qui précède cette étude. - Le nombre total des actes négatifs enregistrés par six associations périopératoires et par deux 	<ul style="list-style-type: none"> -La prévalence de la violence entre collègues au bloc opératoire. -Les manifestations de la violence entre collègues. 	<ul style="list-style-type: none"> -Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour réduire la violence entre collègues au bloc opératoire. 	<ul style="list-style-type: none"> - Un devis quantitatif a été utilisé, mais aucune justification de la pertinence de cette approche n'a été fournie. - L'auteur n'a pas discuté la validité de l'instrument de mesure utilisé dans cette étude.

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
<p>Pays : Canada- États-Unis.</p> <p>-Milieu à l'étude (unité) : Bloc opératoire</p> <p>-Échantillon : 2 875 cliniciens dont 480 infirmières.</p>			<p>établissements de santé en Amérique du Nord est de 14 237 signalements.</p> <p>- Les comportements abusifs observés au bloc opératoire sont : l'intrusion dans l'espace personnel pour intimider les autres, une agression physique et finalement un abus verbal.</p>			- Les critères utilisés afin de bâtir l'échantillon ne sont pas précisés.
<p>11. Yang, Y. M. et Zhou, L. J. (2020). Workplace bullying among operating room nurses in China: A cross-sectional survey. <i>Perspectives in psychiatric care</i>, 1-5. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/ppc.12519</p> <p>-Pays : Chine (Harbin)</p> <p>-Milieu à l'étude (unité) : Bloc opératoire</p> <p>-Échantillon : 411 infirmières de six centres médicaux Harbin.</p>	- Mesurer les actes négatifs auprès les infirmières de salle d'opération et identifier les facteurs déclencheurs.	- Quantitatif, descriptif.	<p>-15,8 % soit 65 des participants à cette étude ont été des victimes d'intimidation dans le milieu de soins pendant les 6 derniers mois de l'étude.</p> <p>- Le sexe (F+++ H__ et l'état matrimonial (F mariées+++ F célibataires__ (Tous $P < 0,001$) étaient des déterminants significatifs de la violence au travail.</p>	-La prévalence de la violence entre collègues.	<p>- Les gestionnaires doivent s'impliquer activement au cursus de formation chez les infirmières afin de favoriser une compréhension de la violence entre collègues.</p> <p>- Les gestionnaires doivent fournir aux infirmières les ressources nécessaires pour diminuer les conséquences physiques et psychologiques causées par les actes négatives (des services de conseil psychologique).</p> <p>-Réaliser des enquêtes régulières</p>	<p>- Un devis quantitatif a été utilisé, mais aucune justification de la pertinence de cette approche n'a été fournie.</p> <p>- La méthode d'échantillonnage n'est pas mentionnée, ce qui peut remettre potentiellement en question la validité externe de l'étude (Loiselle et al., 2007).</p>

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
					sur le stress auprès des infirmières au sein du bloc opératoire pour diminuer leurs inconforts à la suite d'incidents de comportements négatifs. -Des exercices de renforcement de la résilience psychologique des infirmières vont aider à prévenir les comportements négatifs et le roulement des ressources humaines du bloc opératoire.	
12. Bambi, S., Becattini, G., Giusti, G. D., Mezzetti, A., Guazzini, A. et Lumini, E. (2014). Lateral hostilities among nurses employed in intensive care units, emergency departments, operating rooms, and emergency medical services: a national survey in Italy. <i>Dimensions of critical care nursing</i> , 33(6), 347-354. https://doi.org/0.1097/DCC.0000000000000077 -Pays : Italie	-Explorer la prévalence de la violence latérale et ses effets la qualité de vie des infirmières italiennes œuvrant dans les unités de soins intensifs, les services d'urgence, les salles d'opération et les services	- Quantitatif descriptif	-79,1 % de l'ensemble des participantes ont vécu des situations de violence latérale pendant les douze derniers mois précédant l'étude. - 85,7 % des participantes travaillant dans le bloc opératoire étaient les plus affectés par des troubles et des symptômes (p.exp. dépression, anxiété, faible estime de soi) liés à la violence latérale. - Les participantes qui ont déclaré des troubles à la suite des incidents de violence latérale sont plus susceptibles de solliciter un	-La prévalence de la violence latérale -Les manifestations de la violence latérale -Les conséquences de la violence latérale	-Absent	- Un devis quantitatif descriptif a été utilisé, mais aucune justification de la pertinence de cette approche n'a été fournie. - La méthode d'échantillonnage et la sélection des participants ne sont pas mentionnées, ce qui peut remettre potentiellement en question la validité externe de l'étude (Loiselle et al., 2007).

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
<p>-Milieu à l'étude (unité (s)) : les unités de soins intensifs, les services d'urgence, les salles d'opération et les services médicaux d'urgence.</p> <p>-Échantillon : 1 202 infirmières</p>	médicaux d'urgence.		<p>changement d'unité par rapport aux autres infirmières qui n'ont pas présenté des troubles.</p> <p>-La violence latérale se manifestait chez les participantes par : le dévoilement des informations personnelles et confidentielles des autres, le partage des informations incorrectes, le refus des demandes d'aide des collègues, la négligence et l'isolement venant des collègues, la ségrégation professionnelle ou sociale, l'exclusion de certaines activités ou discussions, le sabotage, les menaces, les gestes et le langage qui sous-tendent une supériorité, le dérangement et l'embarras exprès de quelqu'un, le jugement injuste ou bien de manière blessante sur la qualité de travail et le fait de donner des mauvais commentaires devant les autres collègues.</p>			- Les critères utilisés afin de bâtir l'échantillon ne sont pas précisés.
<p>13. Stecker, M., Epstein, N. et Stecker, M. M. (2013). Analysis of inter-provider conflicts among healthcare providers. <i>Surgical neurology international</i>, 4(5), S375- S382. https://doi.org/10.4103/2152-7806.120781</p> <p>- Pays : États-Unis</p> <p>-Milieu à l'étude (unité</p>	- Évaluer les types de conflits entre les personnels de santé, déterminer l'ampleur et la fréquence des comportements perturbateurs et évaluer les conséquences de ces conflits.	- quantitatif descriptif.	<p>- 74 % des participants ont été des témoins de comportements perturbateurs, tandis que 53 % ont des victimes de ces comportements.</p> <p>- Les cris, le refus de se collaborer avec les autres collègues, le sabotage, le fait de donner de mauvais commentaires, le harcèlement sur les réseaux sociaux, le fait de raccrocher le téléphone et le fait d'ignorer les informations fournies par les infirmières figurent parmi les actes</p>	-La prévalence de la violence entre collègues -les manifestations de la violence entre les collègues	-La création des comités ou des groupes pour traiter les plaintes des comportements négatifs déclarés.	<p>- Un devis quantitatif descriptif a été utilisé, mais aucune justification de la pertinence de cette approche n'a été fournie.</p> <p>- Les critères utilisés afin de bâtir l'échantillon ne sont pas précisés.</p> <p>- Les auteurs n'ont pas discuté la validité de l'instrument de mesure utilisé dans cette étude.</p>

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
<p>(s) : bloc opératoire, unité de soins intensifs, urgences, cabinets privés, écoles.</p> <p>- Échantillon : 617 personnels de santé dont la majorité des participants était des infirmières (88 % de n= 617).</p>			<p>négatifs rapportés par les participants dans le milieu de travail.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 32,6 % des participants ont déclaré que les comportements perturbateurs sont causés par le stress. -13 % des participants ont déclaré que les comportements perturbateurs sont causés par l'acuité du patient. - 77 % des participants connaissent les politiques de l'organisation pour lutter contre comportements perturbateurs, cependant ces politiques ont un faible effet si la personne a été une victime de ces comportements ($\chi^2 = 7,35, df = 2, P = 0,026$). - 45,6 % des personnes interrogées ont confirmé que les comportements perturbateurs affectent la qualité de soins des patients. - 47 % ont constaté que les politiques et les procédures organisationnelles relatives aux comportements perturbateurs réduisent l'incidence de ces comportements. 			
<p>14. Bardakçi, E. et Günüşen, N. P. (2016). Influence of workplace bullying on Turkish nurses' psychological distress and nurses' reactions to bullying. <i>Journal of Transcultural Nursing</i>, 27(2), 166-</p>	-Déterminer l'effet de l'intimidation sur la santé psychologique des infirmières.	- Quantitatif descriptif.	<ul style="list-style-type: none"> - 21,8 % des participants ont été victimes d'intimidation. -Les acteurs des comportements d'intimidation ont été principalement des infirmières-chefs (33,5 %), des médecins 	-La prévalence de l'intimidation. -Les sources de l'intimidation -Silence et acceptation	-Créer une ambiance de travail positive pour que les infirmières puissent	- Un devis quantitatif a été utilisé, mais aucune justification de la pertinence de cette approche n'a été fournie.

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
<p>171. https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1043659614549073</p> <p>- Pays : Turquie</p> <p>-Milieu à l'étude (unité (s)) : n'est pas précisé</p> <p>- Échantillon : 284 infirmières d'un hôpital universitaire d'Izmir, en Turquie.</p>			<p>(26,8 %) et des collègues infirmières (17,7 %).</p> <p>- 42,3 % des infirmières victimes des comportements d'intimidation ont gardé le silence à la suite de ces comportements.</p> <p>- Le niveau de détresse psychologique des infirmières victimes d'intimidation était significativement plus élevé que celui des infirmières qui n'ont pas subi de l'intimidation ($p < 0,05$).</p>		<p>s'exprimer aisément.</p> <p>-Former des groupes de soutien pour aider les infirmières victimes d'intimidation.</p>	<p>- La méthode d'échantillonnage et la sélection des participants ne sont pas mentionnées, ce qui peut remettre potentiellement en question la validité externe de l'étude (Loiselle et al., 2007).</p> <p>- Les critères utilisés afin de bâtir l'échantillon ne sont pas précisés.</p>
<p>15. Rooddehghan, Z., Yekta, Z. P. et Nasrabadi, A. (2015). Nurses, the oppressed oppressors: A qualitative study. <i>Global Journal of Health Science</i>, 7(5), 239–245. https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n5p239</p> <p>- Pays : Iran</p> <p>-Milieu à l'étude (unité (s)) : n'est pas précisé</p> <p>- Échantillon : 18 infirmiers (15 femmes et trois hommes)</p>	<p>- Décrire les expériences de 18 infirmières cliniciennes et infirmières gestionnaires en matière d'équité de soins de santé.</p>	<p>- Qualitatif.</p>	<p>Les principaux thèmes ressortis de l'analyse thématique sont :</p> <p>- La soumission et l'oppression chez les infirmières : -- « L'infirmière opprimée : (sous thèmes) : *Insatisfaction professionnelle des infirmières (charge de travail, heures de travail...).</p> <p>*Discrimination entre les infirmières : une répartition inégale des quarts de travail, favoritisme dans l'affectation des infirmières aux différents services.</p> <p>*Avantager les médecins par rapport aux infirmières : le revenu des médecins et des infirmières.</p> <p>-- L'infirmière oppressive : (sous thèmes)*Prestation de soins axée sur les habitudes</p>	<p>- La structure hiérarchique oppressive des hôpitaux.</p>	<p>-Absent</p>	<p>-Un devis qualitatif a été utilisé : mais aucune justification de la pertinence de cette approche n'a été fournie.</p> <p>- Milieu de l'étude n'est pas précisé.</p>

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
			*Délégation inappropriée des services de soins *Rationnement des soins tout en négligeant les besoins des patients ».			
16. Higgins, B. L. et MacIntosh, J. (2010). Operating room nurses' perceptions of the effects of physician-perpetrated abuse. <i>International Nursing Review</i> 57(3), 321-327. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00767.x - Pays : Canada - Milieu à l'étude (unité (s)) : Bloc opératoire - Échantillon : 10 infirmières	- Comprendre la perception des infirmières quant à violence perpétrée par des médecins et les effets de cette violence sur leur santé et leur capacité de fournir des soins aux patients.	- Qualitatif descriptif.	- Les principaux thèmes ressortis de l'analyse sont : * La culture du bloc opératoire : le bloc opératoire est un environnement isolé, multidisciplinarité, une hiérarchie perçue entre les deux professions. * Catalyseurs d'abus : l'expérience de l'infirmière, défis liés aux ressources (manque) et aux relations interpersonnelles entre les médecins et les infirmières (manque de respect). - La violence perpétrée par des médecins au bloc opératoire a influencé négativement la santé psychologique et physique des infirmières. - Elles se sentent peu respectées, dévalorisées et manquent de confiance en elles-mêmes. De plus, elles ont développé des sentiments négatifs d'insécurité et de culpabilité à cause de ce type de comportement. - Cette étude a montré que les comportements négatifs perpétrés par les médecins ont influencé la qualité et la sécurité des soins fournis auprès des patients.	-La culture du bloc opératoire. -Les conséquences de la violence entre les collègues.	- Un soutien (mentorat cohérent, une communication respectueuse et des programmes d'orientation inclusifs) de la part de l'organisation de soins pour les infirmières débutantes. -La prise de conscience de la part des infirmières est une étape importante qui va les aider à identifier et gérer les effets négatifs des abus. -Réduire le stress au travail. - La mise en place d'une formation interdisciplinaire pour améliorer la communication et le respect des autres professionnels.	-Les auteurs ont été intéressés seulement par la violence perpétrée par des médecins au bloc opératoire négligeant les autres collègues de travail.

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
<p>17. Laflamme, K. (2018). <i>Culture du bloc opératoire, rétention infirmière et intention de quitter : une ethnographie focalisée</i> [Mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/21394 - Pays : Canada</p> <p>-Milieu à l'étude (unité (s)) : Bloc opératoire</p> <p>- Échantillon : 11. Infirmières</p>	<p>- Comprendre la culture du bloc opératoire en lien avec la rétention infirmière et l'intention de quitter le milieu de travail.</p>	<p>- Qualitatif, ethnographie focalisée.</p>	<p>- Le bloc opératoire a été décrit comme étant un espace fermé dans lequel les interactions de l'infirmière avec ses collègues peuvent devenir plus intenses en cas de stress ou des situations d'urgences. -L'intention de plusieurs infirmières de quitter leur environnement de soins à cause des comportements perturbateurs.</p>	<p>-Caractéristique du bloc opératoire. -Les conséquences des comportements perturbateurs.</p>	<p>- Sensibiliser davantage l'équipe soignante du bloc opératoire quant aux comportements perturbateurs et leurs effets sur la rétention des nouvelles infirmières. -Préparer les infirmières débutantes à gérer des situations de stress. -Fournir le soutien nécessaire en cas d'incidents des comportements perturbateurs. -Consolider les politiques autour de la tolérance zéro pour lutter contre la violence entre collègues.</p>	<p>- L'absence des informations sur la saturation des données après la collecte des données.</p>
<p>18. Villafranca, A., MA, C. H. et Jacobsohn, E. (2017b). Physical and psychological abuse in Canadian operating rooms. <i>Canadian Journal of Anaesthesia/ Journal canadien d'anesthésie</i>, 64(2), 236-237. https://doi.org/doi:10.1007/s12630-016-0777-9 - Pays : Canada</p>	<p>-Examiner les comportements perturbateurs au bloc opératoire.</p>	<p>- Quantitatif.</p>	<p>- Plusieurs comportements abusifs ont été remarqués par des centaines de cliniciens œuvrant au bloc opératoire, par exemple, ces comportements se manifestent par des agressions physiques (n=130), l'intrusion dans les espaces personnels dans le but d'intimider</p>	<p>- Les manifestations de la violence entre collègues au bloc opératoire.</p>	<p>-Développer les connaissances des cliniciens par rapport à la résolution des conflits et la communication -La mise en place des politiques sur</p>	<p>- Un devis quantitatif a été utilisé, mais aucune justification de la pertinence de cette approche n'a été fournie. - La méthode d'échantillonnage n'est pas mentionnée, ce qui peut remettre</p>

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
<p>-Milieu à l'étude (unité (s)) : Bloc opératoire</p> <p>- Échantillon : 1 540 cliniciens</p>			(n= 480) ou des menaces verbales (n= 450).		le respect dans le milieu de travail.	potentiellement en question la valide externe de l'étude (Loiselle et al., 2007). - Les critères utilisés afin de bâtir l'échantillon ne sont pas précisés. - Les auteurs n'ont pas discuté la validité de l'instrument de mesure utilisé dans cette étude.
<p>19. Maddineshat, M., Rosenstein, A. H., Akaberi, A. et Tabatabaeichehr, M. (2016). Disruptive behaviors in an emergency department: the perspective of physicians and nurses. <i>Journal of caring sciences</i>, 5(3). https://doi.org/10.15171/jcs.2016.026</p> <p>- Pays : Iran.</p> <p>-Milieu à l'étude (unité (s)) : service d'urgence.</p> <p>- Échantillon : 45 médecins et 110 infirmières.</p>	- Évaluer les comportements perturbateurs des médecins et des infirmières œuvrant dans les services d'urgence de cinq hôpitaux en Iran.	- Quantitatif.	<p>- Les résultats ont montré que les médecins ont donné plus d'importance aux relations infirmière-médecin dans les services urgences par rapport à la perception des infirmières (90 % VS 70 %).</p> <p>- 81 % des médecins ont été des témoins de comportements perturbateurs</p> <p>- 52 % des infirmières ont été des témoins de comportements perturbateurs.</p> <p>-Les conséquences des comportements perturbateurs sont : le stress (97 %), l'insatisfaction au travail, ce qui peut mettre en danger la sécurité des patients (53 %), la qualité des soins (72 %) et des erreurs dans la pratique (70 %).</p> <p>-Plus que la moitié des cas ont déclaré l'absence des politiques pour surveiller les comportements</p>	-les conséquences de la violence entre collègues. - Le silence à la suite des comportements perturbateurs.	-Absent.	<p>- Un devis quantitatif a été utilisé, mais aucune justification de la pertinence de cette approche n'a été fournie.</p> <p>- Les critères utilisés afin de bâtir l'échantillon ne sont pas précisés.</p>

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
			<p>perturbateurs dans les services d'urgence.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 70 % des participants veulent déclarer les comportements perturbateurs, tandis que 30 % des participants ne veulent pas déclarer pour certaines raisons (la peur, le manque de sécurité). 			
<p>20. Maddineshat, M., Hashemi, M. et Tabatabaeichehr, M. (2017). Evaluation of the disruptive behaviors among treatment teams and its reflection on the therapy process of patients in the operating room: The impact of personal conflicts. <i>Journal of Education and Health Promotion</i>, 6(69). 10.4103/jehp.jehp_47_16</p> <p>- Pays : Iran.</p> <p>-Milieu à l'étude (unité (s)) : bloc opératoire.</p> <p>- Échantillon : 144 médecins et infirmières.</p>	<p>- Déterminer les effets des comportements perturbateurs des cliniciens du bloc opératoire sur la qualité des soins fournis auprès des patients.</p>	<p>- Quantitatif.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 39 % des médecins et des 21 % des infirmières ont signalé des comportements perturbateurs au bloc opératoire. - 89,6 % des participants ont déclaré que les comportements perturbateurs se produisent fréquemment dans les salles d'opération et un pourcentage de 5,6 % des répondants ont indiqué les salles de réveil. - Les participants ont vécu des comportements perturbateurs avec des fréquences variées : hebdomadaire (41,7 %), mensuel (25 %) et annuel (9,7 %). - Selon des participants (27 %), les comportements perturbateurs mettent en danger la sécurité des patients - Selon 36,8 % des participants estiment que les comportements perturbateurs affectent la qualité des soins. -La peur des représailles (8 %), l'absence de changement des comportements (43,8 %), le manque de sécurité (18,1 %) et 	<p>-La prévalence et les conséquences de la violence entre collègues au bloc opératoire.</p> <p>- Le silence à la suite des comportements perturbateurs.</p>	<p>-Absent.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Un devis quantitatif a été utilisé, mais aucune justification de la pertinence de cette approche n'a été fournie. -Les auteurs ont été intéressés seulement par la violence perpétrée par des médecins ou des infirmières au bloc opératoire négligeant les autres collègues de travail.

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
			l'attitude des gestionnaires (14,6 %) sont tous des facteurs qui empêcheraient le personnel soignant travaillant dans le bloc opératoire de déclarer les actions négatives vécues.			
<p>21. Garth, K., Mailow, T., Armstrong, N., Todd, D. et Byers, D. (2019). Nurses' Perceptions of Incivility in the Operating Room. <i>Madridge J Nurs</i>, 4(1), 164-166. https://doi.org/10.18689/mjn-1000129</p> <p>-Pays : États-Unis.</p> <p>-Milieu à l'étude (unité (s)) : bloc opératoire.</p> <p>- Échantillon : 43 infirmières.</p>	-Examiner les perceptions des infirmières œuvrant au bloc opératoire quant à l'impact de l'incivilité au travail.	- Quantitatif f.	<p>- 85,71 % des participants ont été victimes d'intimidation dans le milieu de travail.</p> <p>- Lorsque ces infirmières ont porté des plaintes (58,54 %) à leurs superviseurs ou aux autres personnels administratifs, elles ont déclaré que leur demande n'a pas été prise au sérieux (34,79 %).</p> <p>- 28,09 % des participants ont développé une maladie liée au stress.</p> <p>-Le bavardage sur d'autres infirmières (83,79 %) est la forme la plus courante d'incivilité au bloc opératoire.</p>	-La prévalence De la violence entre collègues.	<p>-Les infirmières doivent reconnaître les comportements d'incivilité.</p> <p>- Les infirmières doivent modéliser des comportements professionnels appropriés dans le milieu de travail.</p> <p>-Les incidents d'incivilité doivent être déclarés.</p> <p>-Les administrateurs doivent prendre en considération les plaintes des victimes d'incivilité.</p> <p>-Favoriser une communication ouverte sur les comportements d'incivilité.</p> <p>-Les organisations de santé doivent mettre en place des</p>	<p>- Un devis quantitatif a été utilisé, mais aucune justification de la pertinence de cette approche n'a été fournie.</p> <p>- La méthode d'échantillonnage n'est pas mentionnée, ce qui peut remettre potentiellement en question la validité externe de l'étude (Loiselle et al., 2007).</p> <p>- Les critères utilisés afin de bâtir l'échantillon ne sont pas précisés.</p>

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
					politiques de « tolérance Zéro ».	
<p>22. Bambi, S., Guazzini, A., Piredda, M., Lucchini, A., De Marinis, M. G. et Rasero, L. (2019). Negative interactions among nurses: an explorative study on lateral violence and bullying in nursing work settings. <i>Journal of Nursing Management</i>, 27(4), 749-757. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jonm.12738 Pays : Italie.</p> <p>-Milieu à l'étude (unité (s)) : plusieurs unités y compris le bloc opératoire.</p> <p>- Échantillon : 930 infirmières.</p>	<p>- Déterminer la prévalence et les facteurs de risque de la violence latérale auprès des infirmières œuvrant dans trois établissements de santé publics en Toscane (Italie).</p>	<p>- Quantitatif.</p>	<p>-35,8 % des participants ont été victimes des interactions négatives au cours de l'année qui précède l'étude. - 66,9 % des répondants étaient témoins des interactions négatives. -32,4 % des répondants étaient à la fois victimes et auteurs des interactions négatives. -Selon cette étude, avoir une certification universitaire d'infirmière autorisée, être une infirmière du jour, être témoins des actes négatifs envers d'autres infirmières et être acteur des actes négatifs envers d'autres infirmières sont des facteurs de risque des interactions négatives. - Cette étude a montré qu'à la suite d'incidents de violence, un nombre d'infirmières peut présenter un niveau d'engagement réduit envers l'organisation (n=102), une baisse de l'estime de soi (n=72) et une dépression (n=37). Des participantes à l'étude (n=80) ont éprouvé une sensation que leur vie professionnelle a influencé négativement leur vie personnelle. De même, certaines infirmières (n=68) ont exprimé une peur et un manque d'intérêt à se présenter au travail.</p>	<p>-La prévalence et les conséquences de la violence entre collègues.</p>	<p>- La mise en place des programmes de formation continue pour sensibiliser les infirmières quant à ce problème. - Fournir des procédures de déclarations des interactions négatives entre les collègues en respectant leur anonymat. - Utiliser un leadership positif des infirmières-chefs pour créer un environnement de travail propice. -Les infirmières gestionnaires doivent surveiller l'ambiance générale du travail pour prévenir la violence entre les collègues.</p>	<p>- Un devis quantitatif a été utilisé, mais aucune justification de la pertinence de cette approche n'a été fournie. - La méthode d'échantillonnage n'est pas mentionnée, ce qui peut remettre potentiellement en question la validité externe de l'étude (Loiselle et al., 2007). - Les critères utilisés afin de bâtir l'échantillon ne sont pas précisés.</p>

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
			- Plusieurs infirmières (n= 65) qui ont été victimes de la violence latérale ont demandé un changement d'unité au cours des douze derniers mois et d'autres infirmières (n= 71) ont exprimé leur l'intention de quitter les soins infirmiers.			
23. Wilson, B., Diedrich, A., Phelps, C. et Choi, M. (2011). Bullies at work: The impact of horizontal hostility in the hospital setting and intent to leave. <i>JONA : The Journal of Nursing Administration</i> , 41(11), 453-458. https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182346e90 Pays : États-Unis -Milieu à l'étude (unité (s)) : télémétrie, de médecine/chirurgie, de mère/enfant, de pédiatrie, d'orthopédie et de soins intensifs, ainsi que le service des urgences, la salle d'opération. - Échantillon : 130 infirmières.	-Déterminer la prévalence de la VH et les effets de cette dernière sur les appels de maladie et la probabilité de quitter un poste actuel de travail.	- Quantitatif descriptif.	- 85 % des participants ont vécu (témoins, victimes) des situations de VH au cours de six derniers mois précédant l'étude. - 90 % des répondants ont de la difficulté de discuter le sujet avec l'agresseur. -À la suite d'incidents de VH 20 % des participants ont fait des appels de maladie auprès de leur milieu de travail. - À la suite d'incidents de VH 40 % des infirmières allaient démissionner ou songeaient à démissionner de leur poste actuel.	-La prévalence et les conséquences de la VH. -Silence des victimes.	-La mise en place des mesures éducatives pour les personnels de santé dans le but de réduire la prévalence de la VH et la gestion de ce problème.	- Un devis quantitatif a été utilisé, mais aucune justification de la pertinence de cette approche n'a été fournie. -La méthode d'échantillonnage n'est pas mentionnée, ce qui peut remettre potentiellement en question la valide externe de l'étude (Loiselle et al., 2007). - Les critères utilisés afin de bâtir l'échantillon ne sont pas précisés. -Une analyse des données par unité aurait été intéressante pour d'éventuelles comparaisons.
24. Wilson, B. L. et Phelps, C. (2013). Horizontal hostility: A threat to patient safety. <i>JONA's Healthcare Law, Ethics and Regulation</i> , 15(1), 51-57.	-Déterminer le niveau de la VH et l'influence de celle-ci sur la sécurité des patients auprès	- Quantitatif descriptif.	- 60 % des infirmières participantes à l'étude ont été témoins de VH. - Les incidents de violence ont été perpétrés par différents membres de l'équipe de soins tels que : une	-La prévalence et les sources de la violence entre collègues. -Silence des victimes.	-Absent	- Un devis quantitatif a été utilisé, mais aucune justification de la pertinence de cette approche n'a été fournie.

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
<p>https://doi.org/10.1097/NHL.0b013e3182861503 Pays : États-Unis.</p> <p>-Milieu à l'étude (unité (s)) : n'est pas précisé.</p> <p>- Échantillon : 130 infirmières</p>	des infirmières œuvrant dans un hôpital communautaire de soins de courte durée.		<p>infirmière de l'unité, une infirmière d'une autre unité, un employé (pas une infirmière) de l'unité, un employé (pas une infirmière) d'une autre unité, une infirmière responsable, un superviseur clinique, un directeur et un médecin.</p> <p>- La peur des représailles (36,9 %), l'absence de changement des comportements (73,8 %), le manque de temps (23,8 %) et l'attitude de l'agresseur en cas d'affrontement (26,2 %) sont tous des facteurs qui empêcheraient les infirmières d'affronter l'agresseur.</p> <p>- À la suite d'incidents de VH les infirmières ont déclaré qu'elles ont fait des activités de soins pouvant mettre en danger la vie du patient. Ces actes se manifestaient par : le fait de ne pas demander l'aide à une collègue lorsque celle-ci ne connaît pas le fonctionnement d'un appareil médical, ne pas solliciter l'aide d'une collègue afin d'assister celle-ci lors de la mobilisation d'un patient, effectuer un traitement sans nécessairement posséder les connaissances ou les compétences, et ne pas consulter une collègue lorsque celle-ci doit relever une ordonnance illisible.</p>	-Les conséquences de la violence entre collègues.		<p>- Les auteurs n'ont pas discuté la validité des outils de mesure utilisés dans cette étude.</p> <p>-L'étude a été effectuée dans diverses unités (ne sont pas précisées), cependant les auteurs n'ont pas fourni des données par rapport à ce point.</p>

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
<p>25. Purpora, C. M. (2010). <i>Horizontal Violence Among Hospital Staff Nurses and the Quality and Safety of patient Care</i> [thèse de doctorat ,Université de Californie]. https://search.proquest.com/dissertations/docview/762407936/fulltextPDF/1405964F42</p> <p>Pays : États-Unis.</p> <p>-Milieu à l'étude (unité (s)) : n'est pas précisé.</p> <p>- Échantillon : 175 infirmières.</p>	<p>- Décrire les perceptions qu'ont des infirmières américaines sur leurs relations avec leurs collègues ainsi que sur le rapport entre ces relations et la qualité des soins.</p>	<p>- Descriptif quantitatif.</p>	<p>- 21.4 % des participants ont déclaré des incidents de VH. -La VH se manifeste par la réalisation des tâches inférieures au niveau de compétence infirmière (12,7 %), le fait d'effectuer des tâches dans des délais absurdes (11,6 %) et le fait de négliger les opinions des infirmières (9.9 %). - Les infirmières qui ont vécu plus de sexisme intériorisé (croyances de groupe opprimées) ont déclaré plus de VH ($r=.463$, $p=.000$) et les infirmières qui se minimisent davantage (croyances de soi opprimées) ont signalé plus de VH ($r=.451$, $p=.000$). -Les résultats ont montré que les infirmières qui ont expérimenté la VH ont signalé une faible qualité des soins auprès de leurs patients ($r= -.459$; $p=.000$)</p>	<p>-La prévalence et les manifestations de la VH.</p>	<p>-Des programmes éducatifs sont nécessaires pour améliorer les relations entre les collègues en cas de conflits.</p>	<p>- Un devis quantitatif a été utilisé, mais aucune justification de la pertinence de cette approche n'a été fournie. -Un taux de réponse faible.</p>
<p>26. Logan, T. R. et Malone, M. (2018). Nurses' perceptions of teamwork and workplace bullying. <i>Journal of Nursing Management</i>, 26(4), 411-419. https://doi.org/10.1111/jonm.12554</p> <p>Pays : États-Unis.</p> <p>-Milieu à l'étude (unité (s)) : n'est pas précisé.</p> <p>- Échantillon : 128 infirmières.</p>	<p>-Explorer la relation entre les points de vue et les attitudes des infirmières à l'égard du travail d'équipe et de l'intimidation au travail.</p>	<p>- Quantitatif</p>	<p>- Les infirmières ont accordé une opinion favorable du travail d'équipe et de son importance pour fournir des soins de santé de qualité. - 31% participants ont été des victimes d'intimidation tandis que 53% ont été des témoins au cours des six mois précédant l'étude - Le fait de cacher les informations (45 %), le fait de donner des critiques injustifiées (48 %), le fait d'abuser verbalement un collègue</p>	<p>-La prévalence et les manifestations de la violence entre collègues.</p>	<p>-Mettre en place des politiques et des formations pertinentes pour diminuer l'intimidation au travail.</p>	<p>- Un devis quantitatif a été utilisé, mais aucune justification de la pertinence de cette approche n'a été fournie. -Les critères utilisés afin de bâtir l'échantillon ne sont pas précisés.</p>

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
			(38 %), le fait d'embarrasser un collègue devant les autres (21 %), le fait d'avoir les opinions ignorées (32 %), le fait donner des commentaires sur la vie privée des personnes (10%), le fait d'ignorer les points de vue des collègues lors d'une lors des discussions (39 %), l'exclusion sociale par des collègues (25 %) et le fait de circuler des rumeurs(29 %) sont des manifestations d'intimidations vécues par les infirmières dans le milieu de travail.			
27. Laschinger, H. K. S. et Nosko, A. (2015). Exposure to workplace bullying and post-traumatic stress disorder symptomology: the role of protective psychological resources. <i>Journal of Nursing Management</i> , 23(2), 252-262. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jonm.12122 Pays : Canada, Ontario -Milieu à l'étude (unité (s)) : médico-chirurgical, soin critique, mère-enfant et Santé mentale - Échantillon : 1140 infirmières.	- Évaluer la relation entre l'exposition des infirmières à l'intimidation en milieu de travail et la symptomatologie du syndrome de stress post-traumatique ainsi que le rôle protecteur du capital psychologique (une force intrapersonnelle pour atténuer l'impact de l'intimidation).	- Quantitatif.	- Les participantes victimes d'intimidation ont souffert de stress post-traumatique, quel que soit le niveau du capital psychologique des infirmières.	-Les conséquences de la violence entre collègues.	-Absent	- Un devis quantitatif a été utilisé, mais aucune justification de la pertinence de cette approche n'a été fournie. - L'étude a été effectuée dans diverses unités, cependant les auteurs n'ont pas fourni des données sur les spécificités de chacune de ces unités.

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
<p>28. Purpora, C. et Blegen, M. A. (2015). Job satisfaction and horizontal violence in hospital staff registered nurses: the mediating role of peer relationships. <i>Journal of clinical nursing</i>, 24(15-16), 2286-2294. https://doi.org/10.1111/jocn.12818 -Pays : États-Unis, Californie</p> <p>-Milieu à l'étude (unité (s)) : n'est pas précisé.</p> <p>- Échantillon : 175 infirmières.</p>	<p>- Décrire la relation entre la VH et la satisfaction au travail chez les infirmières ainsi que l'association entre la VH et les relations avec les pairs.</p>	<p>- Quantitatif</p>	<p>- Lorsque le niveau de la VH hausse dans le milieu de travail, les relations avec les pairs deviennent moins propices au soutien mutuel ($r = -0,641$; $p < 0,01$).</p> <p>-Lorsque la VH augmente le niveau de satisfaction des infirmières diminue ($r = -0,466$; $p < 0,01$)</p>	<p>-Les conséquences de la VH.</p>	<p>-Absent</p>	<p>- Un devis quantitatif a été utilisé, mais aucune justification de la pertinence de cette approche n'a été fournie.</p> <p>- Le milieu (unité(s)) où l'étude se déroulera n'est pas décrit.</p>
<p>29. Lindy, C. et Schaefer, F. (2010). Negative workplace behaviours: an ethical dilemma for nurse managers. <i>Journal of Nursing Management</i>, 18(3), 285-292. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01080.x -Pays : États-Unis</p> <p>-Milieu à l'étude (unité (s)) : n'est pas précisé.</p> <p>- Échantillon : 20 infirmières gestionnaires.</p>	<p>-Comprendre les perceptions des infirmières gestionnaires quant aux comportements négatifs perpétrés dans le milieu de travail.</p>	<p>- Qualitatif phénoménologique</p>	<p>-Six thèmes ont été retenus de l'analyse des données : « c'est comme ça qu'elle est » : - les gestionnaires ont signalé que de bonnes infirmières expérimentées exercent généralement les comportements négatifs. -> ils le prennent juste « : Les gestionnaires ont déclaré que les infirmières sont passives et tolèrent les comportements négatifs. - « beaucoup de choses se passent » : parmi les facteurs déclencheurs de comportements négatifs, il y avait : la personnalité de l'individu, le stress, les situations critiques, les différences générationnelles et les différences culturelles. -> les vieux bagages « : l'intimidation affecte le travail</p>	<p>-Le silence des infirmières par rapport aux comportements négatifs. -Peur des vengeances -les sources de la violence entre collègues.</p>	<p>-La mise en place des formations sur la gestion des comportements négatifs dans le milieu de travail.</p>	<p>- Les critères utilisés afin de bâtir l'échantillon ne sont pas précisés.</p> <p>- La totalité de l'échantillon se composait presque de 100 % de femmes : selon Loisel et al. (2007) dans le cadre d'une étude phénoménologique, les chercheurs doivent s'intéresser à analyser la diversité des expériences. Peut-être est-il pertinent d'inclure aussi des hommes afin de voir s'il y a une différence de perceptions selon le genre.</p> <p>- L'absence des informations sur la saturation des données.</p>

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
			<p>d'équipe parce que les personnes intimidées ne peuvent pas résoudre les anciens conflits. /Les comportements négatifs engendrent un taux élevé de roulement et d'absentéisme du personnel infirmier victime d'intimidation.</p> <p>- » Les trois côtés d'une histoire » : en cas d'intimidation, les gestionnaires organisent des rencontres avec les personnes concernées pour résoudre la situation. /Les gestionnaires suivaient les politiques employées par les établissements de santé pour traiter les situations d'intimidation.</p> <p>- « La perspective des gestionnaires » : Pour éviter les conflits avec les collègues de travail les gestionnaires dans certains cas peuvent ignorer les comportements négatifs produits au sein de l'unité/Les gestionnaires ont signalé qu'il est nécessaire d'avoir le soutien des superviseurs ainsi que le soutien du département des ressources humaines pour combattre les comportements négatifs./Les infirmières craignent de représailles et demandent aux gestionnaires de ne pas parler à l'intimidateur</p> <p>/Après la résolution du problème, les gestionnaires ne savent pas si</p>			<p>-Cette étude a été faite seulement auprès des infirmières gestionnaires, toutefois entendre la voix des infirmières victimes des comportements négatifs aurait été aussi intéressant.</p>

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
			les comportements négatifs persistent.			
30. Reyka, M. E. (2015). <i>The Impact of Disruptive Behavior on Operating Room Nurse Satisfaction</i> [thèse de doctorat, Université d'Indiana de Pennsylvania]. file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/The_impact_of_disruptive_behavior.pdf -Pays : États-Unis. -Milieu à l'étude (unité (s)) : Bloc opératoire. - Échantillon : 45 infirmières.	- Étudier l'impact des comportements perturbateurs sur la satisfaction des infirmières œuvrant au bloc opératoire.	- Quantitatif.	-Lorsque le niveau des comportements perturbateurs augmente le niveau de la satisfaction au travail diminue ($P < 0.1$; $r = -0.67$) -Lorsque le niveau des comportements perturbateurs augmente l'intention des infirmières de quitter le travail augmente ($P < 0.1$; $r = 0.46$).	-Les conséquences de la violence entre collègues.	-Absent.	- Un devis quantitatif a été utilisé, mais aucune justification de la pertinence de cette approche n'a été fournie.
31. Ceravolo, D. J., Schwartz, D. G., Foltz-Ramos, K. M. et Castner, J. (2012). Strengthening communication to overcome lateral violence <i>Journal of Nursing Management</i> , 20(5), 599-606. 10.1111/j.1365-2834.2012.01402.x -Pays : États-Unis. -Milieu à l'étude (unité (s)) : n'est pas précisé. - Échantillon : 4 000 infirmières.	- Réduire la VH dans le milieu de travail infirmier en se basant sur des ateliers de renforcement de la communication.	- Quantitatif, expérimental, prépost.	- Après trois ans, les résultats de cette étude ont montré que le taux de la violence verbale a été diminué de 90 % à 76 %. - Certaines infirmières ont déclaré que la participation à ateliers a été aidante dans la résolution des conflits au travail. - certaines participantes à l'étude ont été craintives devant la résolution d'incidents de violence verbale même après l'intervention (avant l'intervention 9,4 %, n = 63; après l'intervention 13,8 %, n = 116). - D'autres infirmières ont déclaré une faible estime de soi après l'intervention tandis qu'avant l'intervention, ces infirmières	-les interventions de lutte contre la VH.	- Manifester un engagement continu pour lutter contre la violence latérale dans le milieu de travail.	- Un devis quantitatif a été utilisé, mais aucune justification de la pertinence de cette approche n'a été fournie. - La méthode d'échantillonnage n'est pas mentionnée, ce qui peut remettre potentiellement en question la valide externe de l'étude (Loiselle et al., 2007). - Les critères utilisés afin de bâtir l'échantillon ne sont pas précisés. - Les auteurs n'ont pas discuté la validité des

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
			démontraient des niveaux élevés d'estime de soi (avant l'intervention n = 348 après l'intervention n = 208). - Des infirmières ont déclaré n'avoir perçu aucun changement significatif après l'intervention. - 76 % des infirmières subissent encore de la VH dans le milieu de travail même après les ateliers.			outils de mesure utilisés dans cette étude. -L'absence de groupe témoin ainsi que le manque de contrôle des variables confondantes ne permettent pas de statuer réellement sur l'efficacité de cette intervention.
32. Mallette, C., Duff, M., McPhee, C., Pollex, H. et Wood, A. (2011). Workbooks to virtual worlds: a pilot study comparing educational tools to foster a culture of safety and respect in Ontario. <i>Nursing Leadership (Tor Ont)</i> , 24(4), 44-64. https://doi.org/10.12927/cjnl.2012.22714 -Pays : Canada, Ontario -Milieu à l'étude (unité(s)) : n'est pas précisé. - Échantillon : 164 infirmières.	- Évaluer l'efficacité d'une stratégie éducative virtuelle qui vise à outiller des infirmières à répondre à la VH par rapport à des stratégies pédagogiques dites traditionnelles (cahier d'apprentissage et formation en ligne). ** Les infirmières ont été divisées en cinq groupes,	- Quantitatif, expérimental, prépost.	- Les résultats ont montré qu'il n'existe aucune différence significative entre les cinq groupes. - Les participants ont indiqué un niveau de confiance élevé pour résoudre les conflits. « Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les groupes en termes de confiance en ce qui concerne la reconnaissance, la réponse ou la modification efficace de leur réponse à la VH au travail. » - Les résultats ont montré qu'il n'y a aucun changement dans les scores moyens des tests de connaissances pour le groupe d'apprentissage expérientiel du monde virtuel seul.	-Les interventions de lutte contre la violence entre collègues.	-Fournir des formations éducatives sur la VH dans le milieu de travail auprès du personnel soignant.	- Un devis quantitatif a été utilisé, mais aucune justification de la pertinence de cette approche n'a été fournie. -Les auteurs ont été intéressés seulement par la violence perpétrée par des collègues infirmières négligeant les autres collègues de travail. - Les participants du groupe témoin n'ont pas participé au post-test des connaissances et au questionnaire de confiance, ce qui rend difficile de voir si les différences obtenues chez les autres groupes étaient liées à l'intervention éducative ou à d'autres facteurs.

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
	dont un groupe témoin.					- Certains participants n'ont pas rempli un ou les deux questionnaires de confiance ce qui peut fausser les résultats.
33. Bae, S. H., Dang, D., Karlowicz, K. A. et Kim, M. T. (2020). Triggers contributing to health care clinicians' disruptive behaviors. <i>Journal of patient safety</i> , 16(3), e148-e155. doi: 10.1097/PTS.0000000000000288 -Pays : États-Unis -Milieu à l'étude (unité) : les unités de soins hospitaliers et intermédiaires, les unités de soins intensifs, les salles d'opération, les unités de soins postanesthésiques, et les procédures spécialisées et les milieux ambulatoires -Échantillon : 1559 cliniciens	- Explorer les déclencheurs du comportement perturbateur chez les cliniciens.	- Quantitatif descriptif.	- Tous les participants ont déclaré 3 des 12 éléments de comportement perturbateur qui ont les scores moyens les plus élevés. Ils étaient : conflit (2,86), comportement agressif passif (2,85) et égocentrique/égoïste/(2,74). - La somme des moyennes des comportements perturbateurs chez les infirmières est plus élevée que chez les médecins (26,0 contre 23,2, respectivement). - Les infirmières ont déclaré que les déclencheurs des comportements perturbateurs ont été principalement de nature organisationnelle : pressions dues à un nombre élevé des patients (3,10), surcharge environnementale (2,97) et problèmes persistants non résolus du système (2,96). - Chez les infirmières, les 3 types de déclencheurs interpersonnels, intrapersonnels et organisationnels étaient significativement liés à des comportements perturbateurs.	-Les sources de la violence entre les collègues.	-Absent.	- Un devis quantitatif a été utilisé, mais aucune justification de la pertinence de cette approche n'a été fournie. - Les critères utilisés afin de bâtir l'échantillon ne sont pas précisés. - L'étude a été effectuée dans diverses unités, cependant les auteurs n'ont pas fourni des données sur les spécificités de chacune de ces unités.
34. Trépanier, S. G., Peterson, C., Fernet, C., Austin, S. et Desrumaux, P. (2021). When workload predicts exposure to bullying behaviours in nurses: The	-Examiner les perceptions des infirmières par rapport aux caractéristiques	- Quantitatif, longitudinal.	- « La charge de travail prédit positivement l'exposition aux comportements négatifs sauf lorsque le niveau de la	- les facteurs liés au travail et les comportements d'intimidation.	-Absent	- Un devis quantitatif a été utilisé, mais aucune justification de la pertinence de cette approche n'a été fournie.

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
<p>protective role of social support and job recognition. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 77(7), 3093-3103. https://doi.org/10.1111/jan.14849</p> <p>- Pays : Canada, Québec</p> <p>-Milieu à l'étude (unité) : n'est pas précisé</p> <p>-Échantillon : 279 infirmières.</p>	<p>de l'environnement de travail (charge de travail, soutien social, reconnaissance de l'emploi) et l'exposition à des comportements négatifs au travail.</p>		<p>reconnaissance de l'emploi et le soutien social étaient faibles.</p> <p>- La charge de travail n'était pas liée à l'intimidation lorsque le soutien social était élevé et était négativement liée à l'intimidation lorsque la reconnaissance de l'emploi était élevée. »</p>			<p>- La méthode d'échantillonnage n'est pas mentionnée, ce qui peut remettre potentiellement en question la valide externe de l'étude (Loiselle et al., 2007).</p> <p>- Les critères utilisés afin de bâtir l'échantillon ne sont pas précisés.</p> <p>- Le milieu (unité(s)) où l'étude se déroulera n'est pas décrit.</p>
<p>35. Chipps, E., Stelmaschuk, S., Albert, N. M., Bernhard, L. et Holloman, C. (2013). Workplace bullying in the OR: Results of a descriptive study. <i>AORN Journal</i>, 98(5), 479-493. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.aorn.2013.08.015</p> <p>- Pays : États-Unis.</p> <p>-Milieu à l'étude (unité) : blocs opératoires de deux hôpitaux <i>Magnet</i></p> <p>-Échantillon : 167 Cliniciens (des infirmières autorisées, des technologues chirurgicaux et du personnel périopératoire non agréé)</p>	<p>-Déterminer la prévalence de l'intimidation dans le milieu de travail chez les infirmières autorisées, les technologues chirurgicaux et le personnel périopératoire non agréé dans deux centres médicaux universitaires.</p>	<p>- Quantitatif.</p>	<p>-62,2 % des participants ont signalé que le travail au bloc opératoire est stressant.</p> <p>-Les manifestations les plus fréquentes de l'intimidation sont : voir son opinion ignorée (27,9 %), se faire crier (27,1 %), cacher des informations qui affectent la performance (26,3 %), être humilié (25,4 %), avoir des rumeurs à son sujet (25,3 %), être obligé de travailler des tâches en dessous de son niveau de compétence (22,9 %) et être ignoré ou exclu (21,0 %).</p> <p>- 34 % des répondants ont été des victimes d'intimidation.</p> <p>-59 % des professionnels de santé du bloc opératoire ont été témoins d'intimidation envers leurs collègues de façon hebdomadaire.</p>	<p>-La prévalence, les manifestations, les sources de la violence entre collègues.</p>	<p>-Fournir des formations sur les comportements négatifs et leur gestion.</p> <p>-Évaluer les cultures des unités de façon régulière.</p> <p>- Les plaintes d'intimidations doivent être prises en considération de la part des gestionnaires.</p>	<p>- Un devis quantitatif a été utilisé, mais aucune justification de la pertinence de cette approche n'a été fournie.</p>

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
			<p>-Les sources de l'intimidation les plus fréquentes sont : des employés de l'unité (56 %) ou les infirmières autorisées d'unité (56 %), des médecins (44 %), et des gestionnaires (33 %).</p> <p>- Lorsque la fréquence de l'intimidation ($\rho = .56, P < .001$) et l'intensité de l'intimidation ($\rho = .54, P < .001$) augmentent, le niveau de l'épuisement émotionnel augmente.</p> <p>-Lorsque la fréquence de l'intimidation ($\rho = -.31, P < .001$) et l'intensité de l'intimidation ($\rho = -.29; P < .001$) diminuent, le niveau de satisfaction au travail augmente.</p>			
<p>36. Lemelin, L., Bonin, J.-P. et Duquette, A. (2009). Workplace Violence Reported by Canadian Nurses. <i>Canadian Journal of Nursing Research, 41</i>(3), 152-167</p> <p>- Pays : Canada, Québec</p> <p>-Milieu à l'étude (unité) : n'est pas précisé des établissements de soins de courte durée</p> <p>-Échantillon : 181 infirmières.</p>	-Déterminer la prévalence, les origines et les formes de violence au travail auprès des infirmières œuvrant dans des établissements de soins de courte durée au Québec.	- Quantitatif.	<p>-87 % des infirmières participantes à l'étude rapportent des incidents de violence soit : d'ordre physique, psychologique ou sexuel.</p> <p>- Les incidents de violence sont perpétrés par différents membres de l'équipe interprofessionnelle : un collègue infirmier (65,9 %), un supérieur (59,6 %) ou un médecin (59,1 %).</p>	-La prévalence et les sources de la violence entre collègues.	-Les infirmières ne doivent pas tolérer la violence entre collègues au travail. -Les infirmières gestionnaires doivent fournir le soutien nécessaire aux infirmières victimes de violence.	-Un devis quantitatif a été utilisé, mais aucune justification de la pertinence de cette approche n'a été fournie. - Le milieu (unité(s)) où l'étude se déroulera n'est pas décrit.
<p>37. Trépanier, S. G., Fernet, C. et Austin, S. (2013). Workplace psychological harassment in Canadian nurses: A descriptive study. <i>Journal of health psychology, 18</i>(3), 383-396.</p>	-Examiner le harcèlement psychologique dans le milieu de travail auprès des infirmières canadiennes.	- Quantitatif descriptif.	<p>-20,4 % des participants ont déclaré des incidents de violence au cours des six derniers mois précédant l'étude.</p> <p>-La violence au travail se manifeste fréquemment par : « recevoir l'ordre de faire un travail inférieur</p>	-La prévalence, les conséquences, les manifestations et les sources de violence.	-Fournir des formations sur les comportements négatifs dans le milieu de travail infirmier.	-Un devis quantitatif a été utilisé, mais aucune justification de la pertinence de cette approche n'a été fournie.

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
<p>https://doi.org/10.1177/1359105312443401 - Pays : Canada, Québec</p> <p>-Milieu à l'étude (unité) : n'est pas précisé le secteur de santé publique au Québec</p> <p>-Échantillon : 1 179 infirmières</p>			<p>à votre niveau de compétence », « être exposé à une charge de travail ingérable », « avoir vos opinions ignorées » et « cacher des informations ce qui affecte la performance ».</p> <p>-L'exposition à des comportements négatifs était positivement liée à l'intention de changement ($r = .29$, $p * .01$), à la détresse psychologique ($r = .34$, $p * .01$), et aux plaintes psychosomatiques ($r = .20$, $p * .01$).</p> <p>-Les principales sources de harcèlement psychologique sont : l'infirmière-chef (37,3 %), les collègues infirmières (27,1 %) et les médecins (16,9 %).</p>		-Le développement des politiques de travail pour lutter contre la violence entre collègues en collaboration avec toute l'équipe interprofessionnelle.	<p>- Le milieu (unité(s)) où l'étude se déroulera n'est pas décrit.</p> <p>- La méthode d'échantillonnage n'est pas mentionnée, ce qui peut remettre en question la valide externe de l'étude (Loiselle et al., 2007).</p> <p>- Les critères utilisés afin de bâtir l'échantillon ne sont pas précisés.</p>
<p>38. Villafranca, A., Hamlin, C., Enns, S. et Jacobsohn, E. (2017a). Disruptive behaviour in the perioperative setting: a contemporary review. <i>Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie</i>, 64(2), 128-140. https://doi.org/10.1007/s12630-016-0784-x - Pays : Canada</p> <p>-Milieu à l'étude (unité) : Bloc opératoire -Échantillon : 113 articles (nombre estimé à partir de la liste des références)</p>	- Examiner comment la littérature actuelle portant sur les comportements perturbateurs s'applique au domaine périopératoire et mettre en évidence les recommandations des experts pour prévenir et gérer ces comportements.	-Revue narrative.	<p>-Panoplie de définitions sur la violence entre collègues dans le milieu de travail.</p> <p>-La prévalence de la violence entre collègues varie en fonction des types de comportements perturbateurs mesurés, car il n'existe aucune définition consensuelle de cette problématique.</p> <p>- Les antécédents des comportements perturbateurs sont : *Intrapersonnels, en lien avec les traits de personnalité de l'individu. * Organisationnel : en lien avec les conditions environnementales du travail.</p>	-Les conséquences de la violence entre collègues.	- Fournir un cadre pour prévenir et gérer les comportements perturbateurs au bloc opératoire (définir les normes de comportement attendues, équiper et éduquer les cliniciens pour respecter les normes, surveiller le respect des normes, appliquer les normes et fournir des mesures	<p>-Le processus de la recherche documentaire n'est pas détaillé.</p> <p>- Cette revue narrative traite la violence entre les différents membres de l'équipe de soins au bloc opératoire et pas seulement entre infirmières de même statut.</p>

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
			<p>* Interpersonnels : ensemble d'interactions entre les collègues causant des comportements perturbateurs.</p> <p>- Les comportements négatifs s'inscrivent dans une dynamique de groupe, c'est-à-dire qu'il y a plusieurs acteurs occupant différents postes qui sont impliqués.</p> <p>-Les conséquences : les comportements perturbateurs ont influencé négativement la communication entre les cliniciens./les cliniciens peuvent éviter et négliger intentionnellement de partager des informations avec leurs collègues/à la suite des incidents de violence, plusieurs cliniciens ont effectué des interventions susceptibles de mettre en danger la qualité et la sécurité des soins fournis auprès des patients/les erreurs produites lors de la pratique clinique peuvent se manifester par une administration non sécuritaire de la médication et des procédures de soins qui ne sont pas conformes aux normes ou aux meilleures pratiques/le manque de stabilité du personnel pourrait entraver l'efficacité organisationnelle et les efforts de recrutement du personnel infirmier/la violence affecte le niveau du rendement et la</p>		correctives étape par étape si nécessaire, la responsabilité de chaque clinicien).	

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
			<p>performance des infirmières/couter environ 11 600 \$/infirmière/an en raison de la perte de la productivité. En effet, ce type de comportement peut générer des démarches légales, car, les victimes de la violence peuvent porter plainte contre l'établissement de santé qui tolère ces comportements. Ainsi, dans certaines situations, ces dénonciations peuvent être connues par le public et entacher la réputation de l'établissement de santé.</p> <p>- Prévention et gestion des comportements perturbateurs : définir les comportements perturbateurs et les réponses à ces comportements. /les cliniciens doivent être éduqués par rapport à ces comportements et comment les gérer. /il doit y avoir des démarches précises pour déclarer les comportements perturbateurs.</p>			
<p>39. Bigony, L., Lipke, T. G., Lundberg, A., McGraw, C. A., Pagac, G. L. et Rogers, A. (2009). Lateral violence in the perioperative setting. <i>AORN Journal</i>, 89(4), 688-700. https://doi.org/10.1016/j.aorn.2009.01.029 -Pays : États-Unis.</p>	<p>-Déterminer les sources et les conséquences de la violence latérale au sein du bloc opératoire et mettre en évidence les interventions visant à résoudre</p>	<p>-Revue narrative.</p>	<p>- L'isolement géographique du bloc opératoire, par rapport aux autres unités de soins dans un centre hospitalier, pourrait contribuer à des tensions au sein de l'équipe. - Le manque de professionnels expérimentés et les heures supplémentaires de travail sont d'autres facteurs causant la VH au bloc opératoire. - Les infirmières adoptent des comportements négatifs envers des</p>	<p>-Les sources de la violence au bloc opératoire. -La violence comme culture dans le milieu de soins.</p>	<p>- Des interventions éducatives aident à sensibiliser les infirmières quant à la violence entre collègues : des présentations de sensibilisation lors des réunions du personnel, des ateliers sur les facteurs et les</p>	<p>-Le processus de la recherche documentaire n'est pas mentionné.</p>

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
<p>Milieu à l'étude (unité) : Bloc opératoire</p> <p>Échantillon : 33 articles (Nombre estimé à partir de la liste des références)</p>	cette problématique.		<p>collègues pour essayer de gagner un pouvoir et une estime de soi.</p> <p>-Plusieurs acteurs pourraient être à l'origine de cette violence : des médecins, des administrateurs ou des collègues infirmières.</p> <p>- Plusieurs infirmières semblent normaliser ces comportements, en les considérant comme étant un aspect culturel du bloc opératoire.</p> <p>- La VH peut entraîner un impact négatif sur le développement professionnel de plusieurs infirmières. En effet, les infirmières du bloc opératoire, qui ont subi une VH et qui ont développé un sentiment d'incompétence, ont évité de s'exposer à de nouvelles expériences cliniques pouvant contribuer à leur développement professionnel.</p>		<p>causes de la violence entre les collègues, évaluation de l'efficacité des formations fournies dans le milieu de soins à travers des entrevues et des discussions de groupe.</p> <p>-La mise en place des politiques de tolérance zéro dans le milieu de travail.</p> <p>- L'élaboration et la mise en place des normes professionnelles en collaboration avec toute l'équipe de soins.</p>	
<p>40. Thobaben, M. (2011). Bullying in the nursing Profession. <i>Home Health Care Management and Practice</i>, 23(6), 477-479. https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1084822311413556 - Pays : États-Unis.</p> <p>- Milieu à l'étude (unité) : n'est pas précisé.</p>	- Déterminer les sources de la VH et les stratégies pour faire face à cette problématique.	Perspective psychosociale.	<p>- La VH se déroulera entre des infirmières détenant des postes ou des statuts similaires au sein de l'établissement de santé.</p> <p>- Les comportements négatifs de l'agresseur peuvent être orientés envers une collègue ou un groupe d'infirmières, et celui-ci peut agir seul ou en groupe.</p> <p>- Certaines raisons qui expliquent la VH ont été répertoriées. En effet, les acteurs de la VH peuvent être</p>	-Les sources de la violence entre collègues.	<p>-Mener des enquêtes en sein des unités en respectant la confidentialité des répondants pour détecter les déclencheurs de la violence entre les collègues.</p> <p>- Lors des réunions du personnel, il est</p>	/

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
<p>Échantillon : 5 articles (Nombre estimé à partir de la liste des références)</p>			<p>eux-mêmes d'anciennes victimes de comportements hostiles, ainsi elles transfèrent ces comportements envers leurs collègues. L'infirmière peut être opprimée et manquer de contrôle face à sa profession causant un sentiment d'infériorité et d'incapacité à faire face aux défis ce qui expliquerait son agressivité envers les collègues ou les subordonnées.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'agressivité permet à l'infirmière de se débarrasser de ses tensions accumulées. - La VH peut engendrer des problèmes physiques et/ou psychologiques pour plusieurs infirmières. 		<p>important de discuter la violence dans le milieu de travail pour priser le cycle de silence.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Les infirmières ne doivent pas tolérer la violence dans le milieu de travail. 	
<p>41. Berry, P. A., Gillespie, G. L., Fisher, B. S. et Gormley, D. K. (2016). Recognizing, confronting, and eliminating workplace bullying. <i>Workplace Health & Safety</i>, 64(7), 337-341. https://doi.org/10.1177/2165079916634711</p> <p>-Pays : États-Unis.</p> <p>-Milieu à l'étude (unité) : n'est pas précisé.</p> <p>-Échantillon : 25 articles (nombre estimé à partir de la liste des références de l'article)</p>	<p>-Reconnaitre les comportements d'intimidation et fournir des recommandations pour les combattre.</p>	<p>-Revue narrative.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La diffusion de rumeurs, le fait de donner une charge de travail ingérable pour une collègue en particulier et les heures supplémentaires obligatoires de travail sont des manifestations d'intimidation en milieu de travail infirmier. -Les actes d'agression sont source de pouvoir pour certaines infirmières. - À cause de la tolérance organisationnelle quant aux comportements négatifs les infirmières décident de garder le silence. -L'ancienneté et le pouvoir lié à un statut ou un poste au sein de 	<p>-Les manifestations et les sources de la violence entre collègues.</p>	<p>-Déterminer les unités de soins à risque en surveillant les blessures et les maladies enregistrées chez les infirmières.</p> <p>-Il est important de mener des groupes de discussions confidentielles pour aider les infirmières à partager leurs expériences de violence entre collègues.</p>	<p>-Le processus de la recherche documentaire n'est pas mentionné.</p> <p>- Le milieu à l'étude (unité) n'est pas précisé.</p>

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
			l'établissement de santé sont généralement présents entre les agresseurs et les victimes.			
<p>42. Houck, N. M. et Colbert, A. M. (2017). Patient Safety and Workplace Bullying. <i>Journal of Nursing Care Quality</i>, 32(2), 164-171. https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000209</p> <p>-Pays : États-Unis.</p> <p>-Milieu à l'étude (unité) : n'est pas précisé.</p> <p>-Échantillon : 11 articles.</p>	<p>- Explorer et résumer les articles scientifiques qui traitent de l'impact de l'intimidation des infirmières dans le milieu de travail sur la sécurité des patients.</p>	<p>Revue intégrative</p>	<p>-À la suite de l'analyse de 11 articles, plusieurs conséquences graves ont été révélées à l'égard d'intimidation dans le milieu de travail touchant les patients : la chute des patients, erreurs dans la médication, soins retardés, événement indésirable ou mortalité des patients, altération de la pensée ou de la concentration, silence ou blocage de la communication entre les collègues et la satisfaction des patients ou les plaintes des patients.</p>	<p>-Les conséquences de la violence entre collègues sur les patients.</p>	<p>-L'organisation de soins doit mener des changements positifs dans le milieu de travail infirmier. -Comprendre le lien entre l'intimidation et la sécurité des patients est essentiel afin de développer des politiques et des interventions efficaces pour changer la culture de soins vers une culture respectueuse de tous les individus.</p>	<p>- Les auteurs ont résumé les données selon des thèmes, toutefois, on constate qu'il y a une absence de critique de ces données. Selon Whittemore et Knafl (2005), l'analyse critique des données est un élément clé dans l'identification de thèmes importants. - Le degré de rigueur méthodologique des données n'est pas identifié par les auteurs.</p>
<p>43. Becher, J. et Visovsky, C. (2012). Horizontal violence in nursing. <i>Medsurg nursing</i>, 21(4), 210-232. https://74.207.230.159/sites/default/files/documents/practice-resources/healthy-work-environment/resources/MSNJ-Becher-Visovsky-21-04.pdf</p> <p>- Pays : États-Unis.</p>	<p>-Fournir une description de la VH et les stratégies de prévention et d'atténuation de ses conséquences.</p>	<p>-Revue narrative.</p>	<p>-La violence est définie comme étant un conflit intergroupe. -Il est difficile d'estimer la prévalence de la VH, car elle est encore méconnue par les infirmières et sous-estimée. - Les conséquences : ce problème crée un environnement nuisible au travail d'équipe, ce qui affecte la sécurité des patients, affecte la santé psychologique des infirmières</p>	<p>-Les conséquences de la violence horizontale.</p>	<p>-Les infirmières-chefs doivent fournir les connaissances et les ressources de soutien nécessaires pour lutter contre la violence dans le milieu de travail. - Offrir les opportunités</p>	<p>-Le processus de la recherche documentaire n'est pas mentionné. -Le milieu à l'étude (unité) : n'est pas précisé</p>

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
<p>-Milieu à l'étude (unité) : n'est pas précisé</p> <p>-Echantillon : 35 articles (nombre estimé à partir de la liste des références de l'artice)</p>			<p>(dépression anxiété faible estime de soi), l'impact financier annuel de la VH peut varier de 30 000 \$ américains à 100 000 \$ américain par infirmière.</p>		<p>d'éducation et de développement professionnel est nécessaire pour prévenir ou éliminer la violence entre collègues.</p> <p>-Les séances d'éducation doivent : fournir une définition claire de la violence entre collègues ainsi qu'elles doivent identifier les conséquences de cette problématique. Finalement, les séances éducatives doivent présenter les interventions à mettre en place pour gérer la violence entre collègues.</p> <p>-Les infirmières-chefs doivent modéliser les comportements professionnels à suivre.</p> <p>-Lorsque les comportements de</p>	

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
					<p>violence entre collègues sont identifiés au sein de l'organisation de soins, des mesures doivent être prises pour briser cette culture.</p> <p>-Lorsque les infirmières-chefs reçoivent les plaintes des victimes de violence entre collègues, elles doivent faire preuve d'objectivité en évaluant tous les faits saillants.</p> <p>-Les infirmières-chefs doivent bien connaître les politiques organisationnelles liées à la violence entre collègues et les appliquer au besoin.</p> <p>-Mener de groupes des discussions afin d'élaborer des plans d'action concernant la prévention et l'élimination de la</p>	

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
					<p>violence interprofessionnelle.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Les précepteurs responsables des infirmières débutantes doivent expliquer à ces infirmières les effets de la violence entre collègues dans le milieu de travail. Ainsi, les précepteurs sont responsables de fournir aux infirmières débutantes le soutien et les conseils nécessaires par rapport à la violence entre collègues. -Le recours à une personne de confiance peut être utile dans les situations de violence entre collègues. -Pour soutenir les infirmières victimes de violence, les 	

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
					auteurs suggèrent l'utilisation d'un journal intime. Ce type d'outil permet à la victime de se remémorer des détails de la situation vécue dans le milieu de travail. Le journal aide les victimes à réduire la détresse psychologique ressentie à la suite des incidents de violence entre collègues. -Les infirmières-chefs doivent collaborer avec le personnel infirmier pour mettre en place des politiques et des mesures organisationnelles de lutte contre la violence entre collègues dans le milieu de travail.	
44. Johnson, A. H. et Benham-Hutchins, M. (2020). The influence of bullying on nursing practice errors: a systematic review. <i>AORN Journal</i> , 111(2), 199-210. https://doi.org/10.1002/aorn.12923	- Déterminer l'influence de l'intimidation des infirmières sur la pratique	- Revue systématique	- Une ambiance toxique d'intimidation dans l'environnement de travail a une influence importante sur les erreurs de pratique infirmière.	-Les conséquences de la violence entre collègues	- Comprendre les antécédents et les conséquences de l'intimidation peut aider les infirmières à	-En se basant sur l'outil AMSTAR (un outil de mesure pour évaluer la qualité méthodologique des revues systématiques), on constate qu'il est

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
<p>-Pays : États-Unis.</p> <p>-Milieu à l'étude (unité) : plusieurs unités de soins de santé, y compris les blocs opératoires, les services d'urgence et les unités de soins actifs et de soins intensifs.</p> <p>- Échantillon : 14 articles</p>	infirmière et sur les patients.		<p>-Les infirmières du bloc opératoire sont les plus souvent affectées par des incidents de VH perpétrés par différents membres de l'équipe de soins.</p> <p>-Les réactions psychologiques (Faiblesse morale, manque de reconnaissance) de l'individu augmentent les erreurs de pratique.</p> <p>-L'intimidation manifeste un vrai défi devant le travail et la collaboration interprofessionnelle dans le milieu de soins.</p>		<p>mieux agir face à cette problématique.</p> <p>-Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour tester et valider l'efficacité des interventions de lutte contre l'intimidation dans le milieu de travail.</p>	<p>important que les recherches consultent des contenus actuels, des revues, des manuels et des registres spécialisés, etc., ce qui manque dans cette revue (Shea et al., 2007).</p> <p>-Les conflits d'intérêts ne sont pas déclarés par les auteurs. Selon Shea et al. (2007), les sources potentielles de soutien doivent être clairement identifiées.</p>
<p>45. Hutchinson, M. et Jackson, D. (2013). Hostile clinician behaviours in the nursing work environment and implications for patient care: a mixed-methods systematic review. <i>BMC nursing</i>, 12(1), 2-12. 10.1186/1472-6955-12-25</p> <p>-Pays : Australie</p> <p>-Milieu à l'étude (unité (s)) : n'est pas précisé.</p> <p>-Échantillon : 30 articles.</p>	- Examiner la relation entre les comportements négatifs des cliniciens et les soins aux patients.	-Revue systématique	<p>Quatre thèmes ont été retenus :</p> <p>- Relations médecins-infirmières et la prise en charge des patients : une mauvaise relation affecte négativement la qualité des soins fournis auprès des patients.</p> <p>- L'intimidation et soins aux patients : les actes d'intimidation affectent la communication entre les infirmières ce qui a son tour cause des erreurs dans la pratique</p> <p>-l'intimidation affecte le niveau de productivité et le rendement des infirmières.</p> <p>- Les infirmières et les médecins impliquent directement les patients dans les comportements d'intimidation des cliniciens : les situations d'intimidation peuvent être en présence des patients ce qui</p>	-Les conséquences de la violence entre collègues.	- Les futures recherches pourraient développer des instruments de mesure ou raffiner ceux qui sont déjà existants afin d'explorer les relations entre les comportements hostiles des cliniciens et les conséquences sur la pratique clinique.	- En se basant sur l'outil AMSTAR (un outil de mesure pour évaluer la qualité méthodologique des revues systématiques), on trouve qu'il est important que les recherches consultent des contenus actuels, des revues, des manuels et des registres spécialisés, etc., ce qui manque dans cette revue (Shea et al., 2007). <p>-Les conflits d'intérêts ne sont pas déclarés par les auteurs. Selon Shea et al. (2007), les sources potentielles de soutien</p>

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
			rend les patients moins confiants aux capacités des infirmières.			doivent être clairement identifiés.
46. Bambi, S., Guazzini, A., Felippis, C. D., Lucchini, A. et Rasero, L. (2017). Preventing workplace incivility, lateral violence and bullying between nurses. A narrative literature review. <i>Acta Bio Medica: Atenei Parmensis</i> , 88(5), 39-47. https://doi.org/10.23750/abm.v88i5-S.6838 -Pays : Italie -Milieu à l'étude (unité (s)) : n'est pas précisé -Échantillon : 7 articles	- Fournir un résumé des résultats d'études internationales par rapport à la prévention des réactions individuelles et collectives face aux incivilités au travail, aux violences latérales et au harcèlement entre infirmières.	- Revue narrative	- Les interventions de prévention sont : la sensibilisation à la VH auprès des infirmières, des programmes de formation, des techniques de communication efficaces, un leadership authentique, des stratégies de tolérance zéro par rapport à tout incident de violence, une législation appropriée et la mise en place des codes de conduites dans le milieu de travail infirmier. - Les résultats ont montré de faibles preuves d'efficacité par rapport aux interventions de lutte contre les interactions négatives entre les collègues; ce qui ne permet pas d'identifier la ou les stratégies les plus efficaces pour contrer ces interactions.	-Les interventions de prévention.	- Sensibiliser les infirmières quant aux ressources individuelles nécessaires à employer en cas de violence entre collègues. -Mener un changement culturel en développant les compétences de communication des infirmières pour les aider à faire face à la violence dans le milieu de travail.	-Cette revue n'a pas précisé le milieu à l'étude (unité (s)).
47. Coursey, J. H., Rodriguez, R. E., Dieckmann, L. S. et Austin, P. N. (2013). Successful implementation of policies addressing lateral violence. <i>AORN Journal</i> , 97(1), 101-109. 10.1016/j.aorn.2012.09.010 -Pays : États-Unis. -Milieu à l'étude (unité (s)) : n'est pas précisé.	- Examiner l'efficacité des interventions qui ont été mises en place pour combattre la VH dans le milieu de soins.	-Revue systématique.	- Les résultats ont souligné l'absence des politiques efficaces de lutte contre la VH. - Les résultats ont montré de nombreuses limites méthodologiques dans les écrits scientifiques telles que : des problèmes d'échantillonnage, l'absence des mesures pour éviter les différents biais possibles et des problèmes dans l'évaluation de la fiabilité de l'étude	-Les interventions de lutte contre la VH.	-Les chercheurs devraient mener des futures recherches pour étudier la mise en place des stratégies efficaces pour prévenir la VH.	- Une liste des études incluses et exclues doit être fournie (Shea et al., 2007). Ce qui est manquant dans cette revue. -Les conflits d'intérêts ne sont pas déclarés par les auteurs. Selon Shea et al. (2007), les sources potentielles de soutien doivent être clairement identifiés.

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
-Échantillon : 12 articles			-Cette revue a révélé que peu de chercheurs ont été intéressés par des interventions de lutte contre la VH auprès des infirmières travaillant dans le bloc opératoire. - Cette étude a montré qu'il est difficile de généraliser certains résultats pour d'autres infirmières puisque l'organisation des systèmes de soins, les obstacles, les valeurs et la culture de soins sont différents.			
48. Thobaben, M. (2007). Horizontal workplace violence. <i>Home Health Care Management & Practice</i> , 20(1), 82-83. https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1084822307305723 -Pays : États-Unis. -Milieu à l'étude (unité (s)) : n'est pas précisé. -Échantillon : 6 articles (nombre estimé à partir de la liste des références de l'article).	-Définir la VH ses manifestations, ses conséquences et les stratégies de prévention.	- Perspective psychosociale.	- La VH est un phénomène préoccupant dans le domaine de la santé et peut se traduire par des attitudes, des actes, des paroles ou des comportements hostiles, agressifs et/ou à caractère dangereux dans une équipe de soins. - L'infirmière peut être opprimée et manquer de contrôle face à sa profession causant un sentiment d'infériorité et d'incapacité à faire face aux défis ce qui expliquerait son agressivité envers les collègues ou les subordonnées. -Les manifestations de la VH sont multiples : abus verbaux, ignorer ou minimiser les autres, harcèlement sexuel et des remarques sarcastiques, etc. -La VH cause des problèmes psychologiques et/ou physiques. -	-Le concept de la VH, ses manifestations, ses conséquences et les stratégies de prévention.	-Mettre des programmes de prévention sur la violence entre collègues. -Avoir des politiques organisationnelles qui aident à faire face aux incidents de violence. -Avoir un système d'enregistrement des dossiers d'incidents de violence entre collègues. -Briser le silence en discutant librement des expériences de violence entre collègues lors des réunions.	/

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
					<p>-L'administration doit encourager le personnel infirmier témoins de violence entre collègues à déclarer les incidents de violence sans peur de représailles</p> <p>-Les victimes doivent déclarer les incidents de violence à leurs superviseurs pour avoir les ressources nécessaires de soutien.</p>	
<p>49. Embree, J. L. et White, A. H. (2010). Concept analysis : nurse-to-nurse lateral violence. <i>In Nursing forum</i>, 45(3), 166-173. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2010.00185.x</p> <p>-Pays : États-Unis</p> <p>-Milieu à l'étude (unité (s)) : n'est pas précisé</p> <p>-Échantillon : 41 articles (nombre estimé à partir de la liste des références de l'article).</p>	<p>- Examiner le concept de violence latérale d'infirmière à infirmière.</p>	<p>-Analyse de concept</p>	<p>- La panoplie de synonymes répertoriés dans les écrits scientifiques peut expliquer entre autres l'absence d'une définition universelle associée à ce concept.</p> <p>-Les sources de ce phénomène sont diverses : le leadership autoritaire, l'oppression, le déséquilibre des pouvoirs, une faible estime de soi, une perception d'impuissance, la colère et des circuits de pouvoir, la culture d'évitement des conflits, etc.</p> <p>-Les conséquences de la violence latérale sont nombreuses : faible estime de soi, sentiment d'impuissance qui affecte les soins</p>	<p>-Le concept de la violence latérale. Les sources et les conséquences.</p>	<p>-Pour avoir un environnement de travail propice, l'organisation de santé doit éliminer les antécédents de la violence latérale et fournir aux infirmières les compétences et les techniques nécessaires pour combattre ce problème.</p>	<p>/</p>

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
			aux patients, roulement élevé, difficultés de recrutement, faible collaboration entre les professionnels de santé, des problèmes physiques, émotionnels et psychologiques, etc.			
<p>50. Roberts, S. J. (2015). Lateral violence in nursing : A review of the past three decades. <i>Nursing Science Quarterly</i>, 28(1), 36-41. https://doi.org/10.1177/0894318414558614</p> <p>-Pays : États-Unis.</p> <p>-Milieu à l'étude (unité (s)) : n'est pas précisé.</p> <p>-Échantillon : 36 articles (nombre estimé à partir de la liste des références de l'article).</p>	<p>-(a) Distinguer la violence latérale, l'intimidation et l'incivilité en soins infirmiers, leur sens, leur interdépendance et leur fondement théorique, (b) explorer la recherche qui relie ces concepts au milieu de travail infirmier, la satisfaction au travail et la rétention des infirmières, (c) comprendre les causes de ces comportements en soins infirmiers et (d) examiner les recommandations pour la pratique et la recherche.</p>	-Revue narrative	<p>-La prévalence de la VH varie entre 45 % et 100 %.</p> <p>-La VH affecte la sécurité des patients, le taux de roulement et augmente l'intention des infirmières de quitter le travail.</p> <p>- L'explication théorique la plus souvent mentionnée par les chercheurs est basée sur la théorie du comportement de groupe opprimé de Freire (1971).</p> <p>- Peu d'interventions ont été développées pour changer les comportements, parmi ces interventions on trouve : des politiques de tolérance zéro, des politiques pour interdire les comportements négatifs et des guides de conduites pour la prévention, intervention CREW (civilité, respect et engagement au travail).</p>	-Les conséquences et les sources de la VH.	<p>- Avoir des leaders responsables au sein de l'établissement de santé aide à lutter contre la violence au travail.</p> <p>- Faire des changements au niveau de la dynamique de pouvoir.</p> <p>-Fournir les ressources nécessaires pour créer une nouvelle culture de travail.</p>	<p>-Le processus de la recherche documentaire n'est pas détaillé.</p> <p>-Le milieu à l'étude (unité (s)) n'est pas précisé.</p>
51. Petrovic, M. A. et Scholl, A. T. (2018). Why we need a single definition of disruptive behavior.	-Décrire la panoplie des termes utilisés	-Revue narrative	-Les définitions des comportements perturbateurs sont nombreuses.	-Le concept de la violence entre collègues.	-Il est nécessaire d'avoir une définition	-Le processus de la recherche documentaire n'est pas mentionné.

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
<p><i>Cureus</i>, 10(3), 2-13. https://doi.org/10.7759/cureus.2339</p> <p>-Pays : États-Unis.</p> <p>-Milieu à l'étude (unité (s)) : n'est pas précisé.</p> <p>- Échantillon : 44 articles (nombre estimé à partir de la liste des références de l'article).</p>	pour parler des comportements perturbateurs.		<p>-Les comportements perturbateurs sont considérés comme étant un problème persistant dans le milieu de travail.</p> <p>- La diversité linguistique accentue la difficulté à circonscrire ce concept et rend sa compréhension de plus en plus limitée.</p>		universelle des comportements négatifs pour améliorer l'analyse de ce problème.	- Le milieu à l'étude (unité (s)) n'est pas précisé.
<p>52. Taylor, R. A. et Taylor, S. S. (2018). Reframing and addressing horizontal violence as a workplace quality improvement concern. <i>In Nursing forum</i>, 53(4), 459-465. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nuf.12273</p> <p>-Pays : États-Unis</p> <p>-Milieu à l'étude (unité (s)) : n'est pas précisé.</p> <p>-Échantillon : 2 articles</p>	-Réévaluer le phénomène de VH dans le milieu de travail infirmier.	- un document de discussion	<p>- La plupart des auteurs qui ont étudié les sources de la VH ont trouvé des sources individuelles et interpersonnelles en négligeant l'importance du contexte de travail.</p> <p>-Pour lutter contre la VH les auteurs suggèrent l'utilisation des approches d'amélioration de la qualité qui visent à lutter contre tout comportement empêchant une communication efficace et favorisant un environnement de travail toxique. /</p> <p>-Pour réussir les approches d'amélioration de la qualité il est important de :* «Fournir un soutien organisationnel / reconnaître et résoudre les problèmes et les défauts des systèmes*Sensibiliser à la VH et former le personnel à identifier les interactions interpersonnelles comme des</p>	-Les interventions de lutte contre la violence entre collègues.	- Encourager le changement vers une culture qui ne tolère pas les comportements négatifs dans le milieu de travail. -Le fait de considérer les comportements négatifs dans le milieu de travail comme étant une préoccupation d'amélioration de la qualité aide les établissements de santé à utiliser les cadres d'amélioration de la qualité actuels et de travailler dans	/

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
			incidents potentiels d'amélioration de la qualité*Fournir des outils d'analyse et les compétences nécessaires pour effectuer une analyse des causes profondes de ces incidents*Développer des compétences basées sur des approches de pratique réflexive pour agir sur les résultats de l'analyse des causes profondes		le cadre d'une culture d'amélioration de la qualité existante.	
53-Royal, M. (2014). <i>Proposition d'une perspective disciplinaire pour l'exploration de facteurs organisationnels influençant la violence horizontale chez les infirmières</i> [mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/11240 -Pays : Canada. -Milieu à l'étude (unité) : n'est pas précisé. -Échnatillon : 21 (articles, mémoires et theses).	- Présenter une revue intégrative et critique des écrits par rapport à la VH chez les infirmières et des cadres théoriques employés dans les études répertoriées. - Proposer l'utilisation d'une perspective disciplinaire pour l'exploration des facteurs organisationnels reliés à la VH chez les infirmières.	- Revue intégrative.	- Absence de définition universelle de VH -La VH varie de 21% à 65,9% en fonction de la taille et de la composition des échantillons. - Plusieurs manifestations de la VH : verbales, psychologiques, physiques et sexuelles. -La VH affecte les victimes, les établissements de santé et la sécurité des soins. -Facteurs contribuant à la VH : facteurs individuels et organisationnels. Des recherches sont nécessaires pour explorer davantage les facteurs contribuant à la VH. - Facteurs prévenant et réduisant la VH : les compétences interpersonnelles des infirmières et la connaissance de la VH, formations, une approche proactive face au phénomène. Toutefois, les facteurs organisationnels pour prévenir la VH ne sont pas encore identifiés.	-La prévalence, les manifestations les conséquences et les facteurs de la VH.	-Rechercher, les influences de la personnalité, de l'attitude et du style de communication entre les infirmières sur la VH. -L'assistante infirmière-chef témoins de VH pourrait signaler d'autres facteurs organisationnels impliqués dans ce phénomène. - Créer un environnement de travail sain à travers l'engagement et la coopération entre les différents membres de l'équipe de soins.	-Cette revue n'a pas annexé la grille d'analyse des écrits empiriques, mais la grille d'analyse incluse dans le travail dirigé porte sur les cadres théoriques autres qu'en sciences infirmières qui avaient été employés pour l'étude de la violence horizontale (VH) entre infirmières de même statut. - Cette revue intégrative traite la violence entre infirmières de même statut seulement sans tenir en compte les autres collègues de travail impliqués.

Référence Milieu Échantillon	But de l'étude	Méthode	Principaux résultats	Lien avec le projet	Les recommandations	Limites
			<p>- Utilisation d'une perspective disciplinaire pour l'exploration des facteurs organisationnels reliés à la VH chez les infirmières en se basant sur la moitié supérieure du Sunrise Model (Leininger, 2001).</p>		<p>-Utiliser un cadre de référence pour fournir une vision ciblée des facteurs organisationnels affectant la VH. - Le questionnaire doit mettre en œuvre un leadership transformationnel pour lutter contre la VH. - Les questionnaires peuvent susciter le dialogue sur la problématique de VH avec les infirmières et les personnes concernées en s'inspirant du modèle sunrise (Leininger, 2001) et ses éléments pour développer des guides d'entrevues.</p>	

travers l'expérience des infirmières œuvrant au bloc opératoire d'un centre hospitalier universitaire de Montréal. Cette étude sera guidée par le modèle conceptuel des antécédents et des conséquences des conflits (Almost, 2006).

METHODES DE RECHERCHE ET PLAN D'ANALYSES

Afin de mieux comprendre l'expérience des infirmières quant à la violence horizontale une approche qualitative sera utilisée ; plus spécifiquement un devis descriptif interprétatif (Thorne, 2016). Ce type de devis permet « une description thématique ou intégrative d'un phénomène d'intérêt clinique, et ce de manière à rendre explicite les objets disciplinaires de l'étude dans les interprétations formulées » [traduction libre] (Thorne, 2016, p. 83). Un devis descriptif interprétatif permet de développer de nouvelles connaissances pertinentes pour le contexte clinique (Hunt, 2009 ; Thorne, 2016) et d'étudier les questions expérientielles complexes en soins infirmiers (Hunt, 2009). Il permet d'étudier un phénomène dans son contexte naturel et de reconnaître que le social est construit à partir de diverses expériences humaines (Thorne, 2016). D'ailleurs, Gallagher et Marceau (2020) ont confirmé que ce type de devis vise à comprendre un problème selon la perspective et les points de vue des participants à l'étude. Étant donné que l'étudiante chercheuse souhaite comprendre et décrire les expériences des infirmières quant à la violence horizontale, il est pertinent d'utiliser un tel devis pour répondre au but de la présente étude. Les stratégies de collecte de données incluent un questionnaire sociodémographique et des entrevues individuelles semi-structurées. Un journal de bord sera également rédigé pour soutenir la collecte des données. Selon Polit Beck (2018); Sandelowski (2000) et Thorne (2016), l'utilisation d'une analyse de contenu est adéquate dans le cadre d'une étude qualitative descriptive. L'analyse de contenu permet de ressortir les principaux thèmes émergés dans les matériaux narratifs (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007 ; Polit et Beck, 2018). En effet, l'approche de Miles et al. (2014) sera retenue en raison de son analyse de contenu rigoureuse et l'itération constante. Elle comprend les activités d'analyses suivantes : 1) l'organisation et la condensation des données ; 2) la

présentation de celles-ci ; et 3) l'élaboration et la vérification des conclusions.

<u>Imen Hamdi</u> Signature de l'étudiant(e)	<u>27/10/2020</u> Date
---	---------------------------


Ce mémoire sera rédigé par articles : Oui Non

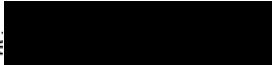
Modifié : 2019-07-20


4 | Page


SIGNATURES

Suite à l'évaluation de ce projet de recherche effectué dans le cadre d'un mémoire de maîtrise, nous considérons qu'il répond aux exigences d'un travail scientifique.

NOM : LAURENCE BERNARD, inf. Ph.D Signature : 
Présidente du comité d'approbation

NOM : LINE BEAUDET, inf. Ph.D. Signature : 
Membre du comité d'approbation

NOM : ANNETTE LEIBING, Ph.D. Signature : 
Directrice de recherche

NOM : STEVE GAGNÉ, inf. M.Sc., Signature : 
Co-Directeur de recherche

Date : _26 novembre 2020

Appendice D : approbation éthique



Le 1^{er} juin 2021

Docteure Nathalie Folch
Axe de recherche: Carrefour de l'innovation
CHUM
1001, rue St-Denis
Bureau 6907
Montréal (Québec) H2X 3H9

a/s : Monsieur Steve Gagné

Objet:	Autorisation de réaliser la recherche suivante:
	Titre du projet : Expérience des infirmières quant à la violence horizontale au bloc opératoire d'un hôpital québécois Numéro CÉR CHUM : 21.025

Chère Docteure Folch,

Il me fait plaisir de vous autoriser à réaliser la recherche identifiée en titre au CHUM et/ou sous ses auspices.

Cette autorisation vous est accordée sur la foi des documents que vous avez déposés auprès de notre établissement, notamment la lettre du Comité d'éthique de la recherche (« CÉR ») du CHUM portant la date du 1^{er} juin 2021, qui agit à titre de CÉR évaluateur, qui établit que votre projet de recherche a fait l'objet d'un examen scientifique et d'un examen éthique dont le résultat est positif et qui a approuvé la version réseau du formulaire de consentement en français utilisé pour cette recherche.

Si le CÉR évaluateur vous informe pendant le déroulement de cette recherche d'une décision négative portant sur l'acceptabilité éthique de cette recherche, vous devrez considérer que la présente autorisation de réaliser la recherche dans notre établissement et/ou sous ses auspices est, de ce fait, révoquée à la date que porte l'avis du CÉR évaluateur.

Votre projet de recherche a aussi reçu une évaluation positive de tous les autres éléments de la convenance au sein de notre établissement.

Cette autorisation de réaliser la recherche suppose également que vous vous engagez à :

1. utiliser la version des documents se rapportant à la recherche approuvée par le CÉR évaluateur, les seuls changements apportés, si c'est le cas, étant d'ordre administratif et identifiés de façon à ce que le CÉR évaluateur puisse en prendre connaissance;
2. vous conformer aux demandes du CÉR évaluateur, notamment pour le suivi éthique continu de la recherche ainsi que pour lui rendre compte du déroulement du projet et des actes de votre équipe de recherche ainsi que du respect des règles de l'éthique de la recherche;

Direction de la recherche
CHUM - Pavillon R
900, rue St-Denis, R05-406
Montréal (Québec) H2X 0A9

3. conserver les dossiers de recherche pendant la période fixée par le CÉR évaluateur après la fin du projet, selon les règles de conservation de l'établissement, afin de permettre leur éventuelle vérification;
4. respecter le cadre réglementaire de l'établissement, notamment, s'il y a lieu, les modalités arrêtées au regard du mécanisme d'identification des participants à la recherche dans notre établissement, à savoir, la tenue à jour et la conservation de la liste à jour des participants de recherche recrutés sous les auspices de notre établissement. Cette liste devra nous être fournie sur demande.

L'autorisation qui vous est donnée ici de réaliser la recherche sous les auspices de notre établissement sera renouvelée sans autre procédure à la date indiquée par le CÉR évaluateur dans sa décision de renouveler son approbation éthique de cette recherche.

La présente autorisation peut être suspendue ou révoquée par le CHUM en cas de non-respect des conditions établies lors de notre examen de la convenance. Le CÉR évaluateur en sera alors informé.

Vous consentez également à ce que le CHUM communique aux autorités compétentes des renseignements personnels qui sont nominatifs au sens de la loi en présence d'un cas avéré de manquement à la conduite responsable en recherche de votre part lors de la réalisation de cette recherche.

Toute communication avec le soussigné concernant la présente autorisation à réaliser la recherche doit être acheminée ainsi :

- par courriel : convenance_recherche.chum@ssss.gouv.qc.ca
- par téléphone : [REDACTED]

Pour toutes questions, conseils ou soutien relativement aux aspects éthiques de votre projet de recherche, vous pouvez aussi solliciter l'appui du CÉR de notre établissement en vous adressant aux coordonnées suivantes :

- par courriel : ethique_recherche.chum@ssss.gouv.qc.ca
- par téléphone : [REDACTED]

En terminant, je vous demanderais de toujours mentionner dans votre correspondance au sujet de ce projet de recherche le numéro attribué à votre demande par le CHUM, soit 21.025.

En vous remerciant de votre contribution à la mission de recherche de notre établissement, je vous prie d'agréer, Chère Docteure Folch, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

[REDACTED]

Vincent Poitout, D.V.M., Ph.D, FCAHS
Personne mandatée par le CHUM
pour autoriser la réalisation des recherches

c.c. :

- Me Marie-Josée Bernardi, Présidente du CÉR du CHUM

Appendice E : 2 -ème approbation scientifique

**PROGRAMME DE MAITRISE ES SCIENCES (SCIENCES INFIRMIERES)
APPROBATION SCIENTIFIQUE DU PROJET DE RECHERCHE
DE MÉMOIRE**

Remplir en caractère d'imprimerie s.v.p.

Nom de l'étudiant(e) : Imen Hamdi
Matricule: [REDACTED]

Nom de la directrice : Annette Leibing
Codirectrice : Steve Gagné

Titre du projet : La violence entre collègues au bloc opératoire : une revue intégrative des écrits

PROBLÉMATIQUE

La violence horizontale (VH) touche plusieurs infirmières soignantes. Au Québec, 86,5% des infirmières rapportent des incidents de violence soit d'ordre physique, psychologique ou sexuel perpétrés par différents membres de l'équipe de soins. En effet, les infirmières du bloc opératoire sont les plus souvent affectées par la VH. La VH crée un environnement nuisible au travail d'équipe. Ce phénomène semble encore méconnu par les infirmières, ainsi elles ont normalisé et toléré la VH en la considérant comme étant une composante du bloc opératoire. Malgré les efforts visant à combattre ce phénomène, la VH est un problème croissant et persistant dans le milieu de travail infirmier. En consultant les bases de données *CINHAL* et *MEDLINE*, En effet, aucune revue des écrits ne s'était intéressée à décrire les solutions à prendre pour prévenir et résoudre la violence entre collègues spécifiquement au bloc opératoire, même si, selon plusieurs études c'est un milieu de soins où on constate le plus ce type de violence. Une revue intégrative des écrits permettra donc de

mieux comprendre ce phénomène et d'émettre des recommandations pour sensibiliser les établissements de santé et d'enseignement pour qu'ils fournissent aux futures infirmières des formations quant à la violence horizontale et sa prévention avant leur entrée dans le milieu de travail. Ce travail sera guidé par le modèle conceptuel des antécédents et des conséquences des conflits (Almost, 2006).

METHODES DE RECHERCHE ET PLAN D'ANALYSES

Afin de répondre aux objectifs de ce travail, une revue intégrative des écrits sera réalisée. Selon Whittemore et Knafl (2005) ce type de revue permet d'intégrer des écrits scientifiques avec diverses méthodologies et cela pour pouvoir comprendre les différents éléments qui entourent le phénomène à l'étude d'une façon holistique. Même si cette approche a été critiquée à cause d'un présumé manque de rigueur au niveau de certaines étapes du modèle de Whittemore et Knafl qui sera décrit plus bas (Hopia et al., 2016 ; Russel, 2005), cette approche est utile pour une recherche comme la nôtre. En effet, ce type de revue a été choisi par l'étudiante chercheuse puisqu'il vise à proposer des changements réalistes pour le contexte clinique (Whittemore et Knafl, 2005), ce qui concorde avec le but de notre recherche. Russel (2005) décrit les multiples avantages d'une revue intégrative des écrits : aide à porter un jugement sur la qualité des articles, circonscrire les forces et les lacunes des écrits, identifier les problèmes majeurs dans un environnement de soins et la nécessité d'effectuer des futures recherches ainsi qu'elle aide à explorer des cadres conceptuels ou théoriques. Whittemore et Knafl (2005) proposent cinq étapes pour guider l'élaboration des revues intégratives et qui sont : 1) l'identification du problème; 2) la recherche documentaire; 3) l'évaluation des données; 4) l'analyse des données; et 5) la présentation des résultats. Selon Whittemore et Knafl (2005), l'étape de l'analyse des données nécessite une interprétation approfondie et une bonne synthèse des données. Les fiches de lecture réalisées par l'étudiante chercheuse ont permis de circonscrire les forces et les limites de chacune des écrits scientifiques et de faciliter certaines comparaisons entre elles (Whittemore et Knafl, 2005). Cet exercice d'analyse fut validé par la directrice ainsi que le co-directeur afin de garantir la rigueur dans la classification des résultats et ainsi que pour confirmer la bonne compréhension

des écrits. Cette étape sera approfondie après le comité d'approbation et de nouveaux articles, s'il y en a, seront intégrés.

Imen Hamdi
Signature de l'étudiante

09/07/2021
Date


Ce mémoire sera rédigé par articles : Oui Non

Réapprobation scientifique suite à la modification du mémoire dû à la pandémie

SIGNATURES

Suite à l'évaluation de ce projet de recherche effectué dans le cadre d'un mémoire de maîtrise, nous considérons qu'il répond aux exigences d'un travail scientifique.

NOM : Laurence Bernard, inf. Ph.D. Signature : 
Présidente du comité d'approbation

NOM : LINE BEAUDET, inf. Ph.D. Signature : 
Membre du comité d'approbation

NOM : Annette Lebing Signature : 
Directrice de recherche

Date : 12 juillet 2021