

Université de Montréal

Situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière au Québec :

*coconstruction théorique*

*Par*

Hélène Durocher

Faculté des sciences infirmières

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor

en sciences infirmières

Février 2024

© Hélène Durocher, 2024

Université de Montréal

Unité académique : Faculté des sciences infirmières

---

*Cette thèse intitulée*

**Situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière au Québec :**  
***coconstruction théorique***

*Présentée par*

**Hélène Durocher**

*A été évalué(e) par un jury composé des personnes suivantes*

**Marie-Josée Levert**

Présidente-rapporteuse

**Chantal Caux**

Directrice de recherche

**Caroline Larue**

Membre du jury

**Isabelle St-Pierre**

Examinatrice externe

## Résumé

L'intimidation entre infirmières constitue une menace pour la santé et le bien-être de ces professionnelles de la santé et pour la qualité des soins. En dépit des efforts déployés jusqu'à présent pour lutter contre ce fléau, il existe peu d'actions efficaces pour le contrer. Or, pour que les acteurs concernés puissent s'engager à intervenir, il est essentiel d'appréhender les réalités entourant ce type d'intimidation et de renforcer l'assise théorique actuelle qui fait défaut dans les écrits, notamment en sciences infirmières. Cette étude vise à coconstruire une théorie des situations d'intimidation entre infirmières, selon le point de vue d'infirmières et d'infirmiers québécois les ayant vécues à titre de cibles ou de témoins dans le cadre de leur pratique.

Cette étude s'inscrit dans le paradigme constructiviste social/constructionniste social inspiré de la pensée de Charmaz (2014) et est guidée par la perspective théorique interactionniste critique (Burbank et Martins, 2010; Martins et Burbank, 2011; Sandström et Fine, 2003). Elle prend appui sur une approche méthodologique interprétative/qualitative exploratoire qui résulte de la convergence entre la théorisation ancrée constructiviste (Charmaz, 2014), l'analyse situationnelle (Clarke et al., 2015) et l'analyse dimensionnelle (Schatzman, 1991; Schatzman et Strauss, 1973). Cinquante-deux infirmières et infirmiers répartis dans dix régions du Québec ont pris part à cette étude. Ils exerçaient différentes fonctions dans divers secteurs d'activité. Les données ont été recueillies à l'aide d'échanges informels, d'entretiens individuels et dyadiques de type conversationnel, de e-témoignages, de matériel invoqué et d'un questionnaire sociodémographique autoadministré. Le processus itératif de la collecte et l'analyse des données a permis de porter attention aux processus, aux actions, aux interactions sociales, aux structures sociopolitiques, aux contextes et aux discours sociaux dominants.

Les résultats proposent une coconstruction théorique qui témoigne d'une conception multidimensionnelle des situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière. Cette coconstruction théorique révèle la nature plurielle et évolutive de telles situations. Elle met en évidence quatre regroupements dimensionnels interdépendants : 1) des conditions situationnelles (antécédents) qui s'articulent autour des dimensions : contextes sociaux et

conditions micro et macrosociologiques, 2) un processus de création des situations d'intimidation qui se déroule en cinq phases. Les trois premières phases a) la situation initiale : ç'a commencé comme ça ! b) l'ancrage : ça continue ! et c) l'impasse : être dedans ! s'inscrivent dans la tolérance et le statu quo, alors que les deux dernières phases d) la mobilisation de ressources de soutien et e) la rupture sont ancrées dans une perspective d'action vers le changement, 3) des conséquences sur l'état de santé et de bien-être personnel et professionnel de l'infirmière intimidée ou témoin et sur la qualité des soins et, 4) un continuum espace-temps inhérent aux situations d'intimidation. La coconstruction théorique dévoile le cycle de vie des situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière permettant ainsi de mieux comprendre comment et pourquoi ce type de situations naissent, se produisent, se transforment et se terminent.

Les résultats de cette étude révèlent, entre autres, des moments propices aux transitions professionnelles pouvant marquer le début de situations d'intimidation, la formation d'alliances informelles (en cliques), des divisions internes au sein de la profession, l'adaptation de la pratique de l'infirmière intimidée à son environnement de travail toxique et la dénonciation de son vécu d'intimidation prenant appui sur des principes semblables à l'*advocacy* et à la parrhèsia. Des conséquences sur la santé, le bien-être, la vie sociale, la dignité, l'identité professionnelle et le parcours de carrière de l'infirmière intimidée ou témoin sont constatées.

Cette étude doctorale a permis d'appréhender de manière novatrice un sujet sensible et tacite comme des situations d'intimidation. Elle propose des recommandations pour les différents champs de la pratique infirmière et fournit des leviers de réflexion et d'action permettant de promouvoir des environnements de travail sains. Or, tout en contribuant au développement des connaissances en sciences infirmières, la présente étude offre un cadre de compréhension des situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière. Les pistes de réflexions et d'actions proposées pourraient permettre des avancées dans la lutte contre cette forme de violence qui sévit dans certaines organisations de santé et, potentiellement, dans d'autres domaines du monde du travail.

**Mots-clés :** Situation d'intimidation, pratique infirmière, théorisation ancrée constructiviste, analyse situationnelle, analyse dimensionnelle, interactionnisme-critique.

## Abstract

Bullying among nurses poses a threat to the health and well-being of these health professionals and to the quality of care. Despite the efforts made to date to combat this scourge, there are few effective actions to counter it. However, so that the actors concerned can commit to intervening, it is essential to understand the realities surrounding the bullying situations underlying nursing practice and to strengthen the current theoretical basis, which is lacking in the literature, particularly in nursing sciences. This study aims to co-construct a theory of bullying situations between nurses, according to the point of view of Quebec nurses who have experienced them as targets or witnesses in the context of their practice.

This study is part of the social constructivist/social constructionist paradigm inspired by the thought of Charmaz (2014) and is guided by the critical interactionist theoretical perspective (Burbank et Martins, 2010; Martins et Burbank, 2011; Sandström et Fine, 2003). It is based on an exploratory interpretive/qualitative methodological approach which results from the convergence between constructivist grounded theory (Charmaz, 2014), situational analysis (Clarke et al., 2015) and dimensional analysis (Schatzman, 1991; Schatzman et Strauss, 1973). Fifty-two nurses spread across ten regions of Quebec took part in this study. They performed different functions in various sectors of activity. Data were collected using informal exchanges, individual and dyadic conversational interviews, e-testimonies, invoked material and a self-administered sociodemographic questionnaire. The iterative process of data collection and analysis allowed attention to processes, actions, social interactions, socio-political structures, contexts, and dominant discourses.

The results propose a theoretical co-construction which demonstrates a multidimensional conception of bullying situations underlying nursing practice. This theoretical co-construction reveals the plural and evolving nature of such situations. It highlights four interdependent dimensional groupings: 1) situational conditions (antecedents) which revolve around the dimensions: social contexts and micro and macrosociological conditions, 2) a process of creating bullying situations which takes place in five phases. The first three phases a) the initial situation:

it started like that! b) anchoring: it continues! and c) the impasse: being in it! are part of tolerance and the status quo, while the last two phases d), the mobilization of resources and e) the rupture are anchored in a perspective of action towards change, 3) consequences on the state of health and personal and professional well-being of the bullied or witness nurse and on the quality of care and, 4) the space-time continuum inherent in bullying situations. The theoretical co-construction reveals the life cycle of bullying situations underlying nursing practice, thus allowing us to better understand how and why this type of situation arises, occurs, transforms, and ends.

The results of this study reveal, among other things, moments conducive to professional transitions which can mark the beginning of situations of intimidation, the formation of informal alliances (cliques), internal divisions within the profession, the adaptation of the practice of the bullied nurse to her toxic work environment and the denunciation of her experience of bullying which is based on principles similar to advocacy and parrhesia in order to protect herself and ensure the safety of patients. Consequences on the health, well-being, social life, dignity, professional identity and career path of the bullied nurse or witness are noted.

This doctoral study made it possible to approach a sensitive and tacit subject such as bullying situations in an innovative way. It offers recommendations for the different fields of nursing practice and provides levers for reflection and action to promote healthy work environments. However, while contributing to the development of knowledge in nursing sciences, the present study offers a framework for understanding the bullying situations underlying nursing practice. The proposed avenues of reflection and action could allow progress in the fight against this form of violence, which is rife in certain health organizations and, potentially, in other areas of the world of work.

**Keywords:** Bullying situation, nursing practice, constructivist grounded theory, situational analysis, dimensional analysis, critical interactionism.

# Table des matières

Résumé.....	5
Abstract .....	7
Table des matières .....	9
Liste des tableaux.....	19
Liste des figures.....	21
Liste des sigles et abréviations.....	23
Remerciements .....	27
Avant-propos.....	28
Chapitre 1 – Objet d'étude.....	29
1.1 But de l'étude .....	36
Chapitre 2 – Référents paradigmatiques et théoriques .....	37
2.1 Paradigme constructiviste social/constructionniste social.....	37
2.2 Perspective interactionniste critique .....	40
2.3 Questions de recherche .....	46
Chapitre 3 – Recension des écrits .....	47
3.1 Méthodologie de la recherche documentaire .....	47
3.2 Notion d'intimidation entre infirmières au travail.....	51
3.2.1 Mise en contexte : notion d'intimidation au travail .....	51
3.2.2 Notion d'intimidation entre infirmières.....	53
3.3 Antécédents .....	58
3.3.1 Antécédents individuels.....	58
3.3.2 Antécédents organisationnels.....	63
3.4 Prévalence .....	70

3.5 Conséquences .....	75
3.6 Synthèse de la recension des écrits .....	82
Chapitre 4 – Méthodologie .....	87
4.1 Orientation et approche méthodologiques .....	87
4.2 Milieu de l'étude .....	91
4.3 Mise en œuvre de l'étude .....	92
4.3.1 Phase initiale exploratoire .....	94
4.3.2 Échantillonnage .....	95
4.3.3 Recrutement.....	97
4.3.4 Composition de l'échantillon .....	101
4.3.5 Processus de collecte et d'analyse des données .....	102
4.3.5.1 Déroulement de la collecte des données et des diverses méthodes utilisées ....	103
4.3.5.1.1 Échange informel .....	103
4.3.5.1.2 Entretien intensif de type conversationnel.....	104
4.3.5.1.3 Entretien intensif dyadique de type conversationnel.....	107
4.3.5.1.4 E-témoignage .....	109
4.3.5.1.5 Document invoqué.....	110
4.3.5.1.6 Journal de bord .....	111
4.3.5.1.7 Questionnaire sociodémographique autoadministré.....	112
4.3.5.2 Processus analytique.....	113
4.3.5.2.1 Modalités de gestion du matériel de recherche aux fins d'analyse .....	115
4.3.5.2.2 Analyse des données.....	118
4.4 Considérations éthiques.....	130
Chapitre 5 – Résultats .....	135

5.1 Profil des participants (N=52).....	136
5.2 Coconstruction théorique .....	139
5.2.1 Coconstruction théorique .....	139
5.2.2 Dans quels contextes sociaux se vivent les situations d'intimidation ?.....	141
5.2.2.1 Transformations du RSSS .....	142
5.2.2.2 Changements dans la composition des équipes de travail.....	142
5.2.2.3 Statuts d'emploi menant à une transition professionnelle .....	143
5.2.2.4 Transformations de la pratique infirmière.....	144
5.2.3 Quelles conditions microsociologiques contribuent à la création de situations d'intimidation ? .....	146
5.2.3.1 Ressources personnelles .....	147
5.2.3.1.1 Valeurs véhiculées.....	147
5.2.3.1.2 (In)capacités d'affronter l'intimidateur .....	148
5.2.3.1.3 Différents niveaux de formation .....	149
5.2.3.2 Dynamiques interpersonnelles .....	150
5.2.3.2.1 Climat de travail toxique .....	151
5.2.3.2.2 Formation d'alliances et de cliques.....	153
5.2.3.2.3 Alliances de type racial.....	155
5.2.3.2.4 Alliances selon le type de spécialités cliniques .....	155
5.2.3.2.5 Alliances ou cliques connues dans le milieu de pratique .....	156
5.2.3.2.6 Alliances synonymes d'exclusion et de stigmatisation .....	156
5.2.3.2.7 Alliances formées par des liens de parenté ou de la communauté.....	157
5.2.3.3 Acteurs individuels .....	158
5.2.3.3.1 L'infirmière intimidée selon son point de vue .....	159

5.2.3.3.2 Posture de victimisation de l’infirmière intimidée .....	159
5.2.3.3.3 Posture de riposte ou de résistance de l’infirmière intimidée .....	160
5.2.3.3.4 L’intimidateur selon le point de vue de l’infirmière intimidée ou témoin ...	161
5.2.3.3.5 Le témoin selon le point de vue de l’infirmière intimidée ou témoin .....	162
5.2.3.3.6 Posture du témoin impliqué auprès de l’infirmière intimidée .....	162
5.2.3.3.7 Posture du témoin qui se colle à l’intimidateur .....	163
5.2.3.3.8 Posture du témoin défenseur de l’infirmière intimidée .....	163
5.2.3.3.9 Complexité entourant le rôle de témoin .....	164
5.2.3.3.10 Absence de témoin .....	165
5.2.4 Quelles conditions macrosociologiques contribuent à la création de situations d’intimidation ? .....	165
5.2.4.1 Conditions de travail .....	166
5.2.4.1.1 Règles non dites et non écrites .....	166
5.2.4.1.2 Confusion des rôles .....	167
5.2.4.1.3 Manque d’effectif.....	168
5.2.4.1.4 Surcharge de travail et iniquité de sa répartition .....	168
5.2.4.1.5 Environnement physique et manque de matériel/équipement.....	169
5.2.4.1.6 Manque de reconnaissance de l’employeur ou des collègues .....	170
5.2.4.1.7 Reconnaissance de la clientèle comme source de jalousie .....	171
5.2.4.2 Lois et politiques organisationnelles et gouvernementales .....	171
5.2.4.3 Acteurs collectifs .....	172
5.2.4.4 Discours sociaux dominants.....	174
5.2.4.4.1 Situations d’intimidation légitimées par le genre.....	174
5.2.4.4.2 Situations d’intimidation légitimées par l’âge .....	175

5.2.4.4.3 Situations d'intimidation légitimées par l'origine ethnique .....	175
5.2.4.4.4 Situations légitimées par la normalisation de comportements d'intimidation .....	176
5.2.4.4.5 Situations d'intimidation légitimées par la nécessité d'adhérer à la conformité .....	176
5.2.4.4.6 Situations d'intimidation légitimées par l'infantilisation .....	176
5.2.4.4.7 Situations d'intimidation légitimées par la hiérarchisation .....	177
5.2.4.4.8 Situations d'intimidation légitimées par l'iniquité/injustice .....	177
5.2.4.4.9 Situations d'intimidation légitimées par le pouvoir .....	178
5.2.5 Comment l'espace est-il un élément constitutif des situations d'intimidation ? .....	178
5.2.5.1 Espace physique .....	179
5.2.5.2 Cyberspace .....	181
5.2.5.3 Espace téléphonique .....	182
5.2.6 Comment le temps est-il un élément constitutif des situations d'intimidation ? .....	182
5.2.6.1 Chronologie .....	183
5.2.6.2 Temps vécu .....	185
5.2.7 Quelles sont les phases sous-jacentes aux processus de création des situations d'intimidation ? .....	186
5.2.7.1 Situation initiale : ç'a commencé comme ça ! .....	186
5.2.7.1.1 Changement d'attitudes et de comportements observé chez l'autre .....	187
5.2.7.1.2 Comportements d'intimidation comme déclencheur .....	187
5.2.7.1.3 Conditions préalables aux vécus d'intimidation .....	189
5.2.7.1.4 Mise en garde quant à la conduite d'autres collègues .....	190
5.2.7.1.5 Effet de surprise .....	191
5.2.7.1.6 (Dé)stabilisation comme conséquence de la situation initiale .....	192

5.2.7.2 Ancrage : ça continue !.....	192
5.2.7.2.1 Cumul de comportements d'intimidation .....	193
5.2.7.2.2 Incompréhension .....	194
5.2.7.2.3 Questionnement sur la situation vécue .....	195
5.2.7.2.4 Remise en question de soi .....	195
5.2.7.2.5 Validation .....	196
5.2.7.2.6 Tentatives infructueuses de régler la situation .....	197
5.2.7.2.7 Prise de conscience d'une impasse.....	198
5.2.7.2.8 Immobilisme ou loi du silence.....	199
5.2.7.2.9 (Dé)gradation comme conséquence de l'ancrage .....	200
5.2.7.3 Impasse : être dedans !.....	202
5.2.7.3.1 Atteinte d'une limite .....	203
5.2.7.3.2 Détérioration comme conséquence de l'impasse .....	204
5.2.7.4 Mobilisation de ressources de soutien .....	207
5.2.7.4.1 Mobilisation de ressources de soutien personnelles.....	208
5.2.7.4.2 Mobilisation de ressources de soutien professionnelles.....	210
5.2.7.4.3 Dénoncer pour protéger la clientèle.....	211
5.2.7.4.4 Obstacles liés à la dénonciation .....	212
5.2.7.4.5 Dénoncer de manière informelle.....	212
5.2.7.4.6 Dénoncer à l'ordre professionnel .....	214
5.2.7.4.7 Dénoncer par le biais de la politique organisationnelle .....	214
5.2.7.4.8 Dénoncer par le biais du syndicat comme seule voie d'accès à une représentation.....	217
5.2.7.4.9 Mobilisation de ressources externes à l'organisation .....	220

5.2.7.4.10 Intensification des comportements d'intimidation observée .....	221
5.2.7.4.11 Intensification de la détérioration ou (re)construction comme conséquence de la mobilisation de ressources de soutien .....	224
5.2.7.5 Rupture.....	225
5.2.7.5.1 Relocalisation .....	226
5.2.7.5.2 Départs volontaires .....	226
5.2.7.5.3 Départs involontaires .....	227
5.2.7.5.4 (Re)construction difficile comme conséquence de la rupture .....	230
5.2.7.5.5 (Re)construction positive comme conséquence de la rupture.....	232
5.3 Synthèse des résultats.....	235
Chapitre 6 – Discussion .....	239
6.1 Principaux constats et apports de la CTSI aux savoirs scientifiques .....	239
6.1.1 Conditions situationnelles (antécédents) .....	239
6.1.2 Pratique infirmière en situation d'intimidation (processus de création) .....	247
6.1.3 Conséquences sur l'état de santé et de bien-être personnel et professionnel de l'infirmière intimidée ou témoin.....	253
6.1.4 Continuum espace-temps .....	258
6.2 Contributions théoriques et méthodologiques de l'étude .....	260
6.2.1 Apport des référents théoriques.....	260
6.2.1.1 Conception interactionniste critique des situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière .....	260
6.2.1.2 Apport du paradigme constructiviste social/constructionniste social .....	262
6.2.2 Apport des repères méthodologiques .....	263
6.2.2.1 Approche interprétative/exploratoire .....	263
6.2.2.2 Phase initiale exploratoire ou travail pilote .....	263

6.2.2.3 Enjeux liés à la recherche sensible .....	264
6.3 Critères de scientificité.....	267
6.3.1 Crédibilité .....	267
6.3.2 Originalité.....	270
6.3.3 Résonance .....	271
6.3.4 Utilité.....	271
6.4 Limites .....	272
6.5 Recommandations .....	274
6.5.1 Sensibiliser les acteurs impliqués, directement ou indirectement, dans des situations d'intimidation au sein des organisations de santé .....	274
6.5.2 Rehausser et bonifier la formation initiale et continue des infirmières.....	275
6.5.3 Optimiser les mesures entourant les transitions professionnelles .....	277
6.5.4 Reconnaître la formation d'alliances informelles (en cliques) .....	278
6.5.5 Réfléchir sur les divisions internes au sein de la profession infirmière.....	279
6.5.6 Mettre des ressources à la disposition des infirmières en situation d'intimidation ..	280
6.5.7 Optimiser l'efficacité des politiques de tolérance zéro intimidation .....	282
6.5.8 Optimiser les modalités entourant la gestion de situations d'intimidation .....	284
6.5.9 Poursuivre la recherche sur l'intimidation en contexte infirmier.....	287
Conclusion .....	291
Références bibliographiques.....	295
Annexes .....	337
Annexe A : Méthodologie de la recherche documentaire.....	338
Annexe B : Autorisation d'accès à une liste nominative.....	339
Annexe C : Invitation à participer – affiche publicitaire.....	341
Annexe D : Invitation à participer - CYBERJOURN@L de l'ORIIM/L.....	342

Annexe E : Formulaire d'information et de consentement .....	343
Annexe F : Fiche contact – participant potentiel .....	350
Annexe G : Guide d'entretien.....	353
Annexe H : Questionnaire sociodémographique autoadministré .....	356
Annexe I : Exemple d'un schéma produit lors de la réalisation d'entretiens rapprochés.....	359
Annexe J : Carte situationnelle chaotique.....	360
Annexe K : Carte situationnelle ordonnée <i>extrait</i> .....	361
Annexe L : Documents d'approbation éthique .....	362
Annexe M : Consentement pour e-témoignages.....	371

## Liste des tableaux

Tableau 1. –	Référents paradigmatiques et théoriques de l'étude doctorale.....	45
Tableau 2. –	Répartition des participants selon le nombre et le type de rencontres .....	110
Tableau 3. –	Exemple de codification avec Microsoft Excel® .....	124

## Liste des figures

Figure 1. –	Triage documentaire initial. ....	50
Figure 2. –	Éléments constitutifs de l’approche méthodologique.....	88
Figure 3. –	Parcours méthodologique.....	93
Figure 4. –	Quatre moments de visibilité médiatique de la recherche doctorale.....	99
Figure 5. –	Processus analytique de la recherche doctorale. ....	114
Figure 6. –	Coconstruction théorique des situations d’intimidation (résumée). ....	141
Figure 7. –	Contextes sociaux des situations d’intimidation. ....	142
Figure 8. –	Conditions microsociologiques des situations d’intimidation. ....	147
Figure 9. –	Conditions macrosociologiques des situations d’intimidation. ....	166
Figure 10. –	Éléments spatiaux des situations d’intimidation. ....	179
Figure 11. –	Éléments temporels des situations d’intimidation. ....	183
Figure 12. –	Situation initiale d’intimidation menant à la (dé)stabilisation.....	186
Figure 13. –	Ancrage des situations d’intimidation menant à la (dé)gradation. ....	193
Figure 14. –	Impasse des situations d’intimidation menant à la détérioration. ....	202
Figure 15. –	Mobilisation de ressources vers l’intensification de la détérioration/(re)construction. ....	208
Figure 16. –	Rupture menant à l’intensification de la détérioration/(re)construction.....	225
Figure 17. –	Coconstruction théorique des situations d’intimidation. ....	238

## Liste des sigles et abréviations

AIIC : Association des infirmières et infirmiers du Canada

ANA : American Nurses Association

CERES : Comité d'éthique de la recherche en santé

CH : Centre hospitalier

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CII : Conseil international des infirmières

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CLSC : Centres locaux de services communautaires

CNESST : Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail

CSBE : Commissaire à la santé et au bien-être du Québec

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

FCSII : Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers

LNT : Loi sur les normes du travail

LSST : Loi sur la santé et la sécurité au travail

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

OIT : Organisation internationale du travail

OMS : Organisation mondiale de la Santé

ORIIM/L : Ordre régional des infirmières et des infirmiers de Montréal et Laval

RSSS : Réseau de la santé et des services sociaux

*À mes amours, mon conjoint Maurice et mes enfants Noémie, Louis, Mylène et Chloé*

*Merci pour votre accompagnement et votre présence vraie*

## Remerciements

Je tiens à exprimer mes sincères remerciements à tous ceux et celles qui ont soutenu la réalisation de ce travail scientifique. Des remerciements spéciaux s'adressent à Chantal Caux, ma directrice de recherche, pour son soutien et ses précieux conseils. Je remercie également les membres des comités d'approbation, d'éthique et du jury de cette thèse. Je suis particulièrement redevable aux infirmières et infirmiers qui m'ont accordé leur confiance en partageant généreusement le récit de leurs vécus d'intimidation survenus dans leur parcours professionnel. Leur intérêt marqué à l'égard de ce projet doctoral représentait, pour moi, une source inestimable de motivation. Pour cela, je leur offre mes respectueux remerciements.

La production de cette thèse a bénéficié de la bourse doctorale d'excellence du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur — universités, de la bourse de communication et transfert des connaissances de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et de l'appui financier de l'Ordre régional des Infirmières et des Infirmiers de Montréal et Laval (ORIIM/L). Merci à ces généreux donateurs. Je remercie Assia Mourid pour son soutien à la recherche documentaire, Geneviève Riel-Roberge et Alexandre Michaud pour leur travail de révision linguistique de même que mes ami(e)s, collègues de doctorat et de travail pour leurs encouragements.

Enfin, je ne peux passer sous silence l'appui indéfectible des membres de ma famille qui ont contribué, chacun à leur manière, à ce projet. Mes parents pour être ma source d'inspiration pour ce qui est d'apprendre et de demeurer constamment dans l'action à travers des projets de vie. Je remercie, ma fille, Noémie, pour son précieux soutien et la production des figures et illustrations ; mon fils, Louis, pour ses encouragements constants ; ma fille, Mylène, pour son aide lors du *mapping*, ses lectures attentives de la thèse et ses précieux commentaires de même que ma fille, Chloé, pour son écoute active et pour avoir commenté plusieurs chapitres de cette thèse. Un merci tout spécial à mon conjoint, Maurice, pour son amour et son soutien inconditionnel. Sa compréhension et sa patience tout au long de cette aventure m'ont permis de mener à bien la réalisation de ce projet doctoral. À tous, je vous exprime ma plus profonde gratitude.

## Avant-propos

Quelles sont les raisons qui motivent une infirmière à s'engager dans un projet doctoral portant sur des situations d'intimidation entre infirmières vécues au sein de la profession infirmière ? Comment aborder un sujet aussi épineux, tabou, pourtant bien connu, et largement répertorié dans le monde du travail ?

La raison d'être de ce projet doctoral est née de mes activités d'enseignement universitaire, durant lesquelles j'ai côtoyé des étudiantes et des étudiants en sciences infirmières qui m'ont révélé des histoires troublantes s'apparentant à de l'intimidation qu'ils racontaient avoir vécues dans divers milieux de pratique. Plusieurs m'exprimaient que ces événements les avaient menés à douter d'eux-mêmes et de leurs compétences professionnelles. Certains remettaient en question la poursuite de leurs études ou de leur carrière dans ce domaine. Les témoignages de ces professionnels de la santé, dont plusieurs en devenir, étaient poignants. Ils me préoccupaient tant sur le plan de la santé au travail que du point de vue de la sécurité de la clientèle et de la qualité des soins. Je voulais mieux comprendre ce qu'ils vivaient. J'ai donc emprunté la voie de la recherche avec un projet doctoral porteur de justice sociale et contributif à l'effort collectif dans la lutte contre l'intimidation entre infirmières.

En amorçant ce projet, je me suis engagée dans la voie du doute et de l'incertitude ; il s'agissait pour moi d'un changement de paradigme, qui m'invitait à réfléchir autrement la recherche, notamment en donnant la voix aux infirmières et infirmiers vivant ou ayant vécu des situations d'intimidation dans le cadre de leur pratique. Il me paraissait inévitable que la compréhension de ce problème social complexe repose sur leurs discours, et non seulement sur celui de chercheurs et d'experts. D'ailleurs, le propos présenté dans cette thèse classique devait permettre aux infirmières et infirmiers de reconnaître les situations d'intimidation qui sévissent dans le monde infirmier actuel et d'y réfléchir. De plus, la finalité de ce projet doctoral devait être investie de la mission sociale de la profession infirmière, en contribuant à la construction de savoirs novateurs nécessaires à la santé au travail du personnel infirmier et à l'optimisation de la qualité des soins. Elle devait aussi tendre vers l'élaboration d'actions pertinentes permettant de contrer les situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière.

# Chapitre 1 – Objet d'étude

Depuis près de trois décennies, une montée de violence en milieu de travail a été observée à l'échelle internationale dans la plupart des secteurs d'activité économiques, notamment dans le secteur de la santé (Organisation internationale du Travail [OIT], Havaei et al., 2020; 2019, 2021). C'est le cas avec l'intimidation entre infirmières<sup>1</sup>, une forme de violence psychologique qui fait particulièrement l'objet d'une attention soutenue de la part de la communauté scientifique et des acteurs du monde du travail, en raison de ses incidences sur la santé, la sécurité et le bien-être de ces professionnelles de la santé (Goh et al., 2022; Johnson, 2019; Minton et Birks, 2019; Purpora et al., 2019; Waldo, 2016). La nature destructive de cette forme de *terrorisme professionnel*, pour emprunter l'expression de Leymann (1990), en fait l'une des plus grandes menaces pour la profession infirmière, et met sérieusement en danger la sécurité des patients (Hutchinson et Jackson, 2013a; Johnson et Benham-Hutchins, 2020).

Issue de l'expression anglaise *workplace bullying*, l'intimidation au travail représente « un comportement répété, offensant, harcelant ou insultant, d'abus de pouvoir ou de sanctions injustes qui rendent les destinataires bouleversés, humiliés, vulnérables ou menacés, créant un stress et minant la confiance en soi » [traduction libre] (Vessey et al., 2010, p. 136). Il s'agit d'un « processus d'escalade au cours duquel la personne intimidée peut se retrouver dans une position inférieure et devenir la cible d'actes sociaux négatifs systématiques » [traduction libre] (Einarsen et al., 2020, p. 26). Dans ces circonstances, la personne se sent incapable de se défendre contre de tels comportements (Nielsen et Einarsen, 2018). Cette forme de violence s'exerce par un collègue, un supérieur ou un subordonné de la victime (Einarsen et al., 2020).

En contexte infirmier, l'intimidation entre infirmières représente la forme de violence la plus courante après celle qui sévit entre patients/familles et infirmières (Edward et al., 2014). Elle se manifeste sous différentes formes et manières (ex. : critique injustifiée, diffusion de fausses rumeurs, menaces) et provient de sources variées (ex. : collègues, gestionnaires) (Hutchinson, Vickers, Wilkes, et al., 2010). Cependant, une grande majorité d'infirmières considère que les

---

<sup>1</sup> Afin d'alléger la lecture, la rédaction de cette thèse utilise le féminin générique lorsqu'il est question des infirmières et infirmiers.

comportements d'intimidation proférés à leur endroit par des collègues constituent la forme de violence la plus troublante et dévastatrice pour elles, en raison de l'importance qu'elles accordent au soutien de leurs pairs au cours de leurs activités professionnelles (Corney, 2008; Farrell, 1997; Havaei et al., 2020; Wilson, 2016).

Malgré des années de recherche dans ce domaine, encore aujourd'hui, les infirmières de nombreux pays continuent d'être victimes d'intimidation par d'autres infirmières dans leurs milieux de pratique (Bambi et al., 2019; Edward et al., 2014; Hartin et al., 2018). Des gestionnaires, des organisations et des infirmières tendent à nier l'existence de cette forme de violence ou à l'accepter tacitement comme une norme, ce qui complexifie la recherche de solutions au problème (Castronovo et al., 2016). Ce constat est corroboré par le Conseil international des infirmières (CII) qui, déjà en 2017, condamnait vigoureusement la violence en milieu de travail, dont l'intimidation, en invoquant le respect des droits de la personne (CII, 2017). En 2015, l'American Nurses Association (ANA), de même que l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) et la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (FCSII) faisaient de l'environnement de travail une priorité en matière de lutte contre l'intimidation au sein de la profession infirmière (ANA, 2015; AIIC/FCSII, 2015). Alors que l'ANA (2015) exhortait les infirmières et les acteurs des milieux de pratique, y compris ceux des milieux de formation, à se mobiliser pour créer un environnement de travail exempt de toute forme de violence, l'AIIC/FCSII (2015), de leur côté, faisaient valoir le droit pour les infirmières, de même que pour les étudiants dans ce domaine, de travailler et d'être formés dans un environnement sain et sûr.

Même avec ces prises de position, l'intimidation entre infirmières demeure, jusqu'à maintenant, une réalité largement répandue qui persiste dans de nombreuses organisations de santé à l'échelle mondiale (Crawford et al., 2019; Goh et al., 2022; Spector et al., 2014). Selon la revue systématique réalisée par Lever et al. (2019), la prévalence est estimée à 26,3 % (95 % CI 22,4, 30,1). Au Québec, plusieurs indices montrent une présence accrue d'intimidation en milieu de travail, notamment dans le secteur de la santé (Lippel et al., 2011; Pelletier et al., 2018, 2022). Toutefois, il est difficile de présenter un portrait actuel de la situation étant donné la décentralisation de la gestion de cette forme de violence qui relève de chacun des établissements

du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) (L. Haddad<sup>2</sup>, communication personnelle, 26 mars 2019). Dans ce contexte, il s'avère impossible de positionner la situation des infirmières québécoises par rapport aux données nationales et internationales sur l'intimidation entre infirmières.

Par ailleurs, la nature relativement cachée et subtile des comportements d'intimidation les rend difficiles à identifier (Dzurec et Bromley, 2012). En général, l'intimidation entre infirmières tend à demeurer sous-déclarée, dissimulant ainsi sa réelle étendue (Nowrouzi-Kia et al., 2019). La sous-déclaration tient au fait que les situations d'intimidation entre infirmières sont très souvent reconnues pour être ancrées dans une culture de silence qui, dans bien des cas, empêche la victime ou le témoin de les dénoncer par crainte de représailles de la part de l'intimidateur (ex. : collègue, supérieur) (Báez-León et al., 2016; Gaffney et al., 2012). À ce propos, les mécanismes mis en place pour porter plainte sont la plupart du temps inconnus, inappropriés ou complexes, ce qui décourage la victime d'entreprendre une démarche de dénonciation (Hegney et al., 2010). D'ailleurs, plusieurs infirmières ont la ferme conviction qu'aucune action ne sera prise par l'employeur pour contrer l'intimidation entre infirmières, et que rien ne va changer à la suite de leurs démarches pour rompre le silence (Castronovo et al., 2016). En fait, il semble que la sous-déclaration contribue au maintien du statu quo. Cela dit, même si, l'état de la situation demeure, à ce jour, peu documenté auprès des infirmières québécoises, le Québec peut difficilement faire figure d'exception face à cette problématique, justifiant ainsi la pertinence de se pencher sur ce problème et ses conséquences.

Les conséquences négatives de l'intimidation entre infirmières pour les infirmières ont été largement documentées (Bambi et al., 2018; Goh et al., 2022; Kim et al., 2019; Lever et al., 2019; Purpora, Cooper, et al., 2015; Purpora et al., 2019; Rodwell et Demir, 2012b). Bon nombre d'écrits indiquent qu'une exposition à l'intimidation entre infirmières signifie pour l'infirmière de travailler dans un environnement dont le climat toxique représente une source de stress qui

---

<sup>2</sup> Madame Haddad est conseillère à l'Accès à l'information, protection des renseignements personnels, propriété intellectuelle et gestion documentaire au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

menace sa santé, sa sécurité et son bien-être (Arnetz et al., 2019; Bowllan, 2015; Duddle et Boughton, 2007; Maddalena et al., 2012).

Les symptômes de dépression, d'anxiété, de détresse psychologique (Goh et al., 2022) et de stress post-traumatique (Bambi et al., 2018), les troubles du sommeil et les maux de tête (Lever et al., 2019), la perte de motivation et l'augmentation de l'absentéisme au travail (Laschinger, Wong et Grau, 2012; Trépanier, Fernet, Austin, et al., 2016) sont les conséquences personnelles et professionnelles les plus rapportées dans les écrits d'une exposition à l'intimidation entre infirmières. Des études indiquent que l'infirmière intimidée peut difficilement prodiguer des soins aux patients de manière sécuritaire et efficace, lorsqu'il y a rupture de communication avec son intimidateur (Hogh et al., 2018; Purpora et Blegen, 2015). Des chercheurs indiquent que ce contexte de violence peut nuire à la qualité des soins (Arnetz et al., 2020; Hawkins et al., 2019; Hutchinson et Jackson, 2013a; Roche et al., 2010).

Sur le plan organisationnel, des études montrent une augmentation de l'insatisfaction au travail (Brewer et al., 2020; Lindy et Schaefer, 2010; Smith et al., 2010), alors que d'autres font état de l'intention de certaines infirmières de quitter leur emploi et même la profession en raison de leur exposition à ce climat d'intimidation (Goris et al., 2016; King-Jones, 2011; Lewis-Pierre et al., 2019; Purpora et al., 2019). Selon une étude américaine ayant utilisé un devis descriptif rétrospectif transversal, jusqu'à 40 % des infirmières (N=130) avaient l'intention de quitter leur emploi en raison de l'intimidation qu'elles subissaient de la part de leurs collègues infirmières (Wilson et al., 2011). Enfin, aucune estimation des coûts socioéconomiques liés à ce problème en contexte québécois n'a été repérée dans les écrits. Selon Edmonson et Zelonka (2019), aux États-Unis, en 2018, l'estimation des coûts liés au roulement du personnel infirmier en raison de l'intimidation entre infirmières variait de 38 000 \$ à 61 100 \$ pour une infirmière de chevet, avec des pertes financières allant de 4,4 à 7 millions de dollars pour l'organisation.

Plusieurs chercheurs se sont penchés sur la recherche de solutions pour lutter contre l'intimidation entre infirmières dans les milieux de pratique et de nombreuses stratégies ont été proposées (Armstrong, 2018; Crawford et al., 2019; Karatuna et al., 2020; Pfeifer et Vessey, 2017; Rutherford et al., 2019; Somani et al., 2021; Stagg et Sheridan, 2010). Cependant, une revue

systematique Cochrane sur ce sujet démontre que les preuves indiquant l'efficacité des interventions individuelles et organisationnelles pouvant prévenir les comportements d'intimidation en milieu de travail, y compris entre infirmières, sont de très faible qualité (Gillen et al., 2017).

Dans l'ensemble, les paramètres d'intervention documentés reposent essentiellement sur des approches préventives centrées sur le développement et le déploiement de stratégies éducatives mobilisatrices de ressources personnelles (ex. : capacité d'adaptation) (Bond et Birkholz, 2020; Courtney-Pratt et al., 2018; Mallette et al., 2011) et de ressources relationnelles (ex. : communication interpersonnelle) (Gillespie et al., 2017; Griffin et Clark, 2014; Koh, 2016; Palumbo, 2018; Sauer et al., 2018). D'autres interventions sont présentées selon des approches de gestion mobilisatrices de ressources professionnelles (ex. : leadership) (Bortoluzzi et al., 2014; Frederick, 2014; McPherson et Buxton, 2019; Mills et al., 2019), organisationnelles (ex. : politique de tolérance zéro intimidation) (Armmer et Ball, 2015; Cleary et al., 2009; Coursey et al., 2013; Johnson, 2015; Johnson et al., 2015; Schmidt et al., 2016) et politiques (ex. : prise de position, législation) (Branch et al., 2013; Castronovo et al., 2016). Des chercheurs recommandent la combinaison d'interventions pour lutter contre l'intimidation entre infirmières (Balevre et al., 2018; Chipps et McRury, 2012; Keller et al., 2016; Parker et al., 2016; Strandmark et al., 2017; Strandmark et Rahm, 2014).

Des progrès sont observés dans le domaine de l'intervention pour contrer ce problème, mais les contributions à sa prévention et sa résolution semblent encore rares et peu efficaces (Castronovo et al., 2016). Jusqu'à maintenant, plutôt que d'agir sur plusieurs niveaux (ex. : individuel, relationnel, organisationnel, sociétal), la majorité des interventions recensées fait état d'actions dont la responsabilité incombe à l'infirmière qui doit s'outiller pour faire face à d'éventuelles situations d'intimidation entre infirmières dans les milieux de pratique (Gamble Blakey et al., 2019). Sur le plan organisationnel, l'inefficacité et l'incohérence des actions mises en œuvre sont fréquemment rapportées dans les écrits consultés (Coursey et al., 2013).

Bien que non spécifique à l'intimidation entre infirmières, au Québec, le Plan d'action concerté pour prévenir et contrer l'intimidation et la cyberintimidation 2020-2025 reconnaît la

présence de situations d'intimidation et de cyberintimidation dans plusieurs milieux de vie, dont le milieu de travail (Gouvernement du Québec, 2021a). Des leviers législatifs (ex. : le Code criminel, la Loi sur les normes du travail [LNT]) permettent de considérer l'intimidation au travail comme étant passible de poursuites judiciaires (Pelletier et al., 2018). Par exemple, la LNT prévoit à l'article 81.19 que l'employeur mette en place une politique de prévention et de traitement des plaintes. Dans ce cas, lorsqu'une infirmière se trouve en situation d'intimidation, elle peut adresser une plainte à son employeur ainsi qu'auprès de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) pour exercer le recours prévu par la LNT. Cependant, lorsqu'elle est syndiquée, comme c'est le cas pour la grande majorité des infirmières embauchées dans le RSSS (Marleau, 2022), pour exercer son recours prévu par la LNT, elle doit obligatoirement faire appel à son syndicat. Selon Bowling et Beehr (2006), dans le cas où la plainte implique des collègues syndiqués, cela laisse présager certaines difficultés en raison de la proximité des liens entre collègues et collègues-employeur. Dès lors, il y a lieu de s'interroger sur les obstacles rencontrés par l'infirmière intimidée par une autre infirmière dans son milieu de travail pour obtenir du soutien.

En dépit du consensus mondial sur l'importance de contrer l'intimidation entre infirmières et des efforts déployés en ce sens, à ce jour, force est de constater que ce problème persiste toujours (Pfeifer et Vessey, 2017). La recherche de solutions étant essentielle, elle ne peut toutefois se faire sans avoir appréhendé, a priori, ce à quoi correspond l'intimidation entre infirmières selon les différents contextes de pratique (Gamble Blakey et al., 2019; Hartin et al., 2018).

Jusqu'à maintenant, les efforts théoriques de conceptualisation des trois dernières décennies permettent de distinguer des manières différentes d'aborder l'intimidation entre infirmières. Des chercheurs l'ont appréhendée en explorant certaines de ses dimensions constitutives selon une perspective centrée sur l'individu (ex. : les perceptions et les attitudes (Ma et al., 2017), l'expérience vécue (Corney, 2008; Lindy et Schaefer, 2010) ou le capital psychologique positif (Yun et Kang, 2018)). D'autres l'ont abordée sous l'angle de l'interaction entre infirmières [ex. : les rivalités] (Strandmark et Hallberg, 2007), la perception d'injustice sociale (Moffa et Longo, 2016) ou la hiérarchie (An et Kang, 2016)). Une grande partie de la

recherche conceptuelle sur l'intimidation entre infirmières repose sur la relation entre l'infirmière, intimidée ou témoin, et son environnement de travail. La justice organisationnelle (Terzioglu et al., 2016), le climat de travail (Hutchinson et Hurley, 2013; Hutchinson, Wilkes, et al., 2010; Olsen et al., 2017), le climat éthique (Hutchinson et Jackson, 2015; Katrinli et al., 2010; Olson, 1998), et les réseaux d'alliances informelles organisationnelles (Hutchinson, Jackson, et al., 2008), le pouvoir ou les inégalités des rapports de force (Giorgi et al., 2016; Hutchinson et al., 2006c; Scott, 2018; Taylor, 2016), le stress au travail (Trépanier, Fernet, Austin, et al., 2016) ou le soutien organisationnel (Brewer et al., 2020) en sont quelques exemples.

De nombreux chercheurs ont examiné les différentes dimensions constitutives de l'intimidation entre infirmières ; cependant, peu d'études les ont examinées dans leur ensemble. Une seule étude basée sur le modèle écologique de Bronfenbrenner (1979) propose une conceptualisation qui prend en considération des facteurs individuels, interpersonnels, organisationnels et sociétaux (Johnson, 2011). Néanmoins, tout comme la plupart des modèles recensés, le modèle de Johnson (2011) a été développé à partir d'une synthèse des écrits et construit à l'aide d'un cadre théorique existant qui a été lié à l'intimidation entre infirmières.

Une grande proportion des modèles explicatifs recensés prend appui sur des études quantitatives dont la finalité vise surtout la mesure objective de variables (ex. : comportements d'intimidation, conséquences) au lieu d'explorer *comment* et *pourquoi* ces situations d'intimidation entre infirmières naissent, se produisent, se transforment et se terminent. En général, les études excluent la voix des infirmières et peu de modèles, basés sur des études qualitatives, explorent en profondeur le point de vue des infirmières à ce sujet, limitant ainsi sa compréhension.

Somme toute, l'état actuel des connaissances donne un mince aperçu de ce à quoi correspond l'intimidation entre infirmières, notamment dans les milieux de pratique en contexte québécois. Les modèles explicatifs recensés sont limités en sciences infirmières et peu d'études de compréhension prennent en considération à la fois des facteurs individuels, relationnels, organisationnels et structurels. Dès lors, si les acteurs du monde du travail visent à s'engager dans le développement et la mise en œuvre de stratégies pour résoudre le problème de manière

efficace, ils doivent d'abord comprendre l'intimidation et ce qui explique pourquoi ce problème persiste entre infirmières, d'où la nécessité de renforcer l'assise théorique actuelle à ce sujet.

Selon ce qui précède, la perspective interactionniste critique développée par Sandström et Fine (2003) paraît tout indiquée pour guider l'étude de situations d'intimidation entre infirmières. En effet, ce repère théorique, explicité dans le prochain chapitre, s'appuie sur des éléments microsociologiques issus de l'interactionnisme symbolique (ex. : groupes de référence) et d'éléments macrosociologiques de la théorie critique (ex. : idéologies hégémoniques). Selon Burbank et Martins (2010), ces deux perspectives sont fréquemment utilisées dans la recherche en sciences infirmières, et leur combinaison micro-macro fournit des balises pour mieux saisir un objet d'étude dans sa globalité.

En cohérence avec la perspective théorique, l'étude doctorale privilégie une approche qualitative exploratoire/interprétative, basée sur la proximité et le dialogue entre le chercheur et les participants, comme le proposent Charmaz (2014), Clarke et al. (2015), Schatzman (1991) de même que Schatzman et Strauss (1973). Ces auteurs reconnaissent l'influence du chercheur sur le processus de la recherche et considèrent que son produit résulte de l'influence réciproque du chercheur et des participants. C'est ce qui représente une coconstruction, terme inspiré de la perspective de Charmaz (2014). Ce cadre invite donc à réfléchir autrement et à coconstruire, avec des infirmières, une compréhension partagée de situations d'intimidation entre infirmières.

### **1.1 But de l'étude**

Cette étude doctorale s'inscrit dans le domaine des sciences infirmières, et a pour but de coconstruire une théorie des situations d'intimidation entre infirmières, selon le point de vue d'infirmières et d'infirmiers québécois les ayant vécues à titre de cibles ou de témoins dans le cadre de leur pratique. Le parcours de cette étude a été guidé à partir de questions de recherche présentées dans le prochain chapitre de cette thèse.

## Chapitre 2 – Référents paradigmatiques et théoriques

Ce deuxième chapitre expose les référents paradigmatiques et théoriques qui ont servi d'assises à cette étude pour guider la coconstruction théorique de situations d'intimidation (CTSI) entre infirmières dans leurs milieux de pratique. La première section aborde le paradigme constructiviste social/constructionniste social inspiré de la pensée de Charmaz (2014), et la deuxième fournit des précisions sur la perspective théorique interactionniste critique développée par Sandström et Fine (2003). La présentation des questions de recherche conclut ce chapitre.

### **2.1 Paradigme constructiviste social/constructionniste social**

Un paradigme correspond à une construction idéologique portant sur la nature de la réalité ou, plus précisément, à une vision du monde fondée sur des valeurs, des croyances, des savoirs et des intérêts reconnus et partagés par des individus, des groupes ou une équipe scientifique dans une visée de générer des connaissances (Carter et Little, 2007; Davies et Fisher, 2018; Levy, 1994). Ce modèle de croyances et de pratiques permet au chercheur d'accorder une préférence à certaines orientations ontologiques, épistémologiques, méthodologiques et théoriques, afin de décrire et de soutenir la compréhension du monde étudié au sein d'une discipline (Carter et Little, 2007). Le paradigme précise la lentille, les cadres et les processus dans lesquels la recherche va se développer (Weaver et Olson, 2006). Il sert à justifier le choix de la méthode utilisée pour construire les données, les analyses et, conséquemment, les connaissances (Carter et Little, 2007; Levy, 1994). L'influence du paradigme s'avère donc déterminante sur les décisions méthodologiques tout au long du processus de la recherche.

Dans cette étude, le paradigme constructiviste social/constructionniste social, inspiré de la pensée de Charmaz (2014), a été retenu pour étudier l'objet social d'intérêt que sont les situations d'intimidation entre infirmières puisqu'il correspond, à ce jour, à la vision du monde de la doctorante. Des précisions à ce sujet sont présentées dans les prochains paragraphes.

La terminologie composite du paradigme constructivisme social/constructionnisme social a été adoptée spécifiquement pour l'étude doctorale afin de mettre en évidence ses éléments constitutifs. Le premier élément — le constructivisme social — traduit la pensée des

constructivistes sociaux, comme Vygotsky (1962) et Lincoln et Guba (2013). Il suppose que l'élaboration de connaissances relève d'un processus de construction des représentations mentales façonnées à partir du langage et des interactions sociales des individus pour conférer un sens à leurs situations (Charmaz, 2014; Dumora et Boy, 2008). Sous cet angle, les contextes sociaux, le partage de points de vue et les compréhensions interprétatives des significations sont pris en considération, tout comme le savoir et l'apprentissage sont considérés comme indissociables de la vie sociale (Charmaz, 2000; Charmaz, 2014).

Le deuxième élément constitutif — le constructionnisme social — est issu de la recherche sociologique interprétative produite vers le milieu des années 1990 (Charmaz, 2014). Il s'agit d'une conception fondée sur la construction interprétative du monde étudié qui tient compte de l'influence des conditions contextuelles, interactionnelles, sociales, structurelles et situationnelles sur l'objet d'étude et sur le processus de construction de la recherche (Charmaz, 2014; Clarke, 2005; Clarke et al., 2015; Holstein et Gubrium, 2008; Holstein et Gubrium, 2007). Cette conception du constructionnisme social diffère de sa version conventionnelle qui remonte aux années 1980, en ce sens qu'elle reconnaît le rôle du chercheur dans l'acte de la construction des données et de la théorie dans le processus de la recherche (Charmaz, 2000; Charmaz, 2014; Clarke, 2005; Clarke et al., 2015; Holstein et Gubrium, 2008; Levers, 2013). Le paradigme retenu pour l'étude doctorale fait ainsi appel à la version revisitée du constructionnisme social traditionnel et aux principes sous-jacents du constructivisme social décrits précédemment. Il sous-tend une ontologie relativiste et une épistémologie subjectiviste.

La subjectivité inhérente au paradigme constructiviste social/constructionnisme social reconnaît celle des participants et celle du chercheur dans l'acte de construction et d'interprétation des données (Charmaz, 2000; Charmaz, 2014). Elle soutient l'idée qu'il existe une réalité sociale plurielle, processuelle, construite et reconstruite qui est influencée par les interactions du chercheur avec les participants (Charmaz, 2014). Sous cet angle, le chercheur ne peut pas faire abstraction de ses expériences passées et de ses a priori envers l'objet étudié puisque son questionnement est doté d'une sensibilité aiguisée par des référents interprétatifs (Baker et al., 1992; Charmaz, 2014; Mucchielli, 2005; Paillé et Mucchielli, 2010). Dans cette étude, la doctorante faisait partie du monde infirmier qu'elle étudiait et les données résultent de la

compréhension mutuelle qu'elle en avait avec les participants. C'est sans contredit que sa perspective est venue teinter le processus de la recherche et les résultats.

Le relativisme constitutif du paradigme constructiviste social/constructionniste social prétend que la réalité est multiple et diffère d'une personne à l'autre (Guba et Lincoln, 1994). Concernant les réalités sociales, elles ne peuvent pas exister en dehors de l'action humaine (Charmaz, 2014). Cette position idéologique invite le chercheur à faire preuve de réflexivité en interrogeant l'influence de ses propres actions et décisions méthodologiques sur les résultats (Charmaz, 2000; Charmaz, 2006; Charmaz, 2014; Charmaz et al., 2018; Clarke, 2005; Clarke et al., 2015; McCabe et Holmes, 2009). Pour ce faire, la doctorante adoptait une attitude critique face au raisonnement qu'elle suivait pour coconstruire des savoirs, comme le proposent Duncan et al. (2007) ainsi que Levy (1994). Elle interrogeait l'influence de son bagage expérientiel sur sa manière d'agir dans le parcours de la recherche pour mieux comprendre la manière dont les participants construisaient leurs propres réalités. La doctorante tentait aussi de donner une visibilité à la construction des significations qu'ils accordaient à leurs vécus d'intimidation, notamment à partir des actions issues des dynamiques interactionnelles. Bref, dans cette étude, la réflexivité éclairait la doctorante et, comme le souligne Jeffrey (2005), c'est à partir de rencontres sur sa route que « le chercheur se questionne sur sa démarche [...] chemine dans une forêt de questions [...] poursuit sa route afin de se laisser tout le temps de réfléchir » (p. 117).

Le paradigme constructiviste social/constructionniste social s'inscrit dans la tradition interprétative et se situe à la croisée du postmodernisme (Charmaz, 2014; Clarke et al., 2015). Il donne la possibilité de mieux saisir l'objet étudié à partir d'interprétations situées sur un continuum de temps en interrogeant des aspects sociétaux comme des pouvoirs, des discours et des structures (Bryant et Charmaz, 2010; Dumora et Boy, 2008; Guba et Lincoln, 2005; Holstein et Gubrium, 2008; Young et Collin, 2004). Son caractère transformateur encourage l'utilisation de la recherche qualitative à des fins de justice sociale par la remise en question des formes dominantes d'inégalité et d'injustice, afin de contribuer à des changements au sein de la société (Charmaz, 2014). Il s'harmonise avec la visée humanisante de la recherche en sciences infirmières en permettant d'identifier et de mieux saisir ce qui peut nuire ou favoriser le bien-être, notamment en prenant conscience du contexte politique (Nairn, 2019).

Ce paradigme offre la lentille nécessaire pour étudier en profondeur un monde d'expériences, de relations et de contextes à partir du point de vue des participants (Charmaz, 2000; Charmaz, 2009; Charmaz, 2014). Il s'agissait d'un choix judicieux pour que la doctorante, comme infirmière, puisse apporter une contribution aux changements dans la pratique infirmière en favorisant, entre autres, le pouvoir d'agir des participants en leur donnant la parole pour qu'ils puissent partager leurs expériences vécues et comprendre autrement leur vécu d'intimidation. Tout au long du parcours de la recherche, ce paradigme a servi 1) à formuler les questions de recherche pour explorer en profondeur des situations d'intimidation entre infirmières 2) à orienter le choix vers la méthode de recherche qualitative, inspirée de l'approche méthodologique par théorisation ancrée constructiviste proposée par Charmaz (2014), de l'analyse situationnelle de Clarke et al. (2015) et de l'analyse dimensionnelle de Schatzman et Strauss (1973) et Schatzman (1991) 3) à adopter la perspective interactionniste critique développée par Sandström et Fine (2003) pour éclairer la démarche de la collecte et l'analyse des données qualitatives 4) à sélectionner et à interroger les outils méthodologiques 5) à assurer la solidité de la conceptualisation et de l'articulation de l'approche qualitative retenue et 6) à prendre des décisions méthodologiques pour affiner la construction des résultats.

## **2.2 Perspective interactionniste critique**

Afin de faciliter la compréhension interprétative des données et de la coconstruction théorique, il est nécessaire de faire appel à une diversité théorique et disciplinaire (Paquette, 2007). À ce titre, Schatzman et Strauss (1973) soutiennent que :

Le chercheur est libre de penser à toutes les théories et hypothèses pertinentes sur son sujet (...) ce dont il a besoin, c'est d'une perspective ou d'un cadre théorique pour obtenir une entrée conceptuelle dans son sujet et pour soulever des questions pertinentes [traduction libre] (Schatzman et Strauss, 1973, p. 111)

Selon ces auteurs, l'usage de théories requiert une posture d'ouverture afin de ne pas « utiliser pleinement un cadre de départ et toutes théories reçues comme une clé » [traduction libre] (p. 111). C'est dans cette optique que la perspective théorique de l'interactionnisme critique, dont les premiers efforts de conceptualisation reviennent au philosophe et sociologue

Georg Simmel (Papilloud, 2004; Simmel, 2013; Vandenberghe, 2001), a été retenue pour cette étude.

Cette approche sociologique met en évidence le relationnel comme caractère particulier du social (Papilloud, 2004). Elle repose sur le concept de *Weschselwirkung*, ce qui réfère, selon Simmel, aux processus d'interaction microsociologiques (ex. : conflit, imitation, division du travail, subordination) ou, plus précisément, au « creuset de la société » (Vandenberghe, 2001, p. 43). L'approche relativiste de Simmel indique que la réalité est constamment en mouvement et la vie représente : « l'expérience vécue de ce monde infini » (Vandenberghe, 2001, p. 38). Simmel qualifie la connaissance de constructiviste en soulignant que la vérité correspond à la réalité construite et reconstruite selon une perspective distincte « qui réorganise et synthétise les fragments du réel dans une forme unitaire déterminée » (Vandenberghe, 2001, p. 17). Simmel ne mise pas sur une idée de sens a priori ; il considère plutôt que les processus d'attribution de sens sont issus de processus sociaux à partir desquels se construisent, dans l'espace et le temps, les conditions de possibilité du sens (Papilloud, 2004). Il propose d'interroger ces conditions indispensables à l'établissement de rapports sociaux (Papilloud, 2004), soit la manière dont se construit la société en interrogeant et en analysant comment les formes d'association structurent quotidiennement les interactions entre les individus (Vandenberghe, 2001).

Pour Simmel, une association correspond au *Weschselwirkung*. Cependant, puisque l'interaction seule est insuffisante pour constituer une association, il souligne la nécessité « que les individus en interaction “les uns avec, pour et contre les autres [...]” forment de quelque manière une “unité”, ou une “société”, et qu'ils en soient conscients » (Vandenberghe, 2001, p. 43). Autrement dit, l'individu doit prendre conscience que, dans ses interactions avec les autres, il forme une « unité d'ordre social » produite autant par ses propres actions que par celles des autres (Vandenberghe, 2001). Cet angle microsociologique révèle l'établissement de « liens interhumains qui font la société ou, mieux, qui *sont* la société, puisque celle-ci existe dès que des individus entrent en interaction » (Vandenberghe, 2001, p. 110). Selon Simmel, les interactions dynamiques entre les individus et les groupes confèrent un caractère relationnel représenté par les processus microsociologiques à partir desquels les structures macrosociologiques (ex. : institutions et organisations sociales) se construisent (Simmel, 2013).

Des chercheurs ont étudié la combinaison de la microsociologie et de la macrosociologie dans une visée d'amener un changement dans le monde social (Burbank et Martins, 2010; Fine et Sandström, 1993; Martins et Burbank, 2011; Sandström et Fine, 2003; Sundin et Fahy, 2008; Westheimer, 1992). Parmi eux, Sandström et Fine (2003) proposent la perspective théorique interactionniste critique en s'inspirant des travaux de Hall (1972, 1987, 1997), qui portent sur l'analyse interactionniste critique du pouvoir, de la politique et de la formation des politiques, et ceux de Schwalbe (1986), qui proposent une perspective du travail en prenant appui sur les théories de Marx et de Mead (Burbank et Martins, 2010). Selon Sandström et Fine (2003), la perspective interactionniste critique repose sur la convergence de certains points idéologiques et philosophiques issus de l'interactionnisme symbolique (Mead) et de la théorie sociale critique (École de Francfort et du marxisme), même si les philosophies, concepts, prémisses, objectifs, préoccupations et points de focalisation présentent des divergences (Burbank et Martins, 2010).

Burbank et Martins (2010), de même que Martins et Burbank (2011) se sont penchés sur la synergie micro-macro de l'interactionnisme symbolique et de la perspective critique en démontrant sa pertinence pour améliorer la recherche, la pratique et la formation infirmières. Pour ces chercheurs, l'adoption d'une double vision favorise le développement de stratégies novatrices de changements individuels et sociétaux. Sous cet angle, cette approche paraissait tout indiquée pour étudier des situations d'intimidation entre infirmières en contexte infirmier. Effectivement, la perspective interactionniste symbolique est centrée sur les expériences de l'individu en interaction avec son environnement en fonction de la réalité qu'il se construit à partir d'un processus interprétatif qui transforme ses multiples significations, y compris celles qui résultent d'un processus collectif (Blumer, 1969; Charmaz, 2009; Charmaz, 2014). Dans la recherche en sciences infirmières, l'interactionnisme symbolique est surtout utilisé pour décrire et mieux saisir les significations et les définitions des individus et celles entre les individus (Burbank et Martins, 2010; Martins et Burbank, 2011; Sundin et Fahy, 2008).

Pour ce qui est de la perspective critique, elle est fondée sur l'idée de Marx qui soutient que la société exerce une domination sur les individus qu'il considère comme aliénés (Burbank et Martins, 2010). Sur la base de la philosophie de la praxis du théoricien marxiste Gramsci, la perspective théorique critique représente la combinaison de la structure et de la conscience ou,

plus précisément, du sujet et de l'objet (Burbank et Martins, 2010). Selon Gramsci, la société utilise des formes de contrôle sociopolitique, dont la domination sociale (ex. : tribunaux) ou l'hégémonie idéologique, qui réfèrent à l'intériorisation des idées dominantes de la société dans les relations de domination et d'exploitation (Burbank et Martins, 2010). La perspective critique est donc centrée sur la société et permet de mieux saisir les structures de pouvoir au sein des systèmes sociaux en se basant sur des concepts comme : la classe sociale, le genre, l'idéologie, le pouvoir, la justice, les inégalités sociales ainsi que l'oppression dans le but d'égaliser les relations de pouvoir par l'émancipation (Burbank et Martins, 2010). En sciences infirmières, cette perspective sert surtout à mieux comprendre les inégalités de pouvoir dans les relations entre les genres et dans l'explication de l'oppression au sein du système de santé (Burbank et Martins, 2010).

Malgré les disparités constatées entre les perspectives de l'interactionnisme symbolique et la théorie sociale critique, Burbank et Martins (2010) affirment qu'elles ne sont pas contradictoires, mais plutôt complémentaires. Ils donnent l'exemple de zones de convergence observées entre la notion de groupes de référence, de l'interactionnisme symbolique et celle de l'hégémonie idéologique de la théorie sociale critique. Selon ces auteurs, leur complémentarité s'explique par le fait qu'elle prend en considération d'une part la perspective relationnelle (groupes de référence), qui permet de mieux saisir les significations d'expériences vécues lors des interactions dans le monde social, selon le point de vue des individus et, d'autre part, une perspective élargie, qui mise sur les idéologies dominantes généralement transmises par les groupes de référence (Burbank et Martins, 2010; Martins et Burbank, 2011). Ainsi, en prenant appui sur l'approche interactionniste critique, le chercheur peut adopter une position interactionniste tout en demeurant critique de l'interaction (Papilloud, 2004).

Dans cette étude, l'approche interactionniste critique a été choisie comme levier théorique pour appréhender des situations d'intimidation entre infirmières dans leurs milieux de pratique. Cet angle permettait à la doctorante d'examiner l'objet d'étude à partir de ce que Martins et Burbank (2011) décrivent comme étant un mouvement de va-et-vient entre l'aval *downstream* (soi, interactions, symboles, groupes de référence, actions et points de vue) et l'amont *upstream* (classes sociales, idéologies dominantes, oppression et émancipation). Par

exemple, à partir des prémisses de l'interactionnisme symbolique, soit l'aval (*downstream*), il était possible d'explorer, à partir du point de vue des participants, leurs interactions et actions par l'entremise de symboles et de significations au regard de leurs vécus d'intimidation en tenant compte de leurs expériences passées et de leurs groupes de référence. Par ailleurs, en s'appuyant sur des fondements de la théorie sociale critique, soit l'amont (*upstream*), la doctorante pouvait explorer plus en profondeur la relation entre les réalités construites et partagées par les participants et les conditions sociostructurelles, notamment en matière de reproduction, de normalisation et de légitimation des conditions sous-jacentes aux situations d'intimidation à l'étude. En allant et venant avec fluidité entre la microsociologie et la macrosociologie, la doctorante portait attention aux liens entre les expériences rapportées, les significations, les interprétations, les actions et les comportements, tout en prenant en considération les pressions externes et les conditions structurelles qui contribuaient à la création des situations d'intimidation entre infirmières, comme le proposent Burbank et Martins (2010), Martins et Burbank (2011) de même que Westheimer (1992).

Somme toute, en plus de s'harmoniser avec le référent paradigmatique constructiviste social/constructionniste social, la perspective interactionniste critique permettait de réfléchir l'objet d'étude à partir d'une large vision afin d'appréhender des situations d'intimidation entre infirmières qui représentent un problème social complexe et difficile à saisir. Ce levier théorique est tout indiqué pour la recherche en sciences infirmières, puisqu'il s'inscrit dans la volonté de contribuer au développement de réflexions paradigmatiques et de création de nouvelles idéologies pour renforcer le développement de savoirs, comme le préconisent Kagan et al. (2010). Effectivement, la perspective interactionniste critique donnait une direction à l'étude doctorale et permettait de mettre en évidence de nouvelles possibilités pertinentes sur le plan du développement théorique et méthodologique pour la recherche, la pratique et la formation infirmières, comme l'indiquent Burbank et Martins (2010) de même que Martins et Burbank (2011). Le Tableau 1 présente les points saillants retenus du paradigme et de l'approche théorique privilégiés.

Paradigme constructiviste social/constructionniste social (inspiré de la pensée de Charmaz, 2014)	Perspective interactionniste critique (inspirée de Georg Simmel (2013) et de Sandström et Fine (2003))
<p><b>Constructivisme social</b> Connaissances relèvent d'un processus de construction des représentations mentales façonnées à partir du langage et des interactions sociales des individus pour conférer un sens à leurs situations.</p> <p>Prend en compte les contextes sociaux, les points de vue et les compréhensions interprétatives des significations.</p>	<p><b>Angle microsociologique</b> : dans ses interactions dynamiques avec les autres, l'individu forme une « unité d'ordre social » produite autant par ses propres actions que par celles des autres.</p> <p><b>Angle macrosociologique</b> : Les processus microsociologiques permettent de construire les structures macrosociologiques.</p>
<p><b>Constructionnisme social</b> (issu de la recherche sociologique interprétative du milieu des années 1990).</p> <p>Construction interprétative du monde étudié.</p> <p>Tient compte de l'influence des conditions contextuelles, interactionnelles, sociales, structurelles et situationnelles sur l'objet d'étude et sur le processus de construction de la recherche.</p> <p>Reconnaît le rôle du chercheur dans l'acte de construction des données.</p>	<p>Combinaison micro - macro.</p> <p>Convergence de certains points idéologiques et philosophiques de l'interactionnisme symbolique (expériences de l'individu en interaction avec son environnement) et de la théorie sociale critique (hégémonie idéologique).</p>
<b>Reconnaît le rôle de la théorie dans le processus de la recherche → → → Perspective théorique interactionniste critique</b>	
<b>Ontologie relativiste</b>	
<p>La réalité est multiple.</p> <p>La réalité sociale ne peut exister en dehors de l'action humaine.</p> <p>Invite le chercheur à faire preuve de réflexivité en interrogeant l'influence de ses actions et décisions méthodologiques sur les résultats.</p>	<p>La réalité est constamment en mouvement.</p> <p>La vie représente l'expérience vécue dans un monde infini.</p>
<b>Épistémologie subjectiviste</b>	
<p>Reconnaît la subjectivité des participants et du chercheur dans l'acte de construction et d'interprétation des données.</p> <p>Le chercheur fait partie du monde qu'il étudie, il ne peut pas faire abstraction de ses expériences et a priori.</p> <p>La réalité sociale est plurielle, processuelle, construite et reconstruite, et influencée par les interactions du chercheur avec les participants.</p> <p>Les données résultent de la compréhension mutuelle entre le chercheur et les participants.</p>	<p>La réalité est construite et reconstruite.</p> <p>Les processus d'attribution de sens sont issus de processus sociaux à partir desquels se construisent des conditions de possibilité de sens dans l'espace et le temps.</p>
<p><b>Tradition interprétative à la croisée du postmodernisme</b> Mieux saisir l'objet étudié à partir d'interprétations situées sur un continuum de temps.</p> <p>Interroge des aspects sociétaux (ex. pouvoirs, discours, structures, contextes politiques).</p>	<p>En cohérence avec la tradition interprétative et le postmodernisme.</p>
<b>Caractère transformateur à visée humanisante</b>	
<p>Encourage l'utilisation de la recherche qualitative à des fins de justice sociale.</p>	<p>Vise un changement dans le monde social.</p> <p>Contribue au développement de réflexions paradigmatiques et de nouvelles idéologies pour renforcer le développement de savoirs.</p>
<b>S'harmonisent avec la recherche en sciences infirmières</b>	

Tableau 1. – Référents paradigmatiques et théoriques de l'étude doctorale

## 2.3 Questions de recherche

Cette étude souhaite répondre aux questions suivantes :

- 1) Dans quels contextes sociaux se vivent les situations d'intimidation entre infirmières ?
- 2) Quelles conditions microsociologiques contribuent à la création de situations d'intimidation entre infirmières ?
  - a) Qui sont les différents acteurs individuels impliqués dans les situations d'intimidation entre infirmières ?
- 3) Quelles conditions macrosociologiques contribuent à la création de situations d'intimidation entre infirmières ?
  - a) Qui sont les différents acteurs collectifs impliqués dans les situations d'intimidation entre infirmières ?
  - b) Quels discours légitiment la création de situations d'intimidation entre infirmières ?
- 4) Comment l'espace est-il un élément constitutif des situations d'intimidation entre infirmières ?
- 5) Comment le temps est-il un élément constitutif des situations d'intimidation entre infirmières ?
- 6) Quelles sont les phases sous-jacentes aux processus de création des situations d'intimidation entre infirmières ?
- 7) Quelles sont les conséquences des situations d'intimidation entre infirmières vécues par les participants sur leur vie personnelle ? Leur parcours de carrière ? Et sur la qualité des soins ?

## Chapitre 3 – Recension des écrits

Ce troisième chapitre expose les principaux constats issus des écrits pertinents recensés sur l'objet d'étude afin de justifier la pertinence de ce travail scientifique. Il présente d'abord la méthodologie de la recherche documentaire, suivie de l'état actuel des connaissances sur la notion d'intimidation entre infirmières au travail, les antécédents, la prévalence et les conséquences. Une synthèse comprenant des pistes à emprunter pour des recherches futures sur l'intimidation entre infirmières dans les milieux de pratique conclut ce chapitre.

### 3.1 Méthodologie de la recherche documentaire

Une recherche documentaire a été réalisée en prenant appui sur les stratégies proposées par Cronin et al. (2008), Havard (2007) et Wakefield (2014) et les conseils d'une bibliothécaire afin de soutenir la production de ce travail scientifique, comme le recommande Havard (2007). Elle a évolué tout au long du parcours doctoral, jusqu'au moment du dépôt de cette thèse. Afin de mettre à jour régulièrement la recherche d'information, des veilles informationnelles automatisées ont été mises en place pour inclure les publications les plus récentes sur le sujet. La stratégie est détaillée dans les prochains paragraphes, puis illustrée à l'Annexe A.

D'abord, la stratégie de recherche reposait sur les questions de recherche présentées à la section 2.3 de cette thèse. Ensuite, les bases de données *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* CINAHL (EBSCOhost), *Social Work Abstracts* (EBSCOhost), *All Ovid MEDLINE* (R), *Global Health*, *EMBASE*, *EBM Reviews — Cochrane Database of Systematic Reviews*, *EBM Reviews — ACP Journal Club*, *EBM Reviews — Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *EBM Reviews — Database of Abstracts of Reviews of Effects*, *WebScience*, *PsycINFO* (PsycNET), *Scopus*, *Repère*, *Érudit*, *CAIRN*, la banque de données en santé publique *BDSP*, *Littérature scientifique en santé LISSa*, le catalogue des bibliothèques de l'Université de Montréal *Atrium* ainsi que la collection de 34 bases de données sur *ProQuest*, ont été sélectionnées pour accéder à un large éventail de sources de données, comme le préconisent Cronin et al. (2008) de même que Wakefield (2014). Ces 50 bases de données regroupaient de la documentation scientifique en santé publique, en psychologie, en gestion, en sciences de l'éducation, en sciences sociales et en sciences infirmières.

Les concepts 1) *intimidation*, 2) *milieu de travail* OU *milieu d'éducation* et 3) *infirmier* OU *étudiant* OU *professeur*, traduits en langue anglaise, ont été ciblés pour établir les mots-clés de la recherche documentaire. Ensuite, une liste de leurs synonymes et termes connexes a été dressée après les avoir examinés à l'aide de dictionnaires électroniques et de mots-clés utilisés dans l'indexation d'articles repérés. Des auteurs recommandent au chercheur de procéder ainsi afin qu'il puisse trouver autant d'informations que possible puisque les chercheurs peuvent utiliser différents mots pour désigner le même objet (Cronin et al., 2008; Havard, 2007; Wakefield, 2014). La liste comprenait 34 termes connexes et synonymes d'intimidation (ex. : *bullying, cyberbullying, harassment, mobbing, hostility*), 19 de milieu de travail OU de milieu d'éducation (ex. : *workplace, occupational, job, hospital, school, university*) et 19 d'infirmières OU étudiants OU professeurs (ex. : *nurses, nursing, nursing student, nursing education*). Chacun des synonymes et termes connexes a été utilisé dans chacune des bases de données sélectionnées afin d'y repérer ses descripteurs, considérant que chaque base de données possède des fonctions de recherche spécifiques (Havard, 2007). Les synonymes et termes connexes ont également été utilisés comme mots-clés pour composer une équation de recherche à partir des critères propres à chacune des bases de données consultées (ex. : troncature [\*], opérateurs booléens [AND, OR] et opérateurs de proximité [NEAR, ADJ]) (Havard, 2007). La recherche documentaire a ainsi été réalisée à l'aide de mots-clés et de descripteurs localisés dans les bases de données mentionnées précédemment, comme le proposent Cronin et al. (2008).

Les filtres de recherche *Titre, Résumé et Mots-Clés*, de même que les critères de sélection de *langues anglaise et française*, ont été appliqués pour limiter le repérage de documents (Wakefield, 2014). Aucune restriction quant au degré d'actualité et de couverture géographique n'a été utilisée, afin que tout article présent dans les bases de données consultées soit repéré. L'ensemble des traces de la recherche documentaire ont été préservées à l'aide des historiques de recherche. Un total de 31 679 documents a été recensés. Cinquante-trois documents additionnels ont été repérés à partir d'une recherche manuelle menée en consultant les références de certains documents retenus, ce qui a permis de cibler des auteurs clés et des textes fondateurs sur l'objet d'étude. D'autres documents ont été trouvés par la recherche sur le Web avec des moteurs de recherche tels que *Google* et *Google Scholar* pour cibler des rapports

gouvernementaux et des prises de position d'organismes. Ces démarches supplémentaires ont porté le nombre total de documents repérés à 31 732. Les références ont été exportées ou inscrites manuellement dans le logiciel bibliographique EndNote afin de faciliter la gestion documentaire.

Après l'élimination des 23 443 doublons, un premier triage des documents repérés (n=8 289) sur la base d'une première lecture des titres et des résumés a permis de sélectionner 4 840 documents. Ces derniers mettaient en évidence de nombreux textes d'opinion, des éditoriaux, des commentaires, des anecdotes et des articles de journaux qui ne reposaient pas sur des données probantes. Ce type de documents, tout comme les revues d'intérêt général, d'information ou de vulgarisation ont été exclus de l'analyse, soit 3 449 documents. La sélection s'est poursuivie par une (re)lecture des titres, des résumés, et, dans certains cas, de l'introduction, des sous-titres de sections et de la conclusion des 1 391 documents scientifiques restants et sur la base de l'évaluation des critères suivants : 1) l'étude traite de l'intimidation entre infirmières en milieu de pratique, y compris les stages, 2) le but est précis et mesurable et les résultats sont en adéquation avec celui-ci, 3) la taille de l'échantillon des études quantitatives est suffisamment grande pour permettre de dégager des constats pertinents, 4) la description de la méthodologie, qualitative ou quantitative, permet de la reproduire et de poser un jugement sur les biais possibles, 5) l'étude traite des effets de l'intimidation sur les infirmières, 6) l'étude traite des facteurs d'influence sur la création de situations d'intimidation entre infirmières, 7) l'étude est issue d'un pays dont le contexte sociopolitique est semblable à celui du Québec/Canada, et 8) en tenant compte de ses limites, l'étude présente un contenu suffisamment pertinent pour être retenue, ce qui a permis d'exclure 1 126 études. Au terme du triage documentaire, un total de 265 documents scientifiques et rapports gouvernementaux publiés entre 1987 et 2023 sur l'intimidation entre infirmières a été inclus dans cette recension des écrits pour soutenir cette étude doctorale. La Figure 1 présente l'organigramme du triage documentaire à l'aide du diagramme de flux Prisma 2009 adapté pour cette étude.

Les documents retenus sont douze rapports issus de la littérature grise, une thèse de doctorat, neuf livres et chapitres de livres et 243 articles scientifiques, dont des études à devis quantitatifs (n=108), qualitatifs (n=41), mixtes (n=5), des écrits théoriques (n=43), des revues de

littérature (n=32), des revues systématiques (n=10) ainsi que des méta-analyses (n=3) et un examen de la portée. La majorité des recherches retenues ont été menées en Amérique du Nord, en Europe et en Australie. Une évaluation globale de la qualité des documents a été réalisée à l'aide d'outils d'évaluation produits par le *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)* (ex. : *CASP Qualitative Studies Checklist, CASP Systematic Review Checklist*) et des travaux de Salmi (2012) sur la lecture critique d'écrits scientifiques. Le résultat de la recherche documentaire est présenté dans les prochaines sections de ce chapitre.

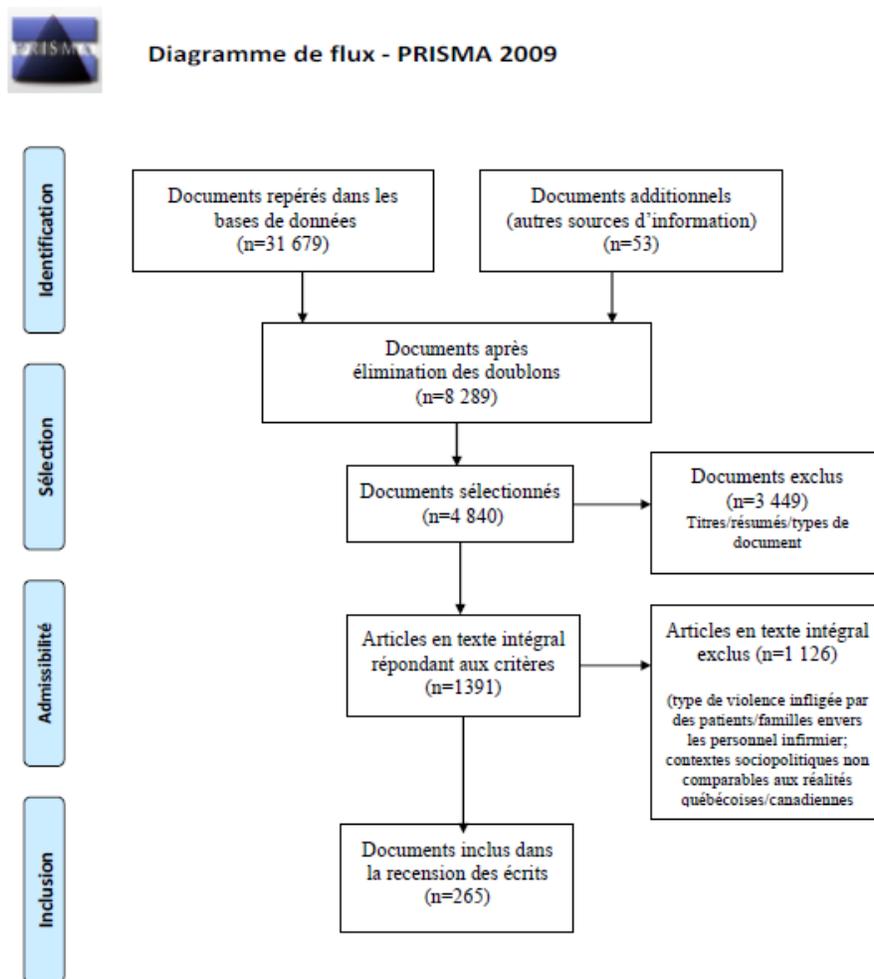


Diagramme de flux - Prisma. Traduction française réalisée par la Bibliothèque du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) (2014).

From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit [www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org).

Figure 1. – Triage documentaire initial.

## 3.2 Notion d'intimidation entre infirmières au travail

Cette sous-section présente une brève mise en contexte de la notion d'intimidation au travail suivie de la notion d'intimidation entre infirmières.

### 3.2.1 Mise en contexte : notion d'intimidation au travail

En général, l'utilisation de la notion d'intimidation dans les écrits semble attribuée à Heinemann (1972), qui a décrit les comportements d'enfants dans un cadre scolaire en empruntant le terme *mobbing* à Konrad Lorenz, un biologiste et éthologue-zoologiste qui l'utilisait pour décrire la conduite animale telle que l'agression et les combats territoriaux au sein du troupeau (Einarsen et al., 2020). La notion d'intimidation a trouvé une première résonance dans le monde du travail, au cours des années 1990, auprès de chercheurs et de praticiens scandinaves (Einarsen et al., 1994; Leymann, 1990; Leymann, 1996) et britanniques (Adams, 1992).

Au Québec, la référence à la notion d'intimidation au travail concorde avec l'adoption, en 2004, de la Loi sur les normes du travail (LNT). Cependant, plutôt que de référer à la notion d'intimidation, la législation québécoise désigne celle de harcèlement psychologique au travail, dont la définition est prévue à l'article 81.18 de cette même loi :

Une conduite vexatoire se manifestant soit par des comportements, des paroles, des actes ou des gestes répétés, qui sont hostiles ou non désirés, laquelle porte atteinte à la dignité ou à l'intégrité psychologique ou physique du salarié et qui entraîne, pour celui-ci, un milieu de travail néfaste. [...]. Une seule conduite grave peut aussi constituer du harcèlement psychologique si elle porte une telle atteinte et produit un effet nocif continu pour le salarié (Gouvernement du Québec, 2023b).

La LNT visant à interdire le harcèlement psychologique au travail a vu le jour après que l'organisme communautaire *Au bas de l'échelle* a sonné l'alarme, au début des années 2000 concernant un nombre considérable de travailleurs non syndiqués qui consultaient l'organisme en raison de problèmes de harcèlement psychologique au travail (Aubé, 2009). En 2003, le Comité interministériel sur la prévention du harcèlement psychologique et le soutien aux victimes présentait un rapport au ministre du Travail identifiant les principales causes de ce problème

(Aubé, 2009). Dès lors, la LNT est devenue essentielle en raison des effets néfastes sur la santé des travailleurs. Elle met l'accent sur le droit à un milieu de travail exempt de harcèlement psychologique pour favoriser le bien-être de tous les travailleurs et prévoit une disposition qui fait partie intégrante des conventions collectives (Aubé, 2009). Plus récemment, le Plan d'action concerté pour prévenir et contrer l'intimidation et la cyberintimidation 2020-2025 (Gouvernement du Québec, 2021a), qui s'inscrit dans la poursuite des efforts de prévention pour contrer l'intimidation prévue au Plan d'action de 2015-2018, abordait la notion d'intimidation au travail dans son message visant à mobiliser la société québécoise à se soucier des personnes intimidées de tous les âges et dans n'importe quel milieu de vie (ex. : école, travail, famille, cyberspace) (Gouvernement du Québec, 2015a).

Depuis les premiers travaux, la recherche sur la notion d'intimidation au travail a constamment suscité un intérêt marqué de nombreux chercheurs et praticiens à l'échelle internationale, surtout dans les domaines de la psychologie organisationnelle et de la gestion (Bowling et Beehr, 2006) de même qu'en santé au travail, en sociologie, en politique, en éthique et en droit (Lamontagne, 2010). Le sujet demeure cependant peu exploré en sciences infirmières (Waldo, 2016).

Dans l'ensemble, la recension des écrits sur la notion d'intimidation au travail a permis de constater que l'expression intimidation au travail (*workplace bullying*) est fréquemment utilisée dans les récents écrits, y compris ceux dans le domaine infirmier. De plus, le terme intimidation est connu par le grand public en général en raison de sa médiatisation croissante (Fontes et al., 2019; Waldo, 2016). Pour ces raisons, il a été utilisé dans l'expression *situation d'intimidation*, privilégiée dans cette étude, afin de circonscrire l'objet d'étude qu'est l'intimidation entre infirmières dans les milieux de pratique. À noter que le terme situation fait référence à un ensemble de conditions sociostructurelles (ex. : éléments symboliques, socioculturels, organisationnels, politiques, économiques, humains et non humains, d'espace-temps et de discours sous-jacents), ce qui permet de réfléchir au-delà des facteurs individuels (Clarke et al., 2015).

### 3.2.2 Notion d'intimidation entre infirmières

D'abord, il existe une quantité considérable de concepts, de termes et d'expressions utilisés dans les recherches de manière interchangeable pour désigner l'intimidation entre infirmières (Bambi et al., 2018; Crawford et al., 2019; Frederick, 2014; Gilmour et Hamlin, 2003; Hartin et al., 2018; Hawkins et al., 2019; Houck et Colbert, 2017; Hutchinson et Jackson, 2015; Simons et Mawn, 2010; Taylor et Taylor, 2017; Vessey et al., 2010; Waldo, 2016; Wolf et al., 2018). Par exemple, des auteurs l'ont appelée harcèlement psychologique (Budden et al., 2017; Cardoso et al., 2016; Minton et al., 2018), violence horizontale (Bloom, 2019; Lewis-Pierre et al., 2019; Longo et al., 2016; Parker et al., 2016; Purpora et Blegen, 2015; Roberts et al., 2009; Taylor et Taylor, 2017) ou violence latérale (Embree et al., 2013; Griffin, 2004; Griffin et Clark, 2014; O'Connell et al., 2019; Roberts, 2015; Russell, 2016) pour n'en nommer que quelques-uns.

L'usage de termes différents pour désigner l'intimidation entre infirmières dans les recherches peut s'expliquer du moins en partie par le fait que les chercheurs prennent en considération les termes et expressions les plus fréquemment utilisés dans le pays où l'intimidation fait l'objet d'une étude (Saunders et al., 2007). Selon Risjord (2009), un concept peut être fondé tant sur les écrits que sur le langage profane et il doit être analysé, non pas avant le développement d'une théorie, mais plutôt pendant son développement. Il précise qu'en l'absence de théorie, le recours aux connaissances ancrées dans la pratique, comme c'est le cas avec les concepts issus du langage profane, se révèle particulièrement utile pour développer des théories pratiques et validables, notamment en sciences infirmières. L'exploration de la notion d'intimidation entre infirmières, en prenant en compte les propos des infirmières, constitue ainsi une avenue méthodologique pertinente à considérer pour cette étude doctorale.

Par ailleurs, certains chercheurs et praticiens qui s'intéressent à l'intimidation entre infirmières soulignent l'existence d'une confusion conceptuelle (Bambi et al., 2018; Crawford et al., 2019; Curtis et al., 2006; Embree et White, 2010; Hawkins et al., 2019; Lewis-Pierre et al., 2019; Thomas, 2012; Ventura-Madangeng et Wilson, 2009; Vessey et al., 2010). D'autres, par exemple Nielsen et Einarsen (2018) de même que Hershcovis (2011), s'interrogent sur la pertinence de poursuivre des études sur la délimitation de frontières conceptuelles entre les

concepts, puisque ces tentatives de différenciation semblent plutôt avoir semé une plus grande confusion dans laquelle les chercheurs examinent, en fin de compte, des comportements négatifs qui ont des différences terminologiques, mais qui demeurent malgré tout très semblables. Enfin, Herscovis (2011) est plutôt d'avis que ce sont les éléments communs entre les concepts qui doivent primer sur les variations conceptuelles qui ont peu d'effets différentiels.

Outre la diversité des conceptualisations qui se chevauchent et varient selon les pays et les cultures, quatre thèmes communs permettent de circonscrire le concept d'intimidation entre infirmières. Premièrement, les actions font référence aux comportements d'intimidation (expérience, comportements et perceptions) dirigés vers l'infirmière qui perçoit être la cible sur son lieu de travail (Anusiewicz et al., 2019; Becher et Visovsky, 2012; Bond et Birkholz, 2020; Clarke et al., 2012; Etienne, 2014; Hartin et al., 2019; Johnson et al., 2015; Johnston et al., 2010; Mott, 2014; Simons et Mawn, 2010; Wilkins, 2014). La plupart des chercheurs les regroupent selon qu'ils représentent une menace qui pèse directement sur la personne intimidée par des attaques personnelles (ex. : insulter, humilier, répandre de fausses rumeurs, exclure délibérément quelqu'un) ou professionnelles (ex. : critiquer constamment de manière injustifiée, discréditer, refuser d'aider, accuser à tort, superviser de manière abusive, attribuer une charge de travail injuste) (Cleary et al., 2010; Hutchinson, Vickers, Wilkes, et al., 2010). Deuxièmement, le déséquilibre de pouvoir entre l'intimidateur et la cible (l'intimidateur peut être un supérieur, un collègue ou un subordonné) suscite généralement des sentiments d'impuissance chez l'infirmière intimidée et limite sa capacité à se défendre (Anusiewicz et al., 2019; Hawkins et al., 2019; Johnson et al., 2015; Murray, 2009; Rodwell et Demir, 2012b; Rush et al., 2014; Vessey et al., 2009). Troisièmement, la temporalité renvoie à la fréquence et à la durée de la situation d'intimidation (ex. : quotidien, hebdomadaire, souvent, répétitif, persistant, prolongé) (Anusiewicz et al., 2019; Hartin et al., 2019; Johnson et al., 2015; Rodwell et Demir, 2012b). Enfin, le quatrième thème réfère aux effets néfastes sur l'infirmière intimidée ou témoin de comportements d'intimidation, pouvant nuire à sa santé et à son bien-être (Hartin et al., 2019; Johnson et Benham-Hutchins, 2020).

Même si le consensus sur une définition de l'intimidation entre infirmières est en cours (Hartin et al., 2019; Rutherford et al., 2019; Waldo, 2016), les études consultées définissent

l'intimidation entre infirmières afin de préciser leur objet d'étude. Des auteurs abordent cette forme d'intimidation comme une expérience émotionnelle (Mott, 2014) qui va au-delà de la rudesse et de l'incivilité (Hutchinson, 2009). Certains, par exemple Hutchinson, Wilkes, et al. (2008) ainsi que Hutchinson et Hurley (2013), la considèrent plutôt comme une gamme d'actions et de comportements négatifs souvent subtils et difficiles à prouver, qui s'accumulent et s'intensifient au fil du temps avec une intention perçue de nuire. D'autres l'envisagent comme des comportements organisationnels ancrés dans de solides alliances interpersonnelles et des pratiques institutionnalisées où les intimidateurs sont convaincus que les règles de travail qu'ils ont établies et qu'ils appliquent de manière impitoyable sont acceptées et sans conséquence pour eux (Hutchinson et al., 2006b; Johnstone, 2016; Powers et al., 2014). Enfin, l'intimidation entre infirmières est aussi conceptualisée comme un phénomène impliquant une multitude de facteurs et de dynamiques complexes intra et interpersonnelles de même qu'organisationnelles au sein des milieux de pratique (Hartin et al., 2019). Malgré les divergences conceptuelles dans les recherches consultées, les définitions permettent de cerner des aspects distinctifs. L'intimidation entre infirmières apparaît ainsi comme un phénomène de nature processuelle et multidimensionnelle.

Par ailleurs, les recherches sur la notion d'intimidation entre infirmières renvoient aux résultats d'études empiriques concernant l'expérience d'infirmières en situation d'intimidation (Báez-León et al., 2016; Carter et al., 2013; Chipps et McRury, 2012; Corney, 2008; Filipova, 2018; Gaffney et al., 2012; Gilbert et al., 2016; Hawkins et al., 2019; Hegney et al., 2010; Hutchinson et al., 2006a; Lindy et Schaefer, 2010; Logan et Malone, 2018; MacCurtain et al., 2018; MacIntosh, 2012; Myers et al., 2016; Pfeifer et Vessey, 2017; Pickering et al., 2017; Serafin et al., 2020; Simons, 2008; Tuna et Kahraman, 2019), y compris l'expérience d'étudiantes infirmières pendant leurs stages cliniques (Birks et al., 2018; Birks et al., 2017; Budden et al., 2017; Clarke et al., 2012; Courtney-Pratt et al., 2018; Gallo, 2012; Gamble Blakey et al., 2019; Hogan et al., 2018; Minton et Birks, 2019; Minton et al., 2018; Mott, 2014; Randle, 2003; Smith et al., 2016; Wieland et Beitz, 2015). Parmi ces études empiriques, trois méritent qu'on s'y attarde tout particulièrement puisque la notion d'intimidation entre infirmières y est présentée comme un élément constitutif

de la pratique infirmière et parce qu'elles sont cohérentes avec la posture paradigmatique de la doctorante.

La première étude, celle de Corney (2008) s'intéresse à l'expérience subjective de l'intimidation entre infirmières, avec une intention de soulever le problème au sein de la profession. Cette étude qualitative d'inspiration heideggérienne a été réalisée au Royaume-Uni auprès de deux infirmières soignantes à l'aide d'entretiens individuels d'une durée d'environ 45 à 60 minutes chacun. Les résultats obtenus comprennent six thèmes : 1) le stress, qui bouleverse l'infirmière intimidée au quotidien et entraîne une remise en question de ses compétences professionnelles, 2) la culpabilité et le blâme infligé par les autres (ex. : collègue, supérieur immédiat), qui alimentent la peur de l'échec professionnel, 3) la peur de l'intimidateur et d'être perçue comme une faultrice de troubles, qui empêche l'infirmière de s'exprimer, 4) la socialisation qui mène à une forme de résignation en réponse aux comportements d'intimidation dans le milieu de pratique, 5) le pouvoir/contrôle ou la tendance de certaines infirmières à adopter les valeurs et les comportements de ceux qui détiennent le pouvoir en faisant craindre le nouveau personnel et, 6) la rationalisation ou moment de réflexion, en période d'accalmie ou après un départ du lieu où se déroulait la situation d'intimidation, qui permet de prendre le recul nécessaire pour surmonter cette épreuve, réfléchir sur ce qui est arrivé et constater le manque de moyens pour composer avec ce problème. Les résultats mettent en évidence une profondeur des sentiments liés au fait d'être intimidée, qui transparaît dans le langage émotif utilisé par les participantes pour raconter leur expérience, soulignant la sensibilité de l'objet d'étude à considérer pour la présente étude doctorale.

La deuxième étude, celle de Lindy et Schaefer (2010), s'intéresse aux perceptions de 20 infirmières gestionnaires américaines sur les situations d'intimidation entre infirmières qui se produisent entre les infirmières dans leurs unités de soins à l'hôpital, avec l'intention de soutenir la lutte contre l'intimidation au travail. Ces chercheurs ont mené une étude qualitative phénoménologique inspirée par les fondements philosophiques de Merleau-Ponty. Des entretiens individuels semi-structurés ont été réalisés pour discuter de comportements d'intimidation vécus ou observés au travail, en misant sur l'interaction entre le chercheur et les participantes lors de la collecte et l'analyse des données. Les résultats obtenus montrent que

toutes les infirmières gestionnaires ont observé, vécu et reçu des plaintes pour des comportements d'intimidation. Ils révèlent que certaines infirmières se sentaient à l'aise d'aborder la situation, alors que d'autres éprouvaient un dilemme éthique en essayant de traiter équitablement les personnes concernées puisque, très souvent, l'intimidateur était une infirmière expérimentée. Cette recherche aborde donc l'expérience d'intimidation entre infirmières et donne la voix aux participantes par le biais d'un dialogue et d'une proximité entre le chercheur et les participantes, une autre considération méthodologique pertinente à considérer pour cette étude doctorale.

La troisième étude est celle de Gaffney et al. (2012) qui s'est penchée sur l'expérience d'infirmières américaines en situation d'intimidation entre infirmières au regard des intimidateurs et de l'intimidation dans le système de santé. Cette recherche qualitative par théorisation ancrée constructiviste a analysé 81 récits allant de cinq mots à 780 mots obtenus par le biais d'un questionnaire en ligne composé de 30 questions, y compris une question ouverte permettant de se renseigner sur la situation d'intimidation entre infirmières vécue. Au terme de cette recherche, les résultats montrent que les infirmières tentaient « d'arranger les choses » face à l'intimidation en s'engageant dans un processus de réflexion sur leur rôle, les actions des membres de leur équipe et les conséquences de ce type de situation. De plus, les infirmières ont expliqué comment les situations d'intimidation entre infirmières nuisaient à la sécurité de la clientèle et la qualité des soins en raison des obstacles rencontrés quant à l'exécution des soins et des violations des politiques ou des procédures, mettant ainsi les patients en danger.

Dans l'ensemble, les études consultées sur l'expérience d'infirmières en situation d'intimidation entre infirmières s'appuient sur des devis de recherche quantitatifs (n=16), qualitatifs (n=12) et mixtes (n=1). Deux revues intégratives, deux revues de littérature et une revue systématique et méta-analyse ont aussi été retenues. De plus, peu de recherches ont eu recours à des cadres théoriques pour appréhender l'intimidation entre infirmières. La théorie de l'oppression de Freire (1970), centrée sur les caractéristiques d'un groupe (ex. : Simons, 2008), la théorie transactionnelle du stress de Lazarus et Folkman (1984), axée sur la conception cognitive du stress (ex. : Clarke et al., 2012), le modèle original des six domaines de la vie professionnelle de Leiter et Maslach (2004), centré sur l'organisation du travail (ex. : Laschinger et Grau., 2012)

et la théorie du Capital social de Luthans et al. (2004), focalisée sur la performance et la satisfaction au travail (ex. : Read et Laschinger., 2013) figurent parmi les cadres théoriques les plus utilisés dans les écrits infirmiers pour étudier l'intimidation entre infirmières (Goh et al., 2022). Des perspectives théoriques, telles que la théorie de l'autonomisation structurelle de Kanter (1993) centrée sur les comportements au travail déterminés par les structures sociales et organisationnelles et l'autonomisation (ex. : Smith et al., 2010) de même que la théorie sociocognitive de Bandura (1982) (ex. : Logan et Malone, 2018) axée sur les comportements appris par observation, sont deux autres théories documentées dans les écrits infirmiers. Dans l'ensemble, ces approches théoriques s'attardent davantage à décrire l'intimidation entre infirmières et à identifier les comportements des personnes impliquées dans ce type de situations plutôt qu'à comprendre comment elles se construisent, se maintiennent et se terminent. Elles tendent également à orienter leur analyse en centrant leur attention sur des facteurs explicatifs d'ordre individuel ou organisationnel en oubliant souvent les dimensions sociales, économiques et sociétales. Aucune des théories recensées n'est issue des sciences infirmières.

### **3.3 Antécédents**

Les recherches empiriques consultées sur les antécédents de l'intimidation entre infirmières regroupent les antécédents en deux catégories principales, individuels et organisationnels (Bambi et al., 2018; Crawford et al., 2019; Croft et Cash, 2012; Goh et al., 2022; Hamblin et al., 2015; Hawkins et al., 2019; Hutchinson, Jackson, et al., 2008; Hutchinson, Wilkes, et al., 2010; Katrinli et al., 2010; Koh, 2016; Lamontagne, 2010; Randle et al., 2007; Rodwell et Demir, 2012a; Trépanier, Fernet, Austin, et al., 2016). Bon nombre de chercheurs soutiennent que l'intimidation entre infirmières résulte de l'interaction dynamique et mutuelle entre ces deux types d'antécédent dans les milieux de pratique (Goh et al., 2022; Katrinli et al., 2010).

#### **3.3.1 Antécédents individuels**

Les résultats d'une revue de la portée (*scoping review*) (N=166) sur l'intimidation au sein de la profession infirmière (Karatuna et al., 2020), d'une revue intégrative (N=21) (Crawford et al., 2019) et d'une revue systématique (N=13) sur la violence au travail, y compris l'intimidation

entre infirmières (Nowrouzi-Kia et al., 2019), montrent que les antécédents individuels de l'intimidation se concentrent surtout sur les caractéristiques démographiques (ex. : âge, genre, origine ethnique, scolarité) et sur la personnalité des infirmières impliquées dans une situation d'intimidation entre infirmières (ex. : affect, capital psychologique, *empowerment*, estime de soi).

Dix études retenues ont examiné la relation entre l'intimidation entre infirmières et les caractéristiques démographiques des infirmières. Parmi ces études, huit sont des études quantitatives transversales (Ayakdaş et Arslantaş, 2018; Bambi et al., 2014; Evans, 2017; Johnson et Rea, 2009; Purpora et al., 2012; Quine, 2001; Rodwell et Demir, 2012a; Simons, 2008), une étude mixte (Dumont et al., 2012) et une étude qualitative (Boateng et Adams, 2016). La majorité des études quantitatives identifiées sont centrées sur l'âge (Bambi et al., 2014; Evans, 2017; Johnson et Rea, 2009; Quine, 2001), le genre (Bambi et al., 2014; Johnson et Rea, 2009), le niveau de scolarité (Ayakdaş et Arslantaş, 2018; Evans, 2017; Johnson et Rea, 2009), l'expérience professionnelle (Simons, 2008), l'ancienneté dans l'organisation (Bambi et al., 2014; Evans, 2017) et l'origine ethnique (Johnson et Rea, 2009). Par exemple, une étude descriptive menée en Italie par le biais d'un questionnaire en ligne auprès de 1 504 infirmières indique qu'aucune différence statistiquement significative n'a été trouvée entre l'âge, le genre et l'ancienneté dans l'organisation et l'intimidation entre infirmières (Bambi et al., 2014). De même, une étude descriptive réalisée par Johnson et Rea (2009) auprès de 249 infirmières américaines par le biais d'un questionnaire autoadministré révèle qu'aucune différence significative n'a été trouvée entre le genre, l'âge, le niveau de scolarité, l'expérience professionnelle ou l'origine ethnique et l'intimidation entre infirmières. Les résultats de cette étude mettent toutefois en évidence que les infirmières intimidées par d'autres infirmières sont généralement expérimentées, cliniquement compétentes et avec un niveau de scolarité universitaire de 1<sup>er</sup> et de 2<sup>e</sup> cycle et portent à croire que ce type d'intimidation peut se produire tout au long de la carrière d'une infirmière (Johnson et Rea, 2009).

Concernant le niveau de scolarité, les résultats d'une enquête réalisée en Turquie ayant sondé 1 376 infirmières indiquent que le fait d'avoir un niveau de scolarité plus élevé que leurs collègues infirmières a été évoqué comme l'une des raisons expliquant le fait d'être la cible de comportements d'intimidation par d'autres infirmières (Ayakdaş et Arslantaş, 2018). Puisque ces

résultats ne correspondent pas aux études antérieures, qui n'ont trouvé aucun lien significatif entre le niveau de scolarité des infirmières et l'intimidation entre infirmières (Johnson et Rea, 2009), des recherches futures s'avèrent nécessaires pour étudier plus en profondeur cette caractéristique démographique au regard de l'intimidation entre infirmières.

D'autres études montrent des résultats qui ne correspondent pas aux études antérieures (Bambi et al., 2014). Par exemple, aux États-Unis, Evans (2017) a réalisé une étude descriptive corrélative par questionnaire autoadministré auprès de professionnels de la santé (N=94), dont 73,68 % des répondantes étaient des infirmières. Ce chercheur a constaté que les infirmières qui faisaient partie de l'organisation depuis moins d'un an semblaient moins susceptibles d'être intimidées par d'autres infirmières que celles employées par l'organisation depuis plusieurs années. Les résultats de cette étude laissent croire que l'intimidation entre infirmières aurait tendance à augmenter à mesure que l'infirmière acquiert de l'ancienneté au sein de l'organisation. De plus, les résultats de l'étude mixte réalisée par Dumont et al. (2012) auprès de 942 infirmières américaines indiquent que parmi les infirmières interrogées, celles (n=245) qui étaient âgées de 41 à 50 ans ont déclaré avoir été la cible de comportements d'intimidation par d'autres infirmières le plus fréquemment. Une récente revue de 12 revues systématiques révèle que l'âge et la durée de l'expérience ou de l'ancienneté dans l'organisation ont été associés négativement à l'intimidation entre infirmières dans la pratique infirmière (Goh et al., 2022). Enfin, l'étude qualitative menée par Boateng et Adams (2016) a exploré les expériences d'intimidation d'infirmières (N=66) caucasiennes et issues des minorités visibles par d'autres infirmières à l'aide d'entretiens en profondeur semi-structurés. Les résultats de cette étude montrent que les infirmières issues des minorités visibles rapportent davantage de situations d'intimidation entre infirmières vécues dans leurs milieux de pratique et donnent à penser que l'origine ethnique et le niveau de scolarité constituent des antécédents de l'intimidation entre infirmières, ce qui ne correspond pas aux résultats d'études antérieures, comme c'est le cas dans l'étude de Johnson et Rea (2009).

Dans l'ensemble, il ressort des écrits examinés qu'aucune infirmière n'est à l'abri de l'intimidation entre infirmières, puisque des infirmières de tous âges et niveaux d'expérience peuvent être ciblées par des comportements d'intimidation dans leurs milieux de pratique

(Dumont et al., 2012; Longo, 2013). Considérant les résultats d'études parfois contradictoires, des recherches futures s'avèrent nécessaires pour approfondir l'étude de l'intimidation entre infirmières au regard des caractéristiques démographiques telles que l'âge, l'expérience professionnelle, l'ancienneté dans l'organisation et l'origine ethnique.

Par ailleurs, quelques études ont examiné la relation entre l'intimidation entre infirmières et la personnalité des infirmières impliquées dans une telle situation. Parmi ces études, 12 sont des études quantitatives (Ayakdaş et Arslantaş, 2018; da Silva João et Saldanha Portelada, 2019; Farrell et Shafiei, 2012; Hampton et Rayens, 2019; Hesketh et al., 2003; Katrinli et al., 2010; Laschinger et Grau, 2012; Myers et al., 2016; Purpora et al., 2012; Reknes et al., 2014; Rodwell et Demir, 2012a; Simons, 2008), une étude mixte (Rush et al., 2014) et trois études qualitatives (Anthony et Yastik, 2011; Hutchinson et al., 2006b; Taylor, 2016).

La majorité des études quantitatives identifiées se concentre sur le manque d'*empowerment* (Hampton et Rayens, 2019), le faible capital psychologique (Laschinger et Grau, 2012), l'affect négatif (Rodwell et Demir, 2012a), l'impuissance (Myers et al., 2016), la faible estime de soi (Purpora et al., 2012; Rodwell et Demir, 2012a), la personnalité de l'intimidateur (Farrell et Shafiei, 2012; Katrinli et al., 2010), la personnalité de la cible (Purpora et al., 2012), l'(in)satisfaction au travail en raison d'une (in)satisfaction d'un poste ou de relations négatives avec des collègues (Simons, 2008), la perte d'intérêt pour le travail (Hesketh et al., 2003), les symptômes d'anxiété (Reknes et al., 2014), la jalousie (Ayakdaş et Arslantaş, 2018; da Silva João et Saldanha Portelada, 2019), la rivalité professionnelle (Ayakdaş et Arslantaş, 2018), le fait de ne pas faire fi des injustices perçues dans son milieu de pratique (da Silva João et Saldanha Portelada, 2019) et le besoin de pouvoir (Katrinli et al., 2010).

Par exemple, les résultats d'une étude quantitative transversale réalisée par Rodwell et Demir (2012a) auprès de 230 infirmières australiennes montrent que les infirmières ayant une faible estime de soi et un affect négatif seraient plus susceptibles de devenir des cibles d'intimidation entre infirmières puisqu'elles peuvent paraître effrayées, tristes ou anxieuses. De plus, une étude descriptive menée par sondage auprès de 1 376 infirmières indique que la jalousie et la rivalité professionnelle sont parmi les principales causes d'intimidation entre infirmières

rapportées (Ayakdaş et Arslantaş, 2018). Par ailleurs, les résultats de la revue de la portée (*scoping review*) (N=166 études) réalisée par Karatuna et al. (2020) révèlent que l'infirmière ayant un faible niveau de capital psychologique, un faible locus de contrôle interne et de la difficulté à se conformer aux normes sociales serait plus à risque d'être la cible de comportements d'intimidation par ses pairs infirmières dans son milieu de pratique que les autres. Ces résultats concordent avec les conclusions de travaux sur l'intimidation entre pairs dans le monde du travail en général, soulignant que les travailleurs ayant une faible estime de soi et d'affirmation de soi sont plus sujets à devenir la cible d'intimidation par leurs pairs parce qu'ils ont de la difficulté à se défendre (Nielsen et al., 2010; Zapf et Einarsen, 2020). Une étude mixte menée par Rush et al. (2014) à l'aide d'un questionnaire en ligne auprès de 245 infirmières canadiennes nouvellement diplômées révèle qu'en situation d'intimidation entre infirmières, ces infirmières semblaient moins en mesure d'aller chercher du soutien que leurs collègues non intimidées puisque leurs capacités de se protéger étaient amoindries.

De plus, une étude qualitative exploratoire visant à mieux saisir les expériences d'intimidation entre infirmières (N=31) et les facteurs dans le milieu de pratique infirmier qui pouvaient contribuer à perpétuer ce problème a été menée par Taylor (2016) à l'aide de séances d'observation, d'analyse de politiques et d'entretiens non structurés et semi-structurés. Les résultats de cette étude révèlent que devant les comportements d'intimidation observés, les infirmières ne pouvaient que les entrevoir puisqu'ils se produisaient très rapidement lors des interactions interpersonnelles et, dans ce contexte, elles n'avaient pas eu le temps de s'arrêter sur le moment pour aborder la situation avec leur collègue intimidateur. Taylor (2016) rapporte que les infirmières ont mentionné qu'elles étaient trop fatiguées à la fin de la journée pour s'occuper de la situation. Dans cette étude, la fatigue de l'infirmière intimidée a donc été identifiée comme l'un des antécédents individuels pouvant expliquer le développement et le maintien de situations d'intimidation entre infirmières dans les milieux de pratique.

Dans l'ensemble, il ressort des écrits recensés que les antécédents individuels sont peu reflétés dans les situations d'intimidation entre infirmières décrites à ce jour. D'ailleurs, il semble qu'ils joueraient un moindre rôle dans la création de telles situations, contrairement aux antécédents organisationnels (Leymann, 1996; Trépanier, Fernet, Austin, et al., 2016). Il semble

également que le manque de preuves d'une relation entre l'intimidation entre infirmières et les antécédents individuels des infirmières laisse supposer que cette forme de violence au travail a moins à voir avec leurs caractéristiques démographiques et leur personnalité, mais plus avec la manière dont les infirmières perçoivent les activités professionnelles et le milieu de pratique où elles exercent (Purpora et al., 2012). D'ailleurs, des chercheurs s'opposent à l'idée qu'un profil de personnalité puisse prédisposer une personne à devenir une cible d'intimidation au travail et recommandent aux chercheurs de se concentrer sur les antécédents organisationnels (Glasø et al., 2007; Leymann, 1996).

### **3.3.2 Antécédents organisationnels**

Les recherches empiriques consultées sur les antécédents organisationnels de l'intimidation entre infirmières regroupent quatre catégories principales. La première catégorie inclut les recherches portant sur la culture organisationnelle (Bambi et al., 2018; Blackstock et al., 2018; Cleary et al., 2010; Croft et Cash, 2012; Filipova, 2018; Hawkins et al., 2019; Hesketh et al., 2003; Hutchinson, Jackson, et al., 2008; Hutchinson et al., 2006c; Johnson, 2009; Lamontagne, 2010; Randle et al., 2007; Simons, 2008; Trépanier, Fernet, Austin, et al., 2016; Wolf et al., 2018). La deuxième catégorie englobe des recherches qui abordent les caractéristiques de l'emploi de la profession infirmière (Blackstock et al., 2018; Brewer et al., 2020; Croft et Cash, 2012; Hamblin et al., 2015; Hegney et al., 2010; Hesketh et al., 2003; Koh, 2016; Lamontagne, 2010; Olsen et al., 2017; Pickering et al., 2017; Simons, 2008; Trépanier, Fernet, Austin, et al., 2016; Wolf et al., 2018). La troisième catégorie comprend les recherches sur la qualité des relations interpersonnelles (Blackstock et al., 2018; Croft et Cash, 2012; Hamblin et al., 2015; Lamontagne, 2010; Logan et Malone, 2018; Nowrouzi-Kia et al., 2019; Simons, 2008; Strandmark et Hallberg, 2007; Trépanier, Fernet, Austin, et al., 2016) alors que la quatrième catégorie comprend les recherches sur le style de leadership (Blackstock et al., 2018; Filipova, 2018; Hawkins et al., 2019; Hutchinson et al., 2005; Johnson, 2009; Koh, 2016; Simons, 2008; Trépanier, Fernet, Austin, et al., 2016)

Premièrement, plusieurs chercheurs considèrent la culture organisationnelle comme ayant un fort potentiel d'influence sur la création de milieux propices, ou non, à des situations

d'intimidation entre infirmières (Almost et al., 2016; Bambi et al., 2018; Berry et al., 2012; Blackstock et al., 2018; Cleary et al., 2010; Crawford et al., 2019; Croft et Cash, 2012; Filipova, 2018; Hawkins et al., 2019; Hesketh et al., 2003; Hutchinson, Jackson, et al., 2008; Johnson et Benham-Hutchins, 2020; Johnson, 2009; Karatuna et al., 2020; Koh, 2016; Lamontagne, 2010; Pfeifer et Vessey, 2017; Randle et al., 2007; Simons, 2008; Trépanier, Fernet, Austin, et al., 2016). La culture organisationnelle réfère principalement aux valeurs, croyances, coutumes et normes partagées par les membres d'une organisation (Karatuna et al., 2020). Par exemple, lorsqu'elle est centrée sur la performance, la culture organisationnelle serait plus susceptible de tolérer les situations d'intimidation entre infirmières, tandis que celle qui valorise les personnes tolère les comportements d'intimidation lorsque les membres du groupe considèrent que la personne intimidée n'adhère pas aux normes sociales de l'organisation (Karatuna et al., 2020).

La majorité des études consultées sur la relation entre la culture organisationnelle et l'intimidation entre infirmières se centrent sur des contraintes organisationnelles telles que les transformations structurelles, issues de la fluctuation du marché de l'emploi et de bouleversements socioéconomiques (Bambi et al., 2018; Cleary et al., 2010; Evans, 2017; Tuna et Kahraman, 2019), la tolérance et l'acceptation des comportements d'intimidation comme une normalité (Cleary et al., 2010; Hawkins et al., 2019; Hesketh et al., 2003; Randle et al., 2007; Simons, 2008; Wolf et al., 2018), la structure hiérarchique stricte (Crawford et al., 2019; Croft et Cash, 2012; Hawkins et al., 2019; Hutchinson, Jackson, et al., 2008; Johnson, 2009; Lamontagne, 2010) et le fonctionnement inefficace des canaux de communication intraorganisationnelle (Koh, 2016). L'absence de gestion de conflits (Crawford et al., 2019), la culture d'évitement des conflits (Crawford et al., 2019), les limites floues de l'autorité (Crawford et al., 2019), l'environnement de travail stressant (Karatuna et al., 2020; Koh, 2016; Wolf et al., 2018), chaotique (Taylor, 2016; Wolf et al., 2018) et toxique (Crawford et al., 2019) sont d'autres exemples de contraintes organisationnelles liées à l'intimidation entre infirmières, documentées dans les écrits.

Des résultats d'études indiquent que l'intimidation entre infirmières est susceptible de survenir dans des milieux de pratique où cette forme de violence fait partie intégrante des normes et les comportements d'intimidation y sont souvent récompensés (Hutchinson et al., 2006c; Hutchinson, Vickers, Jackson, et al., 2010). Lorsque les comportements d'intimidation entre

infirmières transparaissent dans la manière d'être des infirmières expérimentées, il semble que les infirmières novices (moins de deux ans d'expérience) sont susceptibles de percevoir ce type de comportements comme faisant partie du travail (Hutchinson et al., 2006c; Hutchinson, Vickers, Jackson, et al., 2010). Dans un tel contexte, les infirmières novices auront tendance à reconnaître et à accepter progressivement ce type de comportements comme une norme culturelle, contribuant ainsi à perpétuer le problème (Berry et al., 2012). Aux États-Unis, Wolf et al. (2018) ont mené une étude qualitative par méthode de théorisation ancrée/analyse situationnelle auprès de 44 infirmières à l'aide d'entretiens focalisés en quatre groupes. Les résultats de cette étude indiquent que l'intimidation entre infirmières est un facteur intégré à la culture de travail des infirmières. D'autres résultats d'études indiquent que les comportements d'intimidation entre infirmières sont souvent tolérés et légitimés par l'organisation qui tend à blâmer les infirmières intimidées (Cleary et al., 2010; Hutchinson et al., 2006a, 2006b; Hutchinson, Vickers, Jackson, et al., 2010). Il s'avère donc que la culture organisationnelle de type contrôlante et autoritaire s'avère favorable aux comportements d'intimidation entre infirmières (Cleary et al., 2010), alors que la perception d'un environnement de travail sain y est négativement associée (Karatuna et al., 2020; Pfeifer et Vessey, 2017).

Deuxièmement, les organisations de santé dans lesquels la majorité des infirmières exerce subissent fréquemment des changements structurels qui les exposent à une forte croissance de contraintes opérationnelles (ex. : bureaucratisation, pratiques managériales contrôlantes, réduction des coûts), complexifiant ainsi l'octroi d'une offre de services efficace et de qualité (Hutchinson et al., 2006c). Cela pourrait expliquer du moins en partie pourquoi certaines infirmières subissent ou sont témoins de comportements d'intimidation entre infirmières dans leurs milieux de pratique souvent empreints de conditions de travail délétères (Hutchinson, Vickers, Jackson, et al., 2010). À cet égard, des résultats d'études montrent que les caractéristiques de l'emploi de la profession infirmière peuvent contribuer à créer un terreau fertile pour l'intimidation entre infirmières (Anusiewicz et al., 2019; Berry et al., 2012; Cleary et al., 2010; Crawford et al., 2019; Croft et Cash, 2012; Hamblin et al., 2015; Hesketh et al., 2003; Hutchinson, Vickers, Jackson, et al., 2010; Karatuna et al., 2020; Lindy et Schaefer, 2010; Low et al., 2019; Simons, 2008; Trépanier, Fernet, Austin, et al., 2016). Les principales caractéristiques

identifiées dans les écrits recensés sont : la surcharge de travail (Croft et Cash, 2012; Hamblin et al., 2015; Hesketh et al., 2003; Karatuna et al., 2020; Lindy et Schaefer, 2010), les heures supplémentaires (Crawford et al., 2019), le manque de supervision et de soutien (Crawford et al., 2019; Filipova, 2018), la réduction des ressources humaines et financières (Cleary et al., 2010; Crawford et al., 2019; Hamblin et al., 2015; Hesketh et al., 2003; Karatuna et al., 2020; Simons, 2008), la perte d'expertise clinique (Crawford et al., 2019), la décentralisation de la profession au sein de la structure institutionnelle (Crawford et al., 2019), le manque de ressources matérielles pour exécuter le travail demandé (Anusiewicz et al., 2019; Berry et al., 2012; Katrinli et al., 2010), la difficile conciliation entre la vie professionnelle et familiale (Crawford et al., 2019), l'accès restreint à la promotion (Crawford et al., 2019; Karatuna et al., 2020; Trépanier, Fernet, Austin, et al., 2016), la supervision abusive (Low et al., 2019) et les mesures punitives des infirmières gestionnaires et superviseuses (Crawford et al., 2019).

Des résultats d'études antérieures indiquent que la charge de travail accrue peut contribuer à l'intimidation entre infirmières (Quine, 2001; Yildirim, 2009). Une étude menée par Croft et Cash (2012) a examiné les facteurs contributifs à l'intimidation entre infirmières, dont la surcharge de travail, à l'aide d'entretiens focalisés en groupes auprès de 20 à 24 participantes. Les résultats de cette étude qualitative montrent que les organisations de santé sont organisées selon un modèle d'affaires qui vise à réduire les coûts et les effectifs de même qu'à modifier et décentraliser les compétences, ce qui contribue à augmenter la charge de travail et les heures supplémentaires des infirmières et, conséquemment, favorise le développement et le maintien de situations d'intimidation entre infirmières dans ces milieux de pratique. Dès lors, il semble que ce problème de violence au travail soit profondément institutionnalisé (Croft et Cash, 2012).

Une autre étude, celle de Berry et al. (2012), rapporte des liens significatifs entre l'intimidation entre infirmières et les caractéristiques de l'emploi. Dans leur enquête en ligne menée auprès de 197 infirmières américaines, ces auteurs ont étudié les antécédents de l'intimidation entre infirmières. Les résultats indiquent que la rareté des ressources dans les milieux de pratique telle qu'un manque d'effectifs, de temps, de matériel ou de soutien des pairs ou de la direction est associée à une augmentation des taux de situations d'intimidation entre infirmières. Les résultats de la revue de la portée (*scoping review*) (N=166 études) réalisée par

Karatuna et al. (2020) montrent également que la surcharge de travail, le manque de personnel et les conditions de travail très stressantes figurent parmi les antécédents organisationnels qui contribuent le plus à mettre en place des conditions favorables à la création de situations d'intimidation entre infirmières dans les milieux de pratique.

Troisièmement, des résultats d'études sur la qualité des relations interpersonnelles montrent que l'intimidation entre infirmières peut survenir en raison de conditions issues de l'équipe de soins et des activités professionnelles telles que l'absence de coopération professionnelle (Crawford et al., 2019), la faible cohésion au sein du groupe de travail (Crawford et al., 2019), la confusion des rôles (Crawford et al., 2019; Karatuna et al., 2020; Koh, 2016; Lamontagne, 2010; Trépanier, Fernet, Austin, et al., 2016), la perception de charge de travail inégale (Crawford et al., 2019), l'iniquité sur le plan de la justice distributive et procédurale (Crawford et al., 2019), le déséquilibre de pouvoir (Crawford et al., 2019), la non-reconnaissance du bagage de connaissances et d'expériences des infirmières (Crawford et al., 2019), les exigences émotionnelles du travail (Karatuna et al., 2020; Lamontagne, 2010; Lindy et Schaefer, 2010; Trépanier, Fernet, Austin, et al., 2016), la divergence d'interprétations du champ de pratique des soins infirmiers (Crawford et al., 2019) et l'évolution constante de la diversité des compétences infirmières (Crawford et al., 2019).

La qualité des relations interpersonnelles au regard de l'intimidation entre infirmières concerne également la formation de cliques et d'alliances informelles organisationnelles entre intimidateurs (Hutchinson et al., 2006a, 2006b; Hutchinson, Vickers, Jackson, et al., 2010), le manque de compétences interpersonnelles (Croft et Cash, 2012), les conflits interpersonnels non résolus (Lindy et Schaefer, 2010), le manque de soutien social (Budin et al., 2013) et la diminution de la communication en face à face, puisque les communications entre les individus s'effectuent désormais au moyen de différentes technologies (SMS, messages avec *Messenger*, courriels, applications telles que *WhatsApp* et *Snapchat*, etc.) (Crawford et al., 2019). Ces facteurs, mettant en évidence la nature sociale de l'intimidation entre infirmières, pourraient avoir une incidence non négligeable sur la création de situations d'intimidation entre infirmières dans les milieux de pratique.

Par ailleurs, des chercheurs ont trouvé une relation entre le climat d'une équipe de travail et l'intimidation entre infirmières (Tong et al., 2017). Le climat résulte d'un partage de perceptions sur des politiques, des pratiques et des procédures organisationnelles formelles et informelles (Reichers et Schneider, 1990). Selon Olson (1998), il correspond en quelque sorte à la personnalité d'une organisation. Il existe de nombreux types de climat de travail, dont le climat éthique qui constitue un prédicteur de comportements éthiques ou contraires à l'éthique (Robinson et Bennett, 1995). En prenant appui sur les travaux de Victor et Cullen (1987), Olson (1995) a introduit le concept de climat éthique dans les écrits infirmiers, et le décrit comme un ensemble de perceptions partagées du personnel infirmier sur la manière dont les problèmes devraient être traités. La perception du climat éthique est influencée par l'histoire, les valeurs et la structure formelle d'une organisation, et elle implique des désaccords ou des divergences de points de vue chez les parties au sujet des décisions en matière de soins (Olson, 1995). Des études indiquent que le climat éthique instrumental réfère aux personnes qui ont tendance à protéger leurs propres intérêts avant tout (Filipova, 2009; Olson, 1995) et serait associé à la présence de comportements non éthiques (Applebaum et al., 2005) ou antithétiques aux valeurs de bienveillance de la profession infirmière (Hutchinson et Jackson, 2015). Il a été identifié comme l'un des antécédents favorables à la création de situations d'intimidation entre infirmières au sein d'une organisation (Bulutlar et Öz, 2009; Katrinli et al., 2010).

Enfin, le style de leadership représente la quatrième catégorie d'antécédents organisationnels de l'intimidation entre infirmières considérée dans les écrits comme l'une des plus prédominantes (Karatuna et al., 2020). L'influence du style de leadership sur le développement et le maintien de situations d'intimidation entre infirmières a été largement étudiée (Anusiewicz et al., 2019; Arnetz et al., 2019; Crawford et al., 2019; Goh et al., 2022; Hawkins et al., 2019; Karatuna et al., 2020; Laschinger et al., 2010; Laschinger et Read, 2016; Mills et al., 2019; Olsen et al., 2017; Trépanier, Fernet, Austin, et al., 2016). Dans une étude qualitative descriptive menée auprès d'infirmières soignantes (N=15), Arnetz et al. (2019) ont exploré des expériences d'intimidation entre infirmières par le biais de quatre groupes de discussion. Les résultats de cette étude indiquent que les participantes ont identifié le manque de compétences des infirmières gestionnaires pour gérer des situations d'intimidation entre infirmières comme

l'un des éléments d'un leadership inefficace. Des résultats d'études sur la relation entre la qualité du style de leadership et l'intimidation entre infirmières montrent que des problèmes de leadership tels que le manque de planification et de répartition des tâches, la clarification des rôles et des responsabilités, les objectifs de performance et la surveillance des opérations sont liés à des taux élevés de situations d'intimidation entre infirmières et à la capacité limitée du gestionnaire à agir efficacement dans de telles situations (Olsen et al., 2017). De plus, l'enquête canadienne par sondage de Laschinger et Read (2016) révèle que le leadership authentique, désignant au leader compatissant qui établit un dialogue honnête et ouvert avec ses employés, joue un rôle essentiel dans la réduction de l'exposition des nouvelles infirmières diplômées (N=993) à l'intimidation entre infirmières.

Plus récemment, Mills et al. (2019) ont mené une étude par sondage en ligne auprès de 459 employés d'un centre hospitalier, y compris des infirmières (n=104), afin de déterminer si le style de leadership du gestionnaire pouvait influencer les perceptions de l'intimidation en milieu de travail. Les résultats montrent que le leadership transformationnel, où le leader charismatique motive positivement ses employés et renforce leur sentiment de besoins émotionnels satisfaits, réduit la présence de situations d'intimidation dans l'organisation. Dans l'ensemble, les résultats des études consultées semblent indiquer qu'un style de leadership autoritaire, peu favorable et désengagé contribue à perpétuer les comportements d'intimidation entre infirmières au sein de l'organisation (Crawford et al., 2019; Karatuna et al., 2020), contrairement à un style de leadership positif, qui favorise un climat de confiance, de saines relations interpersonnelles, soit des facteurs qui semblent jouer un rôle de médiateur par rapport à la culture organisationnelle et aux caractéristiques de l'emploi, notamment en contexte de situations d'intimidation entre infirmières (Crawford et al., 2019; Hawkins et al., 2019; Karatuna et al., 2020).

Somme toute, les recherches publiées font surtout état d'antécédents organisationnels de l'intimidation entre infirmières, alors que les antécédents individuels demeurent moins documentés empiriquement dans les écrits actuels. Néanmoins, même s'ils sont de plus en plus abordés dans les écrits, il manque de preuves scientifiques sur les antécédents organisationnels, notamment en sciences infirmières (Hutchinson et Jackson, 2015).

### 3.4 Prévalence

Des données empiriques indiquent que l'intimidation entre pairs au travail est plus fréquente dans le secteur de la santé par rapport aux autres secteurs d'activité du monde du travail (Lever et al., 2019). Une méta-analyse, qui a examiné 86 études empiriques (N=130 973) sur la prévalence de l'intimidation entre pairs au sein d'organisations réparties dans 24 pays, révèle une prévalence mondiale estimée à 15 % et laisse supposer que l'intimidation entre pairs qui sévit dans les milieux de travail, en général, serait moins répandue que dans le secteur de la santé (Nielsen et al., 2010). Ce constat d'un taux de prévalence plus élevé dans le secteur de la santé pourrait s'expliquer en raison de l'environnement de travail stressant des professionnels de la santé, de l'accès à des systèmes de dénonciation, d'une plus grande reconnaissance du problème et d'une volonté de plus en plus affichée de dénoncer les situations dans les milieux de pratique (Lever et al., 2019; Spector et al., 2014).

Les écrits recensés sur la prévalence de l'intimidation entre infirmières montrent que son étendue fait l'objet d'une attention accrue de la part de la communauté scientifique, depuis près de trois décennies (Bambi et al., 2018; Birks et al., 2017; Bowllan, 2015; Budden et al., 2017; Chatziioannidis et al., 2018; Clark et al., 2013; Clarke et al., 2012; Crawford et al., 2019; Etienne, 2014; Goh et al., 2022; Hartin et al., 2018; Hawkins et al., 2019; Hegney et al., 2010; Houck et Colbert, 2017; Johnson et Benham-Hutchins, 2020; Johnson, 2018; Johnson et Rea, 2009; Lever et al., 2019; Minton et al., 2018; Serafin et al., 2020; Spector et al., 2014; Yildirim et Yildirim, 2007). Des résultats d'études indiquent que les infirmières de tous les pays sont plus susceptibles d'être la cible d'intimidation entre infirmières que les travailleurs d'autres professions (Johnson, 2018). À cet égard, une enquête par sondage, réalisée par Quine (2001) dans le secteur de la santé au Royaume-Uni (N=1 100), révèle que 44 % des infirmières interrogées (n=396) ont indiqué avoir été intimidées par d'autres infirmières au cours des 12 mois précédents l'étude, comparativement à 35 % des autres membres du personnel. À noter que 50 % des infirmières de cette même étude ont révélé avoir été témoins de comportements d'intimidation de la part d'autres infirmières (Quine, 2001).

Une revue quantitative réalisée par Spector et al. (2014) brosse un portrait mondial des taux d'exposition selon les types de violence qui sévissent dans le domaine infirmier (ex. : physique, non physique, intimidation, sexuelle). Elle s'appuie sur 136 études (N=151 347) réalisées dans 38 pays répartis dans les pays anglo-saxons (États-Unis, Canada, Royaume-Uni et Australie), l'Europe, l'Asie et le Moyen-Orient. Selon Spector et al. (2014), le pourcentage moyen d'intimidation entre infirmières perçue varie selon les différentes régions géographiques : Moyen-Orient (86,5 %), pays anglo-saxons (39,5 %), Asie (29,8 %) et Europe (8,8 %) et la moyenne groupée de la prévalence de l'intimidation entre infirmières (n=9 388) est estimée à 37,1 %. De même, une plus récente revue systématique portant sur 45 études (N varie de 61 à 9 949) révèle une prévalence de l'intimidation entre infirmières estimée à 30,8 % (IC à 95 % 19,3, 42,4 N = 14) (Lever et al., 2019).

Aux États-Unis, on estime que plus de 50 % des infirmières ont déjà été la cible d'intimidation entre infirmières dans leurs milieux de pratique (The Joint Commission, 2021). Au Canada, les résultats d'une enquête nationale sur le travail et la santé des infirmières révèlent que 44 % des répondantes ont été exposées à la violence émotionnelle et 12 % d'entre elles ont fait l'objet de violences psychologiques de la part de collègues de travail (Shields et Wilkins, 2006). Cette étude a toutefois été menée avec des données recueillies il y a près de deux décennies et utilisait seulement deux types de violence (physique et émotionnelle), soit deux classifications qui permettent difficilement de saisir les nuances des différents types de violence, notamment celles inhérentes à l'intimidation, et plus spécifiquement, à l'intimidation entre infirmières.

Au Québec, une étude descriptive réalisée par Lemelin et al. (2009) auprès de 181 infirmières révèle que 86,4 % des répondantes ont déclaré avoir été victimes de violence psychologique infligée par un collègue (65,9 %) ou un supérieur (59,6 %) à plus d'une reprise dans leur milieu de travail. Une autre étude québécoise rapporte un taux de 59 % du personnel infirmier qui a déclaré avoir vécu de l'intimidation infligée par ces mêmes sources pendant plus d'un an (Côté et St-Pierre, 2011). Enfin, les résultats de l'étude descriptive de Trépanier et al. (2013) indiquent que 20,4 % des infirmières (N=1 179) interrogées par sondage ont déclaré avoir été fréquemment exposées à des comportements d'intimidation au travail, y compris entre infirmières, au cours des six derniers mois.

Dans l'ensemble, la recension des écrits sur la prévalence de l'intimidation entre infirmières apporte un éclairage sur son ampleur, même si les études examinées montrent une prévalence extrêmement variable (Goh et al., 2022; Johnson et Benham-Hutchins, 2020). À titre d'exemple, la revue systématique de Lever et al. (2019) indique une grande variabilité de prévalence allant de 3,9 à 86,5 %. D'autres résultats d'études rapportent une variabilité semblable (Bambi et al., 2018; Hawkins et al., 2019; Serafin et al., 2020). Dans les faits, il s'avère que l'ampleur réelle du problème demeure, à ce jour, inconnue (Goh et al., 2022).

Les différentes études retenues indiquent trois raisons principales pour expliquer les écarts des taux de prévalence, trop élevés ou trop faibles, de l'intimidation entre infirmières. La première raison est la sous-déclaration du problème dans les milieux de pratique (Goh et al., 2022; Lever et al., 2019; Spector et al., 2014). Elle peut s'expliquer du moins en partie par le fait que les comportements d'intimidation entre infirmières sont, la plupart du temps, difficiles à reconnaître par l'infirmière intimidée puisqu'ils ont tendance à être subtils et relativement cachés (Becher et Visovsky, 2012; Cleary et al., 2010; Corney, 2008; Gaffney et al., 2012; Strandmark et Hallberg, 2007; Wilson et al., 2011). Elle peut également se justifier par le fait que de telles expériences vécues pourraient éveiller chez la cible d'intimidation des peurs et des craintes de représailles (Farrell, 1997; Goh et al., 2022).

D'autres résultats d'études mettent en évidence certains obstacles pouvant nuire au dévoilement de situations d'intimidation entre infirmières. Des différences dans les contextes cliniques et les organisations en matière d'accès ou non à des politiques et procédures de plaintes au sein de l'organisation (Bambi et al., 2018; Goh et al., 2022; Lever et al., 2019; Spector et al., 2014), le manque de confiance que peut avoir l'infirmière intimidée envers le système de gestion des plaintes mis en place dans l'organisation où elle travaille (Koh, 2016), ses réticences à s'engager dans un processus de plainte contre l'intimidateur parce qu'elle a peur de ne pas être crue ou de ne pas avoir suffisamment de preuves à fournir aux responsables des plaintes (Becher et Visovsky, 2012) et ses inquiétudes pour sa carrière, croyant qu'une démarche de dénonciation pourrait la compromettre (Carter et al., 2013), en sont quelques exemples.

Des chercheurs précisent que la sous-déclaration de l'intimidation entre infirmières peut s'expliquer par des différences sur les plans régional et national étant donné que certains pays ou cultures accorderaient peu d'attention au problème d'intimidation dans les milieux de travail (Goh et al., 2022; Spector et al., 2014), la croyance répandue selon laquelle la violence ferait partie du travail et la loi du silence dans les organisations de santé (Croft et Cash, 2012; Hutchinson, Vickers, Jackson, et al., 2010). En conséquence, la sous-déclaration semble rendre très difficile pour les chercheurs de saisir l'étendue réelle de l'intimidation entre infirmières, ce qui limite la gestion de ce problème (Corney, 2008).

La deuxième raison évoquée par de nombreux chercheurs pour expliquer les écarts des taux de prévalence de l'intimidation entre infirmières est l'utilisation par les chercheurs de différentes conceptualisations de l'intimidation pour aborder cet objet d'étude, donnant ainsi lieu à des mesures de situations différentes (Bambi et al., 2018; Cleary et al., 2010; Goh et al., 2022; Lever et al., 2019; Serafin et al., 2020). Cette hétérogénéité des définitions permet difficilement de faire des comparaisons entre les études (Hawkins et al., 2019).

La troisième raison est le type de mesure utilisé dans les études. Les instruments permettant de mesurer la prévalence de l'intimidation entre infirmières dans divers contextes cliniques sont peu documentés empiriquement (Goh et al., 2022; Nemeth et al., 2017). Malgré tout, le *Negative Acts Questionnaire-Revised* (NAQ-R) (Einarsen et al., 2009) et le *Bullying Inventory for the Nursing Workplace* (WBI) (Hutchinson, Wilkes, et al., 2008) sont les deux instruments les plus utilisés en sciences infirmières. Le NAQ-R a été construit sur la base de données autodéclarées. Il comprend 22 questions fermées et a été administré dans plusieurs études en sciences infirmières à l'échelle internationale (Chippis et McRury, 2012; Evans, 2017; Johnson et Rea, 2009; Laschinger, Grau, et al., 2012; Peters et al., 2020; Purpora et al., 2012; Simons, 2008). Même si le NAQ-R indique une excellente cohérence interne (alpha de Cronbach = 0,90), il permet difficilement de saisir les subtilités uniques du phénomène mesuré (Longo et Newman, 2014). Ensuite, le WBI a été conçu spécifiquement pour le domaine infirmier à partir de données issues d'entretiens qualitatifs détaillant les expériences d'intimidation des infirmières. Il est composé de 16 questions fermées et a été validé dans de nombreuses études en sciences infirmières (Bradbury, 2015; Hutchinson et al., 2017; Stagg et al., 2011). Le WBI indique également

une excellente cohérence interne (alpha de Cronbach = 0,93) ; cependant, la taille de l'échantillon pour entreprendre l'analyse factorielle exploratoire était plus petite que ce qui est recommandé (Hutchinson, Wilkes, et al., 2008). Enfin, l'utilisation d'outils psychométriques hétérogènes pour mesurer l'intimidation entre infirmières, qui prend en considération des situations survenues à des fréquences variables (ex. : quotidien, hebdomadaire), complexifie les comparaisons qui pourraient être établies en examinant d'autres études (Bambi et al., 2018; Brewer et al., 2020; Cleary et al., 2010; Goh et al., 2022; Johnson, 2009; Koh, 2016).

Par ailleurs, les études consultées montrent que l'intimidation entre infirmières semble davantage répandue dans les hôpitaux (ex. : urgence, soins intensifs, salle d'opération, psychiatrie), soit dans des environnements de travail particulièrement stressants (Bambi et al., 2018; Hawkins et al., 2019; Johnson et Benham-Hutchins, 2020). Néanmoins, même si une forte proportion du personnel infirmier exerçant en milieu hospitalier rapporte avoir été la cible d'intimidation entre infirmières (Koh, 2016), ce problème est reconnu par bon nombre de chercheurs pour être présent dans tous les milieux de pratique, à l'hôpital et à l'extérieur (Bambi et al., 2019). À ce titre, une étude descriptive corrélative (N=4 462) réalisée dans la province canadienne de la Colombie-Britannique a examiné de nombreux rôles infirmiers (ex. : infirmière de chevet, gestionnaire), spécialités, secteurs de soins (ex. : première ligne, soins critiques, soins de longue durée) et contextes géographiques (urbains, ruraux) au regard des quatre types de violence qui sévissent au sein de la pratique infirmière (ex. : physique, non physique, intimidation et sexuelle) et sont les plus couramment rapportés dans les écrits (Havaei et al., 2020). Des différences dans la prévalence des types et sources de violence au travail chez les infirmières à travers divers rôles et contextes infirmiers ont été constatées. Cependant, malgré la prudence des chercheurs à reconnaître les différences dans la façon dont les violences sont définies, l'adaptation des données aux quatre types de violence étudiées permet difficilement de distinguer les nuances relatives à l'intimidation entre infirmières.

D'autres résultats d'études sur la prévalence de l'intimidation entre infirmières indiquent que les étudiantes en sciences infirmières ne sont pas épargnées par cette problématique (Birks et al., 2017; Bowllan, 2015; Budden et al., 2017; Clarke et al., 2012; Curtis et al., 2007; Daly et al., 2020; Minton et al., 2018; Peters et al., 2020). En effet, une étude descriptive quantitative

(N=674) indique que 88,72 % des étudiantes interrogées dans une école de sciences infirmières canadienne ont déclaré avoir été intimidées par d'autres infirmières dans leurs milieux de pratique (Clarke et al., 2012). Les deux sources les plus fréquemment identifiées sont les instructeurs cliniques (30,22 %), suivis des infirmières soignantes (25,49 %). Des chercheurs sont d'avis que l'intimidation est ancrée dans la profession infirmière et que les étudiantes sont susceptibles d'être exposées à des comportements d'intimidation entre infirmières dès le début de leur formation (Bowllan, 2015; Johnson, 2019; Thomas et Burk, 2009).

Dans l'ensemble, les devis de recherche quantitatifs avec méthodes par sondage sont les plus utilisés pour étudier la prévalence de l'intimidation entre infirmières. Les résultats des études semblent ne laisser entrevoir que la pointe de l'iceberg (Budden et al., 2017). Ils rendent toutefois compte d'une préoccupation grandissante et partagée à l'échelle internationale, compte tenu des conséquences négatives sur le personnel infirmier et les organisations (Goh et al., 2022).

### **3.5 Conséquences**

Les recherches empiriques consultées sur les conséquences de l'intimidation entre infirmières regroupent trois thèmes principaux. Le premier thème comprend les recherches qui s'intéressent aux conséquences sur la santé et le bien-être personnel et professionnel de l'infirmière (Anusiewicz et al., 2019; Bowllan, 2015; da Silva João et Saldanha Portelada, 2019; Giorgi et al., 2016; Hartin et al., 2018; Hogh et al., 2011; Johnson, 2009; Karatuna et al., 2020; Kivimäki et al., 2003; Lever et al., 2019; Minton et Birks, 2019; Minton et al., 2018; Pickering et al., 2017; Quine, 2001; Rodwell et Demir, 2012b; Sauer et McCoy, 2017; Tee et al., 2016; Wilson, 2016; Wolf et al., 2018; Yildirim, 2009). Le deuxième thème regroupe des recherches qui exposent les conséquences sur la sécurité de la clientèle et la qualité des soins (Arnetz et al., 2020; Hogh et al., 2018; Houck et Colbert, 2017; Johnson et Benham-Hutchins, 2020; Purpora, Blegen, et al., 2015; Roche et al., 2010) alors que le troisième thème inclut les recherches des conséquences sur l'organisation (Anusiewicz et al., 2019; Arnetz et al., 2019; Berry et al., 2012; Castronovo et al., 2016; Hawkins et al., 2019; Murray, 2009; Rutherford et al., 2019; Wolf et al., 2018).

D'abord, les résultats de plusieurs études (Anusiewicz et al., 2019; Aoki et Guirardello, 2019; Arnetz et al., 2019; Becher et Visovsky, 2012; Berry et al., 2012; Castronovo et al., 2016;

Kivimäki et al., 2003; Koh, 2016; Lever et al., 2019; Macintosh, 2005; MacIntosh, 2012; Reknes et al., 2014; Tee et al., 2016; Yildirim et Yildirim, 2007) montrent que l'intimidation entre infirmières entraîne des conséquences sur la santé physique de l'infirmière. Un examen de la portée (*scoping review*) de 166 études publiées au cours des années 2001 à 2019 se consacrant à l'intimidation entre infirmières dans différents pays rapporte que les maux de tête, la tachycardie, la fatigue, les troubles du sommeil et les troubles gastro-intestinaux sont des conséquences physiologiques de ce type d'intimidation fréquemment rapportées dans les écrits (Karatuna et al., 2020). L'augmentation de la consommation de tabac, d'alcool et de drogues est aussi documentée dans un certain nombre d'études (Bambi et al., 2018; Castronovo et al., 2016).

D'autres résultats d'études indiquent que l'intimidation entre infirmières provoque des conséquences sur le bien-être psychosocial de l'infirmière. La revue systématique (N=14 études), réalisée par Johnson et Benham-Hutchins (2020), montre l'existence d'une relation positive très significative entre l'intimidation entre infirmières et les troubles psychologiques/bien-être psychosocial de l'infirmière. Dans l'ensemble des écrits consultés, les résultats se concentrent surtout sur l'état d'anxiété et de dépression (Bambi et al., 2018; da Silva João et Saldanha Portelada, 2019; Hartin et al., 2018; Hawkins et al., 2019; Kivimäki et al., 2003; Minton et al., 2018; Pickering et al., 2017; Quine, 2001; Rodwell et Demir, 2012b; Sauer et McCoy, 2017; Wilson, 2016; Yildirim, 2009), la faible estime de soi (Bowllan, 2015; Hartin et al., 2018; Hawkins et al., 2019; Minton et Birks, 2019; Pickering et al., 2017), le stress psychosocial accru (Arnetz et al., 2020; Bambi et al., 2018; Chatziioannidis et al., 2018; Hartin et al., 2018; Hawkins et al., 2019; Wilson, 2016; Yildirim et Yildirim, 2007), l'épuisement professionnel (Giorgi et al., 2016; Hartin et al., 2018; Hawkins et al., 2019; Lever et al., 2019; Sauer et McCoy, 2017; Trépanier, Fernet et Austin, 2016) de même que la détresse psychologique et l'attaque de panique (Hartin et al., 2019; Lever et al., 2019; Minton et Birks, 2019). Des symptômes sévères semblables à ceux du trouble de stress post-traumatique, des idéations suicidaires et des tentatives de suicide sont également documentés dans les écrits (Bambi et al., 2018; Crawford et al., 2019; Vessey et al., 2010).

Les sentiments d'impuissance, de tristesse, de colère et de peur éprouvés en se remémorant les événements (Yildirim et Yildirim, 2007) qui habitent l'infirmière sont rapportés comme éléments contribuant à la détérioration de ses relations sociales à l'intérieur et à

l'extérieur de l'organisation (Koh, 2016; Yildirim, 2009). Selon Lewis et Orford (2005), il s'agit d'une forme de mort sociale qui résulte de l'isolement et de l'ostracisation vécus au travail. Dans certains cas, l'infirmière, troublée par ce qu'elle vit dans son milieu de pratique, peut avoir l'impression d'épuiser son réseau de soutien personnel (Lewis et Orford, 2005).

Des chercheurs soulignent que l'infirmière témoin d'intimidation entre infirmières peut ressentir des effets négatifs sur sa santé physique, émotionnelle et psychologique (Bambi et al., 2018). Une étude espagnole avec devis de type descriptif transversal, réalisée à l'aide de questionnaires autoadministrés auprès de 204 infirmières n'ayant pas été intimidées, mais ayant été témoins de comportements d'intimidation entre infirmières (n= 58), révèle que les infirmières témoins ressentaient des effets semblables à ceux des infirmières intimidées, comme si elles faisaient elles-mêmes l'objet de comportements d'intimidation (Cardoso et al., 2016). Cela pourrait s'expliquer par le fait que l'infirmière témoin ressent un niveau de stress élevé parce qu'elle éprouve des craintes de devenir elle-même une cible d'intimidation de même que par une peur d'intervenir pour faire cesser les comportements d'intimidation entre infirmières (Johnston et al., 2010).

Par ailleurs, bon nombre de chercheurs (Anusiewicz et al., 2019; Bowllan, 2015; da Silva João et Saldanha Portelada, 2019; Hartin et al., 2018; Hawkins et al., 2019; Lever et al., 2019; Minton et Birks, 2019; Minton et al., 2018; Quine, 2001; Tee et al., 2016; Wilson, 2016; Yildirim, 2009) rapportent que l'intimidation entre infirmières entraîne des conséquences sur le bien-être professionnel et sur la sécurité de la clientèle et la qualité des soins. Sur le plan des conséquences professionnelles de l'intimidation entre infirmières, il est surtout question de diminution de la satisfaction au travail (Anusiewicz et al., 2019; Crawford et al., 2019; Hartin et al., 2018; Hawkins et al., 2019; Johnson et Benham-Hutchins, 2020; Quine, 2001; Yildirim, 2009), de démotivation (Goh et al., 2022; Hartin et al., 2018; Hawkins et al., 2019; Johnson et Benham-Hutchins, 2020; Yildirim, 2009), de confiance professionnelle sapée créant un sentiment d'incompétence (Hartin et al., 2018; Minton et al., 2018; Tee et al., 2016), de désengagement (Farrell et Shafiei, 2012; Goh et al., 2022), de présentéisme (Pickering et al., 2017), d'absentéisme (Goh et al., 2022) et de diminution du rendement (Hawkins et al., 2019).

Des études révèlent que l'intimidation entre infirmières fait obstacle au travail d'équipe collaboratif et efficace (Johnson et Benham-Hutchins, 2020). La cible d'intimidation se trouve, la plupart du temps, dans une position difficile pour soigner ses patients parce que la présence de comportements d'intimidation au sein de l'équipe de travail affecte le climat dans lequel un fossé se creuse au sein des relations interpersonnelles (Becher et Visovsky, 2012; Rowe et Sherlock, 2005). Dans ce contexte, il semble que les cibles et les témoins soient moins enclins à partager des idées et à travailler en collaboration (Macintosh, 2005). L'altération des relations avec les collègues et les gestionnaires de même que les comportements d'évitement et les retards dans la communication sont des manifestations documentées dans les écrits (Crawford et al., 2019; Houck et Colbert, 2017; Johnson et Benham-Hutchins, 2020; Yildirim, 2009). La nature destructive de l'intimidation entre infirmières en fait d'ailleurs l'une des plus grandes menaces de la profession (Birks et al., 2017; Bowllan, 2015; Hawkins et al., 2019).

Des chercheurs se sont penchés sur l'intimidation entre infirmières et l'intention de quitter l'emploi ou la profession (Anusiewicz et al., 2019; Armmer et Ball, 2015; Hartin et al., 2018; Hawkins et al., 2019; Hogh et al., 2011; Johnson et Benham-Hutchins, 2020; Quine, 2001; Tee et al., 2016; Vessey et al., 2009; Wilson, 2016). Une revue intégrative (N=16 études) menée par Hawkins et al. (2019) rapporte des liens significatifs entre l'intimidation entre infirmières et l'intention de l'infirmière intimidée de quitter son emploi. Environ une infirmière sur trois envisagerait de quitter son poste en raison de son exposition à des comportements d'intimidation ancrés dans les relations professionnelles entre infirmières (Bartholomew, 2006; Griffin, 2004; Wilson et al., 2011). De nombreuses infirmières novices, éprouvées par ce type de situations, envisageraient même de quitter la profession (Bambi et al., 2018; Bowles et Candela, 2005; Huntington et al., 2011; Khalil, 2009; McKenna et al., 2003; Vessey et al., 2009; Wilson, 2016). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que cette forme de violence peut ébranler le sentiment de sécurité d'emploi de la personne intimidée parce qu'elle se sent vulnérable et en danger dans son environnement de travail (Glambek et al., 2018). Enfin, les pertes financières de l'infirmière qui résultent de la situation d'intimidation entre infirmières vécue dans son milieu de pratique demeurent, jusqu'à ce jour, peu documentées dans les écrits.

Par ailleurs, des résultats d'études montrent que l'intimidation entre infirmières a une incidence non négligeable sur la sécurité de la clientèle et la qualité des soins (Armstrong, 2018; Arnetz et al., 2020; Bambi et al., 2018; Bloom, 2019; Castronovo et al., 2016; Crawford et al., 2019; Hartin et al., 2018; Houck et Colbert, 2017; Johnson et Benham-Hutchins, 2020; Kim, 2020; Koh, 2016; Laschinger et al., 2014; Phillips et al., 2018; Purpora, Blegen, et al., 2015; Roche et al., 2010; Rutherford et al., 2019; Waldo, 2016). Dans les écrits, il est surtout question de conséquences sur la performance de l'infirmière intimidée qui peut voir sa pensée, sa concentration et son jugement clinique altérés, ce qui nuit à la prestation de soins et augmente le risque d'erreurs (Bambi et al., 2018; Bloom, 2019; da Silva João et Saldanha Portelada, 2019; Farrell et al., 2006; Goh et al., 2022; Hawkins et al., 2019; Houck et Colbert, 2017; Hutchinson et Jackson, 2013a; Johnson et Benham-Hutchins, 2020; MacIntosh, 2012; Roche et al., 2010; Rowe et Sherlock, 2005).

Une revue systématique à méthodes mixtes de 30 études, celle d'Hutchinson et Jackson (2013a), de même que la revue intégrative de 11 études, réalisée par Houck et Colbert (2017), révèlent que les infirmières intimidées par d'autres infirmières ont tendance à éviter ou à retarder une communication en évitant de poser des questions de clarification sur les soins à donner ou de demander de l'aide à des collègues, ce qui constitue une menace pour la sécurité des patients (Houck et Colbert, 2017). Dans ce contexte, l'infirmière intimidée par d'autres infirmières tend à soulever seule des patients affaiblis, à se débrouiller dans l'application de procédures de soins méconnues et à utiliser de l'équipement inconnu (Anusiewicz et al., 2019; Castronovo et al., 2016; Hawkins et al., 2019). Le bris de communication entre les membres de l'équipe de soins et l'absence de prise de décisions collaboratives représentent deux composantes du travail d'équipe associées à l'augmentation du risque d'erreurs en contexte d'intimidation entre infirmières dans les milieux de pratique (Bloom, 2019; Johnson et Benham-Hutchins, 2020; Johnson et Rea, 2009; Roche et al., 2010; Simons, 2008).

D'autres résultats d'études mettent en évidence des risques pour les soins aux patients en raison de situations d'intimidation entre infirmières. Il s'agit de préparations cliniques inadéquates et de soins retardés ou non donnés (Hawkins et al., 2019; Hogh et al., 2018; Pickering et al., 2017; Wolf et al., 2018), de chutes de patients (Anusiewicz et al., 2019; Hesketh et al., 2003;

Houck et Colbert, 2017; Roche et al., 2010), de risque d'erreurs de traitement ou de médication (Anusiewicz et al., 2019; Hartin et al., 2018; Hesketh et al., 2003; Houck et Colbert, 2017; Johnson et Benham-Hutchins, 2020; Purpora, Blegen, et al., 2015; Roche et al., 2010; Wilson, 2016; Wolf et al., 2018), de douleurs non soulagées (Hawkins et al., 2019), de bactériémies associées aux cathéters centraux (Arnetz et al., 2020) et de plaintes de patients (Houck et Colbert, 2017). À noter que la plupart des études consultées ont principalement mesuré les perceptions des infirmières au regard de la sécurité des patients, des erreurs ou des événements indésirables liés à l'intimidation entre infirmières au lieu des taux rapportés (Johnson et Benham-Hutchins, 2020).

Par ailleurs, lorsque l'organisation normalise les comportements d'intimidation entre infirmières, le climat éthique tend à se dégrader (Hartin et al., 2018) et un manque à l'éthique professionnelle pourrait transparaître dans la manière non optimale de soigner les patients (Hartin et al., 2018; Sastrawan et al., 2019). Néanmoins, une étude de cohorte longitudinale réalisée au Danemark sur une période de deux ans (T1 et T2 N= 5 202) montre que l'infirmière intimidée par d'autres infirmières est capable de surmonter les perceptions négatives de son environnement de travail et continue de fournir des soins de qualité en maintenant une relation significative avec la clientèle pour compenser les effets potentiellement destructeurs de ce type d'intimidation (Hogh et al., 2018). Puisque les résultats de cette étude ne correspondent pas aux études antérieures (Houck et Colbert, 2017; Roche et al., 2010), des recherches futures s'avèrent nécessaires pour étudier plus en profondeur la relation entre la qualité des soins et l'intimidation entre infirmières.

Enfin, des études s'intéressent aux conséquences de l'intimidation entre infirmières sur l'organisation (Berry et al., 2012; Farrell et Shafiei, 2012; Hartin et al., 2018; Hutchinson et Jackson, 2013a; Johnson et Benham-Hutchins, 2020; Yildirim, 2009). Par exemple, les résultats de la revue systématique d'Hutchinson et Jackson (2013a) montrent comment les situations d'intimidation entre infirmières contribuent à réduire la performance et la productivité des infirmières, tout en faisant obstacle au travail d'équipe. Des résultats semblables sont documentés dans les travaux d'autres chercheurs (Berry et al., 2012; Farrell et Shafiei, 2012; Hartin et al., 2018; Yildirim, 2009). Ce type de situations crée un environnement de travail hostile qui entraîne des conséquences sur le plan organisationnel, telles que de l'insatisfaction menant à

une augmentation de l'absentéisme, qui peut s'expliquer par la réduction du temps travaillé de l'infirmière intimidée qui évite d'être en contact avec son intimidateur (Anusiewicz et al., 2019; Giorgi et al., 2016; Hartin et al., 2018; Hawkins et al., 2019; Pickering et al., 2017; Tuna et Kahraman, 2019; Wilson et al., 2011).

À ce titre, des résultats d'études indiquent que les infirmières intimidées par d'autres infirmières seraient plus susceptibles de prendre des congés de maladie que les non-intimidées (Anusiewicz et al., 2019; Bambi et al., 2018; Hawkins et al., 2019; Johnson et Benham-Hutchins, 2020; Kivimäki et al., 2000; Lever et al., 2019; Tee et al., 2016). L'augmentation du taux de roulement du personnel menant à une perte d'expertise au sein de la profession (Bambi et al., 2018; Castronovo et al., 2016; Farrell et Shafiei, 2012; Hawkins et al., 2019; Johnson et Rea, 2009; Pickering et al., 2017), le remplacement du personnel et le recrutement (Bloom, 2019; Carter et al., 2013; Edmonson et Zelonka, 2019; Rowe et Sherlock, 2005) de même que les difficultés de rétention (Arnetz et al., 2019; Hartin et al., 2018; Johnson et Benham-Hutchins, 2020; Wolf et al., 2018) sont identifiées dans les écrits consultés comme des sources inévitables de coûts organisationnels.

Les coûts financiers globaux encourus par les organisations demeurent souvent sous-estimés puisqu'ils sont difficiles à évaluer en raison du défi de quantifier les coûts indirects liés à l'intimidation entre infirmières (Vessey et al., 2010; Wilson et al., 2011). Des coûts financiers associés aux erreurs de pratique professionnelle (Anusiewicz et al., 2019; Johnson et Benham-Hutchins, 2020), aux frais médicaux et juridiques en raison des litiges intentés devant les tribunaux par les infirmières intimidées par d'autres infirmières pour des préjudices subis (Arnetz et al., 2019; Duffy, 2009) de même que les traitements (ex. : dépression) et la réduction des services à la population (Ditmer, 2010) constituent quelques exemples documentés dans les écrits consultés. Aux États-Unis, Murray (2008) a estimé le coût annuel de l'intimidation entre infirmières à plus de 4 milliards de dollars en raison de l'absentéisme, de la baisse de productivité et des lésions professionnelles. Au Royaume-Uni, le coût annuel de l'intimidation entre infirmières pour les organisations est estimé à 13,75 millions de livres sterling, soit environ 15 millions en dollars américains (Koh, 2016).

Dans l'ensemble, les devis de recherche quantitatifs sont les plus utilisés pour étudier les conséquences de l'intimidation entre infirmières. L'effet de ce type d'intimidation sur la santé psychologique de l'infirmière intimidée est le plus étudié, contrairement à la qualité des soins et les coûts associés. Des preuves d'effets négatifs sur les infirmières qui dénoncent des pratiques contraires à l'éthique, voire illégales dans leur milieu de travail, sont peu documentées dans les écrits sur l'intimidation entre infirmières (Johnson et Benham-Hutchins, 2020). Des conséquences telles que des mesures disciplinaires, une rétrogradation, une référence en psychiatrie, ainsi que des menaces personnelles et des pressions pour démissionner ont été rapportées dans l'étude de McDonald et Ahern (2000). Enfin, selon Hogh et al. (2018) de même que Johnson et Benham-Hutchins (2020), des recherches s'avèrent nécessaires pour comprendre la nature des relations entre l'intimidation entre infirmières et ses conséquences sur l'infirmière et la qualité des soins puisqu'à ce jour, l'état des connaissances demeure peu documenté empiriquement.

### **3.6 Synthèse de la recension des écrits**

Pour conclure, ce chapitre présente quelques pistes pour la recherche future, identifiées dans les écrits consultés, et met en lumière les principaux constats permettant d'appuyer la pertinence de réaliser cette étude doctorale. D'abord, il est proposé d'explorer la notion d'intimidation entre infirmières et de décrire les expériences vécues, selon la perspective des personnes impliquées dans de telles situations (Branch et al., 2013). Il est également recommandé de se pencher sur l'interaction des multiples composantes de l'intimidation entre infirmières plutôt que de poursuivre leur exploration de manière isolée, afin de mieux comprendre les expériences, la portée et l'étendue de ce problème dans les milieux de pratique (Goh et al., 2022). Le développement d'approches théoriques multidimensionnelles, qui prennent en compte des caractéristiques individuelles, relationnelles, organisationnelles et sociétales pour réfléchir aux actions à déployer dans les milieux de pratique est proposé (Aoki et Guirardello, 2019; Gamble Blakey et al., 2019; Johnson, 2011; Parker et al., 2016; Smith et al., 2016). Malgré des progrès observés dans le domaine de l'intervention pour contrer l'intimidation entre infirmières, l'efficacité de plusieurs actions demeure inconnue et nécessite des recherches supplémentaires (Bambi et al., 2017; Goh et al., 2022; Stagg et Sheridan, 2010). Comprendre

comment l'intimidation entre infirmières se produit est essentiel pour le développement d'interventions efficaces (Bambi et al., 2017; Johnson et Benham-Hutchins, 2020; Lever et al., 2019).

Une autre cible de recherche future proposée dans les écrits est celle d'appréhender les situations d'intimidation entre infirmières en tenant compte des rôles et des spécialités des infirmières de même que des contextes organisationnels et des structures situées dans différents secteurs de la santé en milieux urbains et ruraux, afin de développer une perspective élargie des situations d'intimidation entre infirmières (Havaei et al., 2020). Enfin, il est recommandé que des recherches qualitatives et quantitatives soient menées dans le but de documenter les antécédents et les conséquences de telles situations qui influencent le développement de comportements d'intimidation entre infirmières et le processus de formation de cette forme de violence dans les milieux de pratique (Goh et al., 2022; Johnson et Benham-Hutchins, 2020; Yildirim et Yildirim, 2007), pour avoir un meilleur portrait de ce qui peut nuire ou favoriser la santé et le bien-être des infirmières. Des études sont recommandées pour explorer l'intimidation entre infirmières au regard du climat organisationnel (Giorgi et al., 2016), des groupes formels et informels au sein des équipes de soins (Hutchinson, 2013) et des effets sur la qualité des soins et des coûts financiers (Lever et al., 2019).

Pour terminer, sept constats permettent d'appuyer la pertinence de réaliser cette étude doctorale. Premièrement, cette recension révèle que malgré l'abondance des écrits recensés sur l'objet d'étude, ce sujet a fait l'objet de relativement peu d'études empiriques dans les écrits infirmiers. Les études ayant recours à cette notion adoptent généralement une perspective psychologique, comportementale, entrepreneuriale ou politique, alors que la perspective infirmière demeure restreinte. De plus, les approches théoriques recensées reflètent une vision souvent unidimensionnelle de l'intimidation entre infirmières et tendent à omettre les autres dimensions (ex. : éthiques, socioéconomiques), alors qu'il est reconnu qu'il s'agit d'un problème multidimensionnel.

Deuxièmement, cette recension montre qu'il y a peu d'études sur ce sujet qui ont été réalisées en dehors des hôpitaux, particulièrement dans les secteurs de l'urgence et de la

psychiatrie, accordant ainsi peu d'attention aux autres secteurs d'activité, comme la première ligne. Il existe peu de preuves sur l'étendue de ce problème entre infirmières exerçant des rôles autres que soignantes, travaillant à l'extérieur des hôpitaux dans différents domaines en zones urbaines et rurales. Par ailleurs, bien que l'intimidation entre infirmières ait fait l'objet de plus d'attention dans les écrits, l'intimidation exercée par un supérieur ou un subordonné semble de plus en plus démontrée.

Troisièmement, l'ampleur de l'intimidation entre infirmières a été particulièrement étudiée ; cependant, la comparaison des données demeure difficile étant donné qu'elles sont issues d'études effectuées auprès d'échantillons diversifiés, dans des contextes variés, et que les chercheurs ont utilisé différentes méthodes de collecte des données, complexifiant ainsi la comparaison. L'absence de consensus sur la définition du concept représente l'une des principales causes rapportées pour justifier le peu de données empiriques comparables sur l'intimidation entre infirmières. À ce titre, une quantité considérable de termes et de concepts, avec leurs nuances respectives, ont été recensés dans les écrits. Les actions ou comportements d'intimidation, le déséquilibre de pouvoir entre la cible et l'intimidateur, la temporalité et les effets néfastes sur la cible et les témoins correspondent aux quatre éléments constitutifs de la définition de l'intimidation entre infirmières qui semblent faire consensus, selon plusieurs auteurs.

Quatrièmement, divers antécédents liés à la création de situations d'intimidation entre infirmières ont été discutés dans de nombreuses études. Des chercheurs se sont penchés sur les antécédents individuels tels que les caractéristiques démographiques (ex. : âge, genre) et la personnalité des infirmières impliquées dans une situation d'intimidation (ex. : affect, capital psychologique) et certains rapportent des résultats contradictoires. D'autres ont privilégié l'étude des antécédents organisationnels comme la culture organisationnelle, les caractéristiques de l'emploi de la profession infirmière, la qualité des relations interpersonnelles et le style de leadership pour expliquer la survenue de situations d'intimidation entre infirmières. Peu d'études abordent les facteurs sociaux (ex. : structures sociales, politiques) au regard de l'intimidation entre infirmières. La poursuite des études sur les antécédents de l'intimidation entre infirmières est essentielle pour mieux comprendre ce phénomène complexe et multidimensionnel.

Cinquièmement, les connaissances relatives aux effets indésirables de l'intimidation entre infirmières sont de plus en plus connues. Ces conséquences affectent les infirmières intimidées ou témoins de cette violence, la clientèle et l'organisation. Les effets néfastes sur la santé et le bien-être physique (ex. : troubles du sommeil) et psychologique (ex. : dépression) de l'infirmière sont documentés. Des chercheurs rapportent des symptômes de stress post-traumatique, des idéations suicidaires et des tentatives de suicide. Les conséquences de l'intimidation entre infirmières sur la sécurité de la clientèle et la qualité des soins ainsi que les coûts financiers qui y sont associés pour les organisations sont relativement peu documentés, alors que les coûts financiers pour l'infirmière intimidée ne sont pas abordés dans les écrits recensés. Sixièmement, malgré une volonté de plus en plus affichée des infirmières de dénoncer les situations dans les milieux de pratique, l'accès à des systèmes de dénonciation efficaces demeure limité et les craintes de représailles représentent un obstacle à la dénonciation pour bon nombre d'infirmières intimidées ou témoins.

Enfin, septièmement, des études qualitatives visant à explorer la compréhension des actions et des processus sous-jacents aux situations d'intimidation entre infirmières en prenant en compte le point de vue des infirmières intimidées ou témoins s'avèrent essentielles, considérant qu'elles sont peu documentées dans les écrits infirmiers, notamment au Québec. À ce titre, les infirmières sont les mieux placées pour décrire leur expérience et proposer des actions pour lutter contre ce problème. Cette recension affirme la pertinence de mieux saisir l'interaction des multiples dimensions de ce type d'intimidation, car très peu d'études offrent, à ce jour, une perspective micro-macro de cet objet d'étude. La perspective interactionniste critique retenue pour cette étude doctorale paraît tout indiquée pour explorer comment et pourquoi les situations d'intimidation entre infirmières se produisent, se maintiennent et se terminent. L'approche méthodologique privilégiée pour cette étude doctorale est présentée dans le prochain chapitre.

## Chapitre 4 – Méthodologie

Ce quatrième chapitre rend compte de la méthodologie privilégiée pour la réalisation de cette étude doctorale. Structuré en quatre sections, il présente l'orientation et l'approche méthodologiques, le milieu de l'étude, sa mise en œuvre et les considérations éthiques.

### 4.1 Orientation et approche méthodologiques

La nature sensible et tacite des situations d'intimidation entre infirmières, telle que décrite dans les chapitres précédents, met en évidence la difficulté de circonscrire cet objet d'étude. Il importait donc d'orienter la méthodologie afin de rendre visible ce problème social complexe. Ainsi, en cohérence avec la posture constructiviste sociale/constructionniste sociale de l'étude doctorale, la doctorante a adopté un angle d'exploration en profondeur à partir de l'*intérieur*, comme le propose Charmaz (2014).

Selon Bergson (2013), cela implique d'attribuer à l'objet un *intérieur* tel que « des états d'âme » (p. 178) pour sympathiser avec cette réalité en faisant appel à l'intuition, ce qu'il décrit comme étant « la sympathie par laquelle on se transporte à l'intérieur d'un objet pour coïncider avec ce qu'il a d'unique » (p. 181). Le chercheur doit faire preuve de transparence en indiquant de quel côté il se situe, à savoir si l'objet d'étude est influencé par ses valeurs en faisant preuve de sympathie ou de neutralité envers les participants (Becker, 1967). À cet égard, la doctorante a privilégié une posture épistémologique propice au développement d'une relation avec les participants, à partir de laquelle cocréer un climat de respect et de confiance pour leur démontrer sa sympathie, comme le préconisent Bergson (2013), Becker (1967) et Charmaz (2014). Le choix d'une approche méthodologique ancrée dans un espace interactionnel ouvert au dialogue devenait une condition *sine qua non* pour explorer cet *intérieur* servant d'assise au développement de savoirs inscrits en sciences infirmières.

Considérant le but de cette étude et les questions de recherche, une approche méthodologique interprétative/qualitative exploratoire, inspirée de la théorisation ancrée constructiviste (*constructivist grounded theory* [ConGT]) (Charmaz, 2014), combinée à des éléments méthodologiques empruntés à l'analyse situationnelle (Clarke et al., 2015) et à l'analyse

dimensionnelle (Schatzman, 1991; Schatzman et Strauss, 1973), a été adoptée pour orienter l'étude doctorale et élaborer une coconstruction théorique des situations d'intimidation (CTSI) entre infirmières, selon le point de vue d'infirmières et d'infirmiers québécois les ayant vécues à titre de cibles ou de témoins dans le cadre de leur pratique (Figure 2).

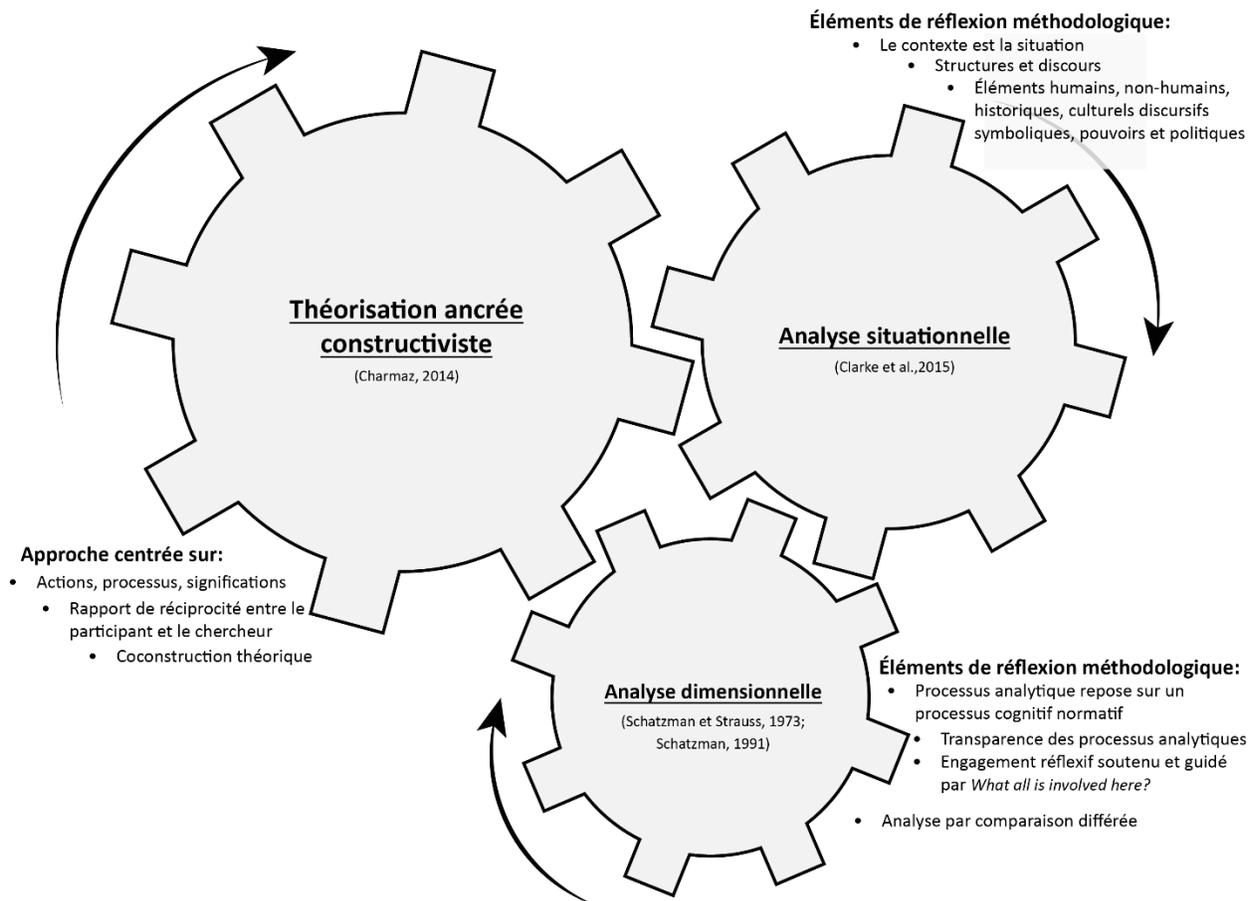


Figure 2. – Éléments constitutifs de l'approche méthodologique.

Pour mieux comprendre ce choix, il convient de préciser que la conception originale de la théorisation ancrée (TA), développée par Glaser et Strauss (1967), a été revisitée au cours des cinq dernières décennies par de nombreux chercheurs (Bryant et Charmaz, 2007; Charmaz, 2000, 2005; Charmaz, 2014; Clarke, 2005; Clarke et al., 2015; Corbin et Strauss, 2015; McCreaddie et Payne, 2010; Morse et al., 2009). C'est ce que Mills et al. (2007) appellent la spirale méthodologique de la TA, qui est à l'origine de plusieurs variantes, comme l'approche

straussienne (Strauss et Corbin, 1990), la ConGT (Charmaz, 2014), l'analyse dimensionnelle (Schatzman, 1991; Schatzman et Strauss, 1973) et l'analyse situationnelle (Clarke, 2005; Clarke et al., 2015). Ces approches se distinguent entre elles, notamment par leur application pratique en raison d'ancrages paradigmatiques divergents (Berthelsen et al., 2017; Birks et al., 2006; Cooney, 2011; Cutcliffe, 2005; Hall et al., 2013; Higginbottom et Lauridsen, 2014; Hunter et al., 2011; Licqurish et Seibold, 2011; Mills et al., 2006; Mills et al., 2007; Morse et al., 2009). Elles partagent toutefois des lignes directrices communes, telles que la logique inductive initiale, la stratégie d'échantillonnage théorique, l'analyse de comparaison constante des données, le codage, la rédaction de mémos, la simultanéité de la collecte et l'analyse des données selon un processus itératif, ainsi que la valorisation du développement de théories centrées sur les politiques et les pratiques (Charmaz, 2014; Corbin et Strauss, 2008).

Cela dit, Charmaz (2014) invite les chercheurs à considérer l'ensemble des variantes de la TA comme une « constellation de méthodes, plutôt qu'un ensemble de méthodes différentes » [traduction libre] (p. 14). C'est en parcourant cette constellation que la doctorante a choisi de s'inspirer des trois variantes de la TA mentionnées précédemment pour développer l'approche méthodologique de la présente étude. Cette convergence s'avérait indispensable pour jeter un nouveau regard sur l'objet d'étude, en portant attention à ce qui pourrait demeurer invisible ou tenu pour acquis, et en explorant au-delà de processus linéaires ou statiques de l'expérience individuelle des participants, comme le préconise Kearney (2009).

D'abord, en prenant appui sur les autres approches de TA, Charmaz (2014) a développé la ConGT, qu'elle décrit comme étant :

Une version contemporaine de la théorisation ancrée qui adopte des stratégies méthodologiques telles que le codage, la rédaction de notes et l'échantillonnage théorique de la version originale de la méthode, mais modifie ses fondements épistémologiques et prend en compte le développement méthodologique de la recherche qualitative survenu au cours des cinquante dernières années [traduction libre] (Charmaz, 2014, p. 242).

En accord avec Charmaz (2014), la doctorante reconnaît l'existence de réalités multiples et considère que la réalité sociale existe uniquement à travers l'action humaine, qui est la seule à pouvoir rendre visible la signification implicite de l'objet d'étude et à permettre aux personnes

qui ont une connaissance de cette réalité de résoudre les problèmes. Elle reconnaît également qu'elle fait partie du monde qu'elle étudie, et admet son propre engagement dans le processus de la coconstruction théorique, lequel constitue en soi une construction qui résulte de ses relations avec les participants. Afin d'explorer les multiples expériences vécues des participants, la doctorante devait établir avec eux un rapport de réciprocité et cocréer un espace de dialogue pour mieux saisir leurs réalités, sans toutefois avoir la prétention d'arriver à reproduire leurs points de vue ou même leurs expériences vécues. Cet angle d'approche proposé par Charmaz (2014) permettait à la doctorante de mieux saisir pourquoi et comment se construisent leurs significations et leurs actions tout en prenant en considération l'influence potentielle des conditions historiques, sociales et situationnelles qui pouvait s'exercer sur les actions des participants, tout au long du parcours méthodologique. La ConGT de Charmaz (2014) a été privilégiée pour théoriser le travail d'interprétation des participants sur leurs vécus d'intimidation.

Par ailleurs, en raison de la complexité de l'objet d'étude, le recours à des stratégies méthodologiques supplémentaires s'est avéré nécessaire pour réfléchir sur les situations d'intimidation à l'étude. Il a été décidé de recourir à l'analyse situationnelle (AS) de Clarke et al. (2015) parce qu'il s'agit d'une approche flexible qui permet d'explorer un objet d'étude en allant au-delà de l'action, des processus et des significations, comme c'est le cas avec la ConGT de Charmaz (2014). L'AS offre au chercheur la possibilité d'élargir sa perspective en situant l'action dans un contexte situationnel qui prend en considération les éléments structurels et sociaux, les discours et les relations de pouvoir du macroenvironnement (ex. : institutions, organisations sociales). D'après Clarke et al. (2015), c'est dans ce type d'environnement que l'objet d'étude se construit, se produit et se transforme en ayant, au fil du temps, une incidence sur les acteurs concernés. Ces auteurs précisent que l'AS permet de rendre compte de l'objet d'étude en prenant en considération les conflits, les controverses, les variations et les différences des mondes sociaux qui l'entourent. Dans la présente étude, la notion de *situation d'intimidation entre infirmières* comprend les contextes situationnels, le bagage expérientiel de la doctorante, comme élément constitutif du parcours méthodologique, et la construction même de ce parcours qui était lui-même sujet au changement au fil des avancées de l'étude.

La notion de réflexion méthodologique issue de l'analyse dimensionnelle (AD) (Schatzman, 1991; Schatzman et Strauss, 1973) a aussi été retenue pour l'étude des situations d'intimidation entre infirmières. Effectivement, tout comme Charmaz (2014), l'AD de Schatzman (1991) et de Schatzman et Strauss (1973) invite à faire preuve de réflexivité dans le parcours méthodologique. Des auteurs mentionnent que cet angle d'approche permet de rendre explicite la conceptualisation sous-jacente aux processus analytiques utilisés dans une étude (Bowers et Schatzman, 2009; Kools et al., 1996). Le recours à l'AD était nécessaire pour faciliter la compréhension des variations dans les significations des situations d'intimidation à l'étude et fournir des précisions sur les processus analytiques impliqués dans la démarche d'interprétation.

Compte tenu de ce qui précède, l'approche méthodologique interprétative/qualitative exploratoire privilégiée pour cette étude constituait un choix judicieux pour étudier des situations d'intimidation entre infirmières. Il est d'ailleurs généralement admis en sciences infirmières que les problèmes sociaux complexes interpellent l'usage et le développement de nouvelles réflexions paradigmatiques (Litchfield et Jonsdottir, 2008) et, par le fait même, de nouvelles formes de connaissances dans l'intérêt du personnel infirmier et, surtout, de ceux qu'il soigne (Kagan et al., 2010).

## **4.2 Milieu de l'étude**

L'étude de situations d'intimidation entre infirmières a mené la doctorante vers un type de recherche qualifiée de sensible par de nombreux auteurs (Brannen, 1988; Cowles, 1988; Dickson-Swift et al., 2008; Lee et Renzetti, 1990; McGarry, 2010; Sieber et Stanley, 1988). Lee et Renzetti (1990) estiment que cette sensibilité est manifeste lorsque le chercheur s'immisce dans la sphère privée du participant pour explorer en profondeur une expérience vécue qui aborde un sujet épineux, tel que des comportements étroitement liés à la violence. Selon ces auteurs, la recherche est qualifiée de sensible lorsque le seul fait de participer à une étude génère un risque de préjudices (ex. : une perte d'emploi, des représailles) ou de menaces pour les participants, qui doivent parfois, par exemple, cacher leur participation à leur employeur. Il semble que le risque de conflits non résolus et de préjudices est particulièrement présent lorsque l'étude portant sur un sujet épineux se déroule en contexte institutionnel (Sieber et Stanley, 1988).

Dans cette étude, les milieux de pratique où exercent les infirmières ont été considérés par la doctorante comme étant des terrains minés pour aborder des situations d'intimidation entre infirmières. Pour cette raison, aucun milieu n'a été sollicité. Le recrutement et la collecte des données ont été effectués à l'extérieur des milieux de pratique, afin de donner aux participants l'assurance que l'étude doctorale était libre de tout lien avec les milieux institutionnels et pour qu'ils se sentent plus enclins à livrer leurs témoignages.

### **4.3 Mise en œuvre de l'étude**

Cette section du chapitre porte sur la mise en œuvre de l'étude. Dans un premier temps, elle présente la phase initiale exploratoire réalisée au début du parcours méthodologique. Ensuite, elle précise l'échantillonnage, les moyens déployés pour procéder au recrutement des participants et composer l'échantillon. Le processus de collecte et d'analyse des données termine cette section.

La Figure 3 illustre les éléments constitutifs du parcours méthodologique de l'étude doctorale. La case grise située dans le haut de cette figure indique que la coconstruction théorique et l'analyse des données chapeautent le parcours méthodologique de l'étude doctorale.

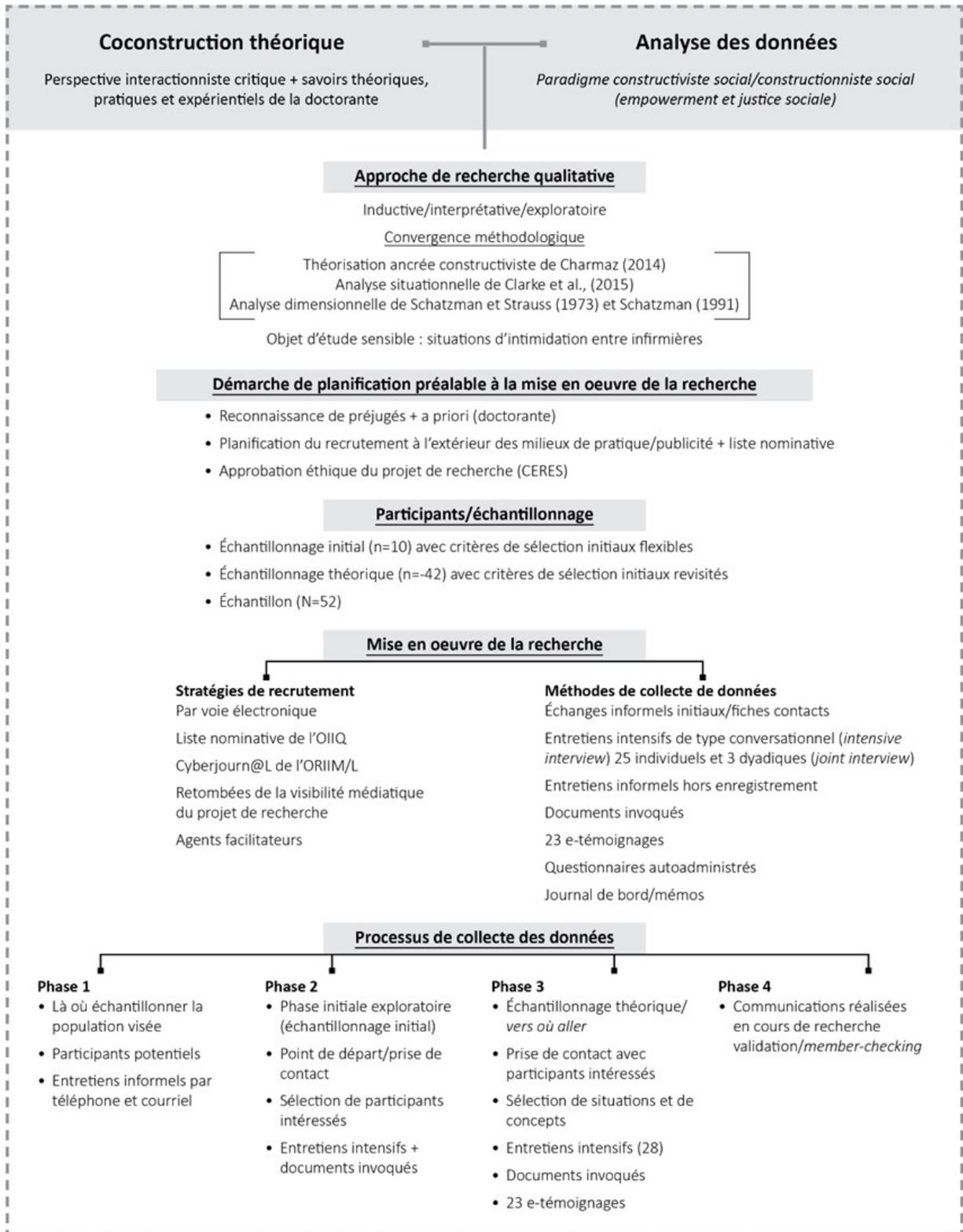


Figure 3. – Parcours méthodologique.

### **4.3.1 Phase initiale exploratoire**

Plusieurs auteurs recommandent aux chercheurs de mener une phase initiale exploratoire, aussi nommée travail pilote, dans le cadre de leur projet de recherche qualitative afin de prendre un moment de réflexion au début ou pendant le parcours méthodologique pour affirmer, affiner ou réviser certaines décisions méthodologiques (Beebe, 2007; Charmaz, 2014; Kim, 2011; Lees et al., 2022; Sampson, 2004; Whiting et al., 2021; Wray et al., 2017). Le travail pilote permet, par exemple, de créer un espace de réflexivité éthique afin d'assurer une meilleure préparation du chercheur avant son entrée sur le terrain (Sampson, 2004), d'identifier précocement et résoudre des problèmes méthodologiques qui pourraient nuire à la poursuite de l'étude (Beebe, 2007; Kim, 2011; Pritchard et Whiting, 2012) ainsi que de renforcer la rigueur de l'étude (Nunes et al., 2010; Whiting et al., 2021), notamment lorsqu'une profondeur de compréhension est recherchée (Malmqvist et al., 2019). Selon Nunes et al. (2010), le travail pilote mené dès les premières étapes d'une approche méthodologique qualitative permet au chercheur d'acquérir une sensibilité contextuelle, laquelle s'avère nécessaire tant au début du projet que tout au long de sa réalisation.

Dans cette étude, une phase initiale exploratoire a été réalisée afin d'interroger les stratégies d'échantillonnage et de recrutement des participants. Des réflexions conceptuelles ont aussi été engagées dès les premiers contacts avec les participants de l'échantillonnage de la phase initiale exploratoire (n=10) à partir duquel une première conceptualisation a été produite. Des précisions sur cet échantillonnage sont présentées dans la prochaine sous-section. Le travail pilote servait ainsi d'amorce pour délimiter l'objet d'étude et guider les prochaines étapes du parcours méthodologique. Étant donné que la phase initiale exploratoire fait partie intégrante de l'étude, elle ne nécessitait pas d'approbation éthique distincte.

### 4.3.2 Échantillonnage

Deux stratégies d'échantillonnage ont été retenues pour recruter les participants : un échantillonnage initial (phase initiale exploratoire) de type non probabiliste par choix raisonné et un échantillonnage théorique (Charmaz, 2014; Clarke et al., 2015; Schatzman et Strauss, 1973). Les stratégies ont été guidées par un processus décisionnel basé sur le fait de sélectionner, pour mieux circonscrire l'objet d'étude, et d'échantillonner, pour choisir des participants à partir de critères de sélection (Coyne, 1997; LeCompte et Preissle, 1993; Savoie-Zajc, 2007; Schwandt, 2007).

L'échantillonnage initial (phase initiale exploratoire) de type non probabiliste par choix raisonné permet de sélectionner des participants à partir des connaissances du chercheur sur la population visée (Polit et Beck, 2017) et d'obtenir une certaine représentativité de la population étudiée en tenant compte de ses hétérogénéités sur le plan des personnes et des milieux (Clarke et al., 2015). Des critères de sélection initiaux flexibles ont été déterminés sur la base de caractéristiques, d'expériences et d'informations que les participants pouvaient fournir pour l'étude de situations d'intimidation entre infirmières à partir de repères théoriques et de savoirs de la doctorante. Ils tenaient compte des exigences d'ordre pratique et théorique proposées par Schatzman et Strauss (1973), à savoir le temps alloué pour réaliser l'étude doctorale, les intérêts initiaux de la doctorante pour l'objet d'étude et ceux jugés pertinents au cours de la phase initiale exploratoire (ex. : réflexivité éthique, sensibilité contextuelle) puis des contraintes rencontrées. Dans l'ensemble, ces critères ont permis à la doctorante de déterminer la composition de l'échantillonnage initial (phase initiale exploratoire).

Compte tenu de la flexibilité de l'approche méthodologique retenue, au fur et à mesure des avancées du recrutement des participants, les critères initiaux (ex. : exercer en première ligne dans les régions de Montréal/Laval) ont été modifiés afin d'étendre aux régions urbaines et rurales du Québec et aux différentes organisations du secteur de la santé, sans égard aux collègues infirmières qui intimident.

Dans cette étude, les régions urbaines correspondent à la définition des grands centres de population urbains proposée par Statistique Canada (<https://www12.statcan.gc.ca/census->

<recensement/2021/ref/dict/az/definition-fra.cfm?ID=geo049a>) qui comptent une population de 100 000 habitants ou plus et une densité de population de 400 habitants ou plus au kilomètre carré. Au Québec, seules les régions administratives de Montréal et de Laval comptent plus de 400 habitants au kilomètre carré (<https://www.axl.cefan.ulaval.ca/amnord/Quebec-2demo.htm#1.1> La densité de la population québécoise). Cela dit, les régions situées à l'extérieur de ces deux grands centres de population urbains correspondent aux régions rurales de cette étude.

Finalement, les participants recrutés devaient répondre aux critères de sélection suivants : 1) exercer ou avoir exercé la profession infirmière au Québec et ; 2) vivre ou avoir vécu une situation d'intimidation venant d'une autre infirmière dans le cadre de ses activités professionnelles en contexte de pratique (cible ou témoin) et ; 3) parler et comprendre le français. Dans la présente étude, l'échantillonnage initial (phase initiale exploratoire) servait de point de départ pour engager l'étude jusqu'à la production d'une première conceptualisation, comme le recommandent Charmaz (2014) et Clarke et al. (2015).

Pour ce qui est de l'échantillonnage théorique, il s'inscrit dans le processus de collecte et d'analyse des données utilisées pour coconstruire la théorie en misant principalement sur la variation et la diversification de l'objet étudié et des perspectives qui l'entourent (Charmaz, 2014; Glaser et Strauss, 1967). Dans la présente étude, à la suite de l'échantillonnage initial (phase initiale exploratoire), les sources de données ont été choisies en fonction de ce qu'elles étaient capables de fournir pour affiner la CTSI. Il s'agit d'informations, d'événements/situations, de concepts ou de tout autre type de données à partir desquelles le chercheur tente de mettre en évidence des liens entre les catégories pour coconstruire la théorie (Charmaz, 2014). La doctorante menait ainsi simultanément les opérations de collecte, de codification et d'analyse et, en considérant les préoccupations qui émergeaient tout au long du parcours méthodologique, elle prenait des décisions pour orienter la collecte de données et guider la coconstruction théorique, comme le proposent Clarke et al. (2015).

### 4.3.3 Recrutement

L'étude de situations d'intimidation entre infirmières est un sujet sensible, qui nécessite de faire preuve de prudence quant à l'approche de « l'acteur socialement compétent » (Savoie-Zajc, 2007, p. 103) à partir duquel explorer empiriquement l'objet d'étude. Pour pallier cette difficulté, Duffy (2002) propose d'obtenir une liste nominative pour joindre, par envoi électronique, la population visée. Ce mode de communication asynchrone a été retenu parce qu'il favorise la mise en relation du chercheur et des participants potentiels sans contrainte de temps et de distance (East et al., 2008). Dans le cas de la recherche qualifiée de sensible, il permet de minimiser les risques de préjudices pour les participants (Lee et Renzetti, 1990).

Dans cette étude, après avoir obtenu l'approbation éthique du projet de recherche (Annexe L), la doctorante a soumis une demande d'autorisation, le 26 octobre 2014, au Secrétariat général et direction principale, Affaires réglementaires de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), un organisme public indépendant responsable de réglementer la profession en vue d'assurer la protection du public, pour obtenir une liste nominative d'infirmières et d'infirmiers exerçant en première ligne dans les régions de Montréal et de Laval.

La demande a été acceptée le 17 novembre 2014 (Annexe B), et une liste nominative préparée par le statisticien de l'OIIQ a été livrée à la doctorante par courrier postal le 20 décembre 2014. Présentée sous la forme d'un disque compact sécurisé, cette liste a vu son accès rendu possible le 19 janvier 2015 par le biais d'un mot de passe. Le disque contenait un fichier Microsoft Excel® avec les adresses de courriel de 816 infirmières et infirmiers inscrits au Tableau de l'OIIQ en date du 1<sup>er</sup> décembre 2014. Selon cette même source, au total, 1 923 membres répondaient aux critères de sélection initiaux discutés précédemment. Parmi eux, 816 (42 %) consentaient à ce que l'OIIQ transmette leurs coordonnées à un tiers pour fins de recherches, pour compiler des statistiques ou participer à des sondages.

Une invitation, sous forme d'affiche publicitaire, a été conçue pour inciter des infirmières et infirmiers à participer à l'étude doctorale (Annexe C). Son contenu fournissait des informations sur le projet de recherche et sur les critères d'admissibilité. Des informations sur les risques et les modalités entourant la première prise de contact avec la doctorante étaient fournies. Un numéro

de téléphone donnant accès à une boîte vocale ainsi que l'adresse de courriel institutionnelle de la doctorante étaient inscrits sur l'invitation. Finalement, l'aspect visuel a été rendu plus attrayant par l'ajout d'une illustration créée spécifiquement pour ce projet par une étudiante en design graphique, qui en a autorisé l'utilisation avec mention du crédit.

Afin de valider la clarté des informations présentées, l'invitation a été soumise à un prétest auprès d'infirmières (N=7), et ce, entre les mois d'avril et mai 2014, celles-ci ne faisant pas partie de l'étude. Parmi ces professionnelles, deux (n=2) exerçaient à titre d'infirmières cliniciennes en soins de première ligne. Les autres étaient professeures à l'université (n=2), étudiantes au doctorat en sciences infirmières (n=2) et coordonnatrice de stage (n=1) au niveau du programme de premier cycle en sciences infirmières. Le prétest portait sur l'intérêt suscité par l'affiche publicitaire, le contenu et la clarté des explications fournies. Les commentaires reçus ont permis à la doctorante de bonifier l'invitation.

L'invitation à participer devait inciter les participants potentiels à ouvrir le courriel, qui ne devait pas être confondu avec une communication électronique non sollicitée ou une source potentielle de virus informatique (Kaplowitz et al., 2004). Une adresse électronique de l'Université de Montréal a été utilisée et l'objet du courriel indiquait *Invitation à participer à un projet de recherche sur la violence intraprofessionnelle*, une expression remplacée par celle de *situation d'intimidation entre infirmières* en cours de recherche. Le contenu de l'invitation s'affichait directement dans le message courriel, qui était accessible en effectuant un seul clic. Afin de réduire le risque d'altérer la livraison par l'envoi trop massif de courriels au même moment, des envois de courriels groupés entre 15 et 30 adresses à la fois étaient privilégiés. Par souci d'assurer la confidentialité des participants potentiels, chacun des envois utilisait la copie conforme invisible (CCI). Au total, 35 envois de courriels groupés se sont avérés nécessaires pour contacter les 816 participants potentiels par l'intermédiaire des adresses de courriel fournies par l'OIIQ. Les détails concernant les premières prises de contact entre les participants potentiels et la doctorante sont présentés dans la sous-section portant sur le processus de collecte et d'analyse des données de ce même chapitre.

Une demande de publication électronique de l’invitation à participer à l’étude doctorale a aussi été effectuée auprès des membres du comité de communication de l’Ordre régional des infirmières et infirmiers de Montréal et Laval (ORIIM/L) le 17 février 2015. Après avoir obtenu l’approbation de ceux-ci, l’invitation a été publiée le 20 février 2015 dans le *CYBERJOURN@L* de l’ORIIM/L sous la rubrique *Babillard*, accessible aux membres inscrits à la liste de diffusion (Annexe D).

La visibilité médiatique dont a bénéficié le projet de recherche doctorale, survenue de manière inattendue, est devenue partie prenante du processus de recrutement. Effectivement, entre janvier 2015 et décembre 2016, le projet doctoral a connu quatre moments de visibilité médiatique (Figure 4), qui ont eu des retombées positives dans le parcours de l’étude doctorale. Dans cette section, seuls les deux premiers moments sont explicités, étant donné leurs retombées directes sur le recrutement des participants. Les troisième et quatrième moments sont abordés dans le chapitre six (chapitre de discussion) de cette thèse.



Figure 4. – Quatre moments de visibilité médiatique de la recherche doctorale.

Le premier moment de visibilité médiatique de la recherche doctorale est survenu le 26 janvier 2015, soit cinq jours après l’envoi des invitations à participer à l’étude, lors d’une publication sur le projet doctoral dans le Journal *Le Forum* de l’Université de Montréal. Par la suite, le recrutement s’est effectué pratiquement de manière spontanée, ce qui explique pourquoi l’affiche publicitaire, présentée à l’Annexe C, n’a subi aucune modification au regard des critères de sélection revisités. En effet, plusieurs personnes manifestaient à la doctorante leur

intérêt à participer à l'étude, à un point tel qu'aucune autre stratégie de recrutement ni aucune relance auprès des participants potentiels déjà sollicités n'ont été envisagées par la suite. Ainsi, la publication de cet article, mentionné précédemment, a fait émerger une stratégie de recrutement engageante dans le parcours méthodologique. Dès le lendemain, des acteurs de la communauté académique et journalistique ont communiqué avec la doctorante pour obtenir davantage d'informations sur le projet de recherche. Certains d'entre eux, qui disaient côtoyer des participants potentiels dans le cadre de leurs activités professionnelles (ex. : responsables de programmes de formation infirmière), ont agi à titre d'agents facilitateurs pour la prise de contact de ces participants potentiels avec la doctorante.

Le 28 janvier 2015, l'attachée de presse de l'Université de Montréal informait la doctorante d'une demande d'entrevue formulée par une journaliste d'un magazine féminin, qui avait pris connaissance de l'article publié dans le journal *Le Forum* de l'Université de Montréal et manifestait de l'intérêt pour le sujet. À la suite d'une entrevue accordée le 23 février 2015, la doctorante a donné son autorisation à l'édimestre de ce magazine afin qu'il puisse promouvoir la publication de l'article sur divers réseaux sociaux, comme *Facebook* et *Twitter*, en indiquant aux lecteurs qu'ils pouvaient contacter la doctorante par le biais de son adresse de courriel institutionnelle s'ils avaient des choses à partager sur le sujet. Selon Child et al. (2014), les sites de réseautage social facilitent le recrutement de participants en favorisant les interactions sociales et l'engagement des personnes. Ces mêmes auteurs mentionnent que cet engagement peut se traduire par la création et le partage de contenu en vue d'influencer les autres ou par une implication qui peut mener les personnes à participer à une étude. Des participants potentiels ont communiqué directement avec la doctorante par courriel ou par l'entremise de la journaliste du magazine pour partager des témoignages de situations d'intimidation entre infirmières vécues dans leurs milieux de travail. Certains témoignages ont été transférés à la doctorante par la journaliste, qui avait obtenu préalablement l'autorisation des participants potentiels. La publication de cet article a créé le deuxième moment de visibilité médiatique de la recherche doctorale à partir duquel le recrutement s'en trouvait facilité.

Ces visibilitées ont permis de recevoir, essentiellement par courriel, une centaine de commentaires et de témoignages à partir du 27 janvier 2015. Ces derniers étaient transmis à la

doctorante sur une base volontaire par des infirmières, des infirmiers ainsi que des enseignants, des médecins, des infirmières auxiliaires, des préposés aux bénéficiaires, des pompiers et d'ex-étudiants en soins infirmiers. Ils décrivaient de manière succincte ou détaillée des vécus d'intimidation, mais sans nécessairement être des situations d'intimidation entre infirmières, exprimaient des opinions, offraient des encouragements et même des remerciements à la doctorante en raison de son engagement à étudier des situations d'intimidation au sein de la profession infirmière. Étant donné que ces personnes, dont certaines ne répondaient pas aux critères de sélection, avaient pris le temps d'exprimer par écrit des pensées ainsi que des sentiments au regard de ces réalités vécues dans leurs trajectoires professionnelles, des remerciements personnalisés ont été adressés par courriel à chacune d'elles au fur et à mesure qu'entraient dans la boîte courriel de la doctorante les messages qui lui étaient adressés.

Selon Read (2004), ce type d'interaction contribue grandement à sensibiliser le chercheur aux enjeux liés à l'objet d'étude, et renforce son sentiment de partage avec des participants potentiels. La diversité des commentaires et des témoignages reçus a incité la doctorante à discuter avec sa directrice du potentiel que représentait ce matériel riche en contenu pour approfondir l'objet d'étude. Leur lecture favorisait le développement d'idées et de réflexions approfondies et essentielles pour affiner la conceptualisation de situations d'intimidation entre infirmières, surtout lors de la réalisation de l'échantillonnage théorique. Or, afin d'intégrer, dans le respect des règles de l'éthique, une partie de ce matériel, une demande d'amendement mineur au projet de recherche doctorale a été soumise au Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) et approuvée le 20 mai 2015. Ces démarches sont explicitées dans la section sur les considérations éthiques de ce chapitre.

#### **4.3.4 Composition de l'échantillon**

Il est généralement admis en recherche qualitative que la taille d'un échantillon repose autant sur des besoins informationnels (Polit et Beck, 2017) que sur la profondeur des informations recherchées (Patton, 2002). Charmaz (2014) mentionne qu'en théorisation ancrée, un minimum de 25 entretiens est proposé, mais elle précise que ce nombre est appelé à augmenter lorsqu'il s'agit d'un sujet controversé qui permet des découvertes surprenantes ou

provocantes en cours de recherche, et qui nécessite des analyses conceptuelles complexes, comme c'est le cas avec l'étude de situations d'intimidation entre infirmières. Dans cette étude, les questions de recherche soulevées dans le parcours méthodologique, ainsi que la manière dont la doctorante effectuait l'analyse des données, ont contribué à déterminer la taille de l'échantillon. Au total, 52 infirmières et infirmiers ont été recrutés, ce qui a assuré la représentation d'une grande diversité de situations d'intimidation entre infirmières.

Selon Charmaz (2014), l'échantillonnage initial et théorique, le processus itératif de collecte et d'analyse des données, de même que le questionnement et les décisions méthodologiques, permettent au chercheur de juger de l'atteinte d'une certaine proximité avec la saturation théorique pour déterminer la composition de l'échantillon. Dans la présente étude, la saturation théorique reposait sur le jugement de la doctorante qui a constaté, après environ 45 participants, qu'aucun nouvel aspect des situations d'intimidation à l'étude ne semblait extrait du matériel de recherche analysé; l'ensemble des données recueillies ont été jugées suffisamment riches, pertinentes et inclusives. Cependant, puisque ce constat reposait sur un jugement, une démarche de confirmation de l'atteinte de la saturation a été effectuée en continuant la collecte et l'analyse des données auprès des sept participants supplémentaires. C'est ce qui a permis de mettre fin à la collecte de nouvelles données puisqu'elles n'apportaient plus rien à la coconstruction théorique, qui se stabilisait en l'absence d'autre aperçu théorique émergeant des sources de données.

#### **4.3.5 Processus de collecte et d'analyse des données**

Tout au long du parcours de cette recherche interprétative/qualitative exploratoire, la collecte et l'analyse des données étaient réalisées de manière itérative, un élément central de la théorisation ancrée (Charmaz, 2014; Clarke et al., 2015; Glaser et Strauss, 1967). Comme le spécifient ces auteurs, il s'agit d'opérations méthodologiques effectuées en étant étroitement imbriquées les unes aux autres, et qui s'influencent mutuellement. Cette sous-section présente toutefois le processus de collecte et d'analyse des données de manière séquentielle pour en faciliter la lecture. Elle décrit d'entrée de jeu le déroulement de la collecte des données et les diverses méthodes utilisées, puis elle explicite le processus analytique.

#### 4.3.5.1 Déroulement de la collecte des données et des diverses méthodes utilisées

Durant le parcours méthodologique, la doctorante adoptait une posture d'engagement, d'ouverture et demeurait attentive aux changements qui survenaient au fil des avancées de la collecte de données, durant laquelle diverses méthodes ont été utilisées pour « *seeking 'thick' description* » (p. 23) de l'objet d'étude, une expression de Geertz (1973) reprise par Charmaz (2014). Il s'agit de l'échange informel, de l'entretien intensif de type conversationnel (*intensive interview*), de l'entretien intensif dyadique de type conversationnel (*joint interviews*), du témoignage reçu par courriel (e-témoignage), du document invoqué et du questionnaire sociodémographique autoadministré. Des fiches contacts ainsi qu'un journal de bord (mémos et comptes rendus) ont aussi été utilisés pour colliger des notes dans le parcours de la recherche.

##### 4.3.5.1.1 Échange informel

Le premier contact entre la doctorante et le participant potentiel se faisait par l'intermédiaire d'un échange informel sous forme de discussion téléphonique ou d'échange par courriel. Ces deux modalités de communication sont reconnues pour encourager le dialogue et faciliter le dévoilement d'expériences personnelles parfois embarrassantes (East et al., 2010). Ce choix était approprié, puisqu'il offrait à la doctorante l'occasion d'établir un rapport de confiance avec chacun des participants potentiels, une condition préalable, considérée comme essentielle à l'engagement des participants vers une démarche de réflexion (Dickson-Swift et al., 2008). L'échange informel confidentiel se déroulait sans être enregistré, avant et après les rencontres, avec chacun des participants, et aucune information fournie par ces derniers n'était incluse dans l'analyse avant d'obtenir leur consentement.

Lors du premier échange informel, la doctorante se présentait au participant potentiel et lui communiquait des informations sur le projet de recherche. Elle l'invitait à poser des questions sans exercer aucune pression induite pour l'amener à participer à l'étude doctorale. À ce moment, il était possible, pour la doctorante, de prendre en considération la diversité des situations d'intimidation entre infirmières et de réfléchir aux particularités singulières du participant potentiel au regard des critères de sélection établis pour composer l'échantillon. Selon Holton et

Fuller (2006), ce moment privilégié permet de converser avec les participants sans qu'ils ressentent la pression d'une conversation enregistrée, comme lors de l'entretien en face à face.

C'est au cours de l'échange informel qu'un rendez-vous était fixé avec le participant potentiel pour une rencontre au moment et au lieu qui lui convenaient le mieux. Le rendez-vous (date, heure et lieu) était confirmé le jour de l'échange informel et l'envoi d'un rappel de courtoisie 24 heures avant le rendez-vous fixé était convenu. Puis, le formulaire d'information et de consentement (Annexe E), dont la signature était prévue le jour de la rencontre, lui était acheminé par courriel. De cette manière, le participant potentiel avait suffisamment de temps pour prendre connaissance du document et communiquer avec la doctorante au besoin. L'échange informel favorisait la réflexion conceptuelle de la doctorante et encourageait la rédaction de mémos et de comptes rendus en cours de recherche.

Une fiche contact a été développée aux fins de saisie et de gestion des données recueillies lors du premier contact avec les participants (Annexe F). Cette fiche confidentielle permettait de colliger des informations à retenir sur le participant, telles que ses coordonnées (ex. : adresse de courriel ou numéro de téléphone) et quelques-uns des principaux éléments de son discours initial sur la situation d'intimidation entre infirmières rapportée. La fiche contact servait essentiellement à optimiser le suivi des communications et à y inscrire des notes méthodologiques et analytiques auxquelles la doctorante prévoyait d'ajouter certaines informations pertinentes lors de la rencontre prévue en face à face pour un entretien intensif de type conversationnel.

#### *4.3.5.1.2 Entretien intensif de type conversationnel*

L'entretien intensif, tel que décrit par Charmaz (1991, 2004; 2014), a été privilégié comme principale méthode de collecte de données parce qu'il permettait de cocréer un climat basé sur la confiance et le respect ainsi qu'un espace interactionnel favorable au dialogue. Le climat des entretiens intensifs correspondait à ce que Benoliel (1996) qualifie de processus politique au sein de la théorisation ancrée. Il rendait la doctorante dépendante de la qualité de la relation de collaboration qu'elle établissait avec chacun des participants pour recueillir des données. Quant à l'espace interactionnel, comme le souligne Desgagné (1997), il favorisait l'engagement d'une

démarche de réflexion et de coconstruction de connaissances entre la doctorante et les participants à l'étude. L'entretien intensif aidait à entreprendre l'étude des situations d'intimidation entre infirmières et donnait une voix aux participants, afin qu'ils puissent apporter, eux-mêmes, un éclairage sur une situation vécue.

Avant de commencer l'entretien intensif, la doctorante accueillait le participant, répondait à ses questions et lui fournissait des explications sur la recherche doctorale. Elle lui communiquait également des informations sur le déroulement de l'entretien et lui rappelait qu'il pouvait l'interrompre à tout moment. Une invitation au dialogue était formulée en demandant au participant « *racontez-moi votre histoire* ». Par la suite, la doctorante s'engageait dans une conversation exploratoire qui invitait le participant à réfléchir, à construire et à partager le récit d'expériences qu'il jugeait significatives et dont l'étude représente un élément central de la recherche interactionniste critique (Dubbin, 2014; Dubbin et al., 2017). Le participant racontait une ou plusieurs situations d'intimidation entre infirmières qu'il vivait, au moment de l'entretien, ou qu'il avait vécues, vues ou entendues, et dans lesquelles il était impliqué comme cible ou témoin d'intimidation. Il était aussi invité à exprimer ses valeurs, ses croyances, ses opinions et ses sentiments, de même qu'à identifier des causes pouvant expliquer la ou les situation(s) d'intimidation rapportée(s).

Les entretiens intensifs portaient sur les situations d'intimidation entre infirmières rapportées (ex. : chronologie des événements, lieux, acteurs impliqués, compréhension de la situation) et les informations sociodémographiques. La doctorante prenait en considération le contexte social dans lequel les situations d'intimidation entre infirmières évoluaient. La doctorante étant familière avec le domaine infirmier, ses savoirs expérientiels facilitaient ses relations avec les participants, ce qui les encourageait à briser le silence entourant le récit d'expériences partagé lors de l'entretien intensif. En s'inspirant des propos de Fontana et Frey (2005), la doctorante explorait, sous la surface de l'expérience décrite, la recherche d'explications sur les pensées, les sentiments ainsi que les actions pour approfondir la compréhension des situations d'intimidation entre infirmières rapportées.

Lors de l'entretien intensif, la doctorante assurait une présence vraie en manifestant de la sympathie à l'égard du participant afin de mieux comprendre son expérience vécue, comme recommandé par Charmaz (2014). Elle lui exprimait son intérêt en maintenant la conversation sur l'expérience qu'il partageait. En particulier, elle avait une conversation spontanée, comme dans la vie de tous les jours, en laissant suffisamment de temps au participant pour qu'il puisse expliciter ses propos, comme le recommandent Brannen (1988) et Goffman (1959). La doctorante encourageait également le participant à agir à titre d'expert de son expérience et à développer le récit qu'il choisissait de partager avec elle. Des questions de clarification sur le récit d'expériences comme que voulez-vous dire ? et pouvez-vous en dire plus à ce sujet ? s'ajoutaient à d'autres questions et commentaires partagés pour pousser plus loin la réflexion du participant. Enfin, au fil des entretiens réalisés, le dialogue était de plus en plus orienté sur des idées et des concepts qui avaient émergé des entretiens précédents, référant ainsi à l'échantillonnage théorique.

Les questions posées lors des entretiens intensifs étaient adaptées à chacune des expériences partagées par les participants. Elles évoluaient au fur et à mesure des avancées de l'étude et, pour cette raison, les questions ne pouvaient pas se planifier dans un guide d'entretien restreignant. Quoiqu'il en soit, au début du parcours de la recherche, un guide d'entretien flexible a été développé pour orienter l'entretien intensif (Annexe G). Celui-ci comprenait une liste de questions formulées sur la base de la perspective interactionniste critique (Martins et Burbank, 2011; Sandström et Fine, 2003), de la recension des écrits et des savoirs théoriques, pratiques et expérientiels de la doctorante. Cependant, comme le recommandent Schatzman et Strauss (1973), afin de préserver la fluidité de la conversation avec les participants pendant l'entretien intensif, la doctorante n'apportait jamais son guide d'entretien. Il a seulement été utilisé en guise d'aide-mémoire consulté avant les rencontres.

Wilson (2009) propose aux chercheurs de porter une attention particulière au lieu où se déroulent les entretiens, afin que les participants se sentent à l'aise de divulguer des informations personnelles et sensibles. Dans cette étude, sept participants ont choisi d'être rencontrés pour un entretien à leur domicile en l'absence des autres membres de la famille. Huit autres ont préféré tenir cette rencontre dans un local à l'université et quatre autres dans un café ou un restaurant de leur quartier. Cinq rencontres se sont déroulées sur les lieux de travail des

participants parce qu'ils bénéficiaient de leur propre bureau ou de l'accès à une salle de rencontre qu'ils étaient autorisés à utiliser en dehors de leurs heures de travail. Quatre rencontres avec des participants qui habitaient en zones rurales se sont déroulées dans un hébergement loué à cette fin et un entretien a été mené au téléphone avec un participant qui avait exercé la profession infirmière au Québec et habitait dans une province canadienne autre que le Québec au moment de sa participation à l'étude. À la fin des entretiens, de concert avec chacun des participants, la doctorante procédait à un retour réflexif sur certains éléments abordés, dont la recherche de pistes de solutions, et terminait avec des remerciements.

Les entretiens intensifs se sont déroulés sur une période de huit mois, soit entre le 28 janvier et le 30 septembre 2015. Ils étaient enregistrés sur bande audionumérique puis retranscrits afin d'en conserver l'intégralité du contenu. Au total, 29 participants ont été rencontrés pour un entretien intensif de type conversationnel, dont dix composaient l'échantillonnage initiale (phase initiale exploratoire) et 19 l'échantillonnage théorique. L'ensemble des entretiens intensifs totalisait 59,25 heures enregistrées. La durée moyenne des entretiens était de deux heures, allant de trois quarts d'heure à quatre heures et quart, sans tenir compte des échanges informels, qui n'étaient pas enregistrés. Ces derniers pouvaient, dans plusieurs cas, faire augmenter d'une demi-heure à deux heures le temps de la rencontre en personne. Les rencontres avec les participants étaient relativement longues en raison des discussions engagées sur des questions sensibles. Y répondre nécessitait un certain temps, question d'établir une relation de confiance mutuelle, propice à aborder les aspects épineux de la situation rapportée, comme le proposent Olesen et Whittaker (1967). Parmi les 29 participants qui ont été rencontrés dans le cadre d'un entretien, 25 ont eu un entretien de type individuel et quatre de type dyadique. L'un des deux entretiens dyadiques s'est déroulé à raison de deux rencontres, chacune ayant eu lieu à deux semaines d'intervalle. Les particularités relatives à la dynamique interactionnelle de l'entretien dyadique sont décrites dans les prochains paragraphes.

#### *4.3.5.1.3 Entretien intensif dyadique de type conversationnel*

L'entretien intensif dyadique, tel que décrit par Polit et Beck (2017), a été utilisé comme autre méthode de collecte de données. Il permettait de générer des données menant à des

compréhensions partagées ou dissemblables en donnant une voix à des participants qui, dans d'autres circonstances, seraient restés silencieux (Arskey, 1996). Cette méthode de collecte de données, issue de la recherche qualitative (Morris, 2001), a été retenue dans cette étude en réponse aux besoins exprimés par quatre participantes intéressées. La première dyade était composée de deux infirmières qui travaillaient au sein de la même équipe de travail en zone rurale. Elles ont mentionné à la doctorante, par courriel : « étant donné que nous avons vécu la même situation, si cela vous convient vous pourriez nous rencontrer ensemble ? » (P21 et P22) Quant à la deuxième dyade, elle était composée d'infirmières qui avaient vécu des situations d'intimidation entre infirmières au sein de milieux cliniques et de contextes de pratiques différents. Elles ont également exprimé à la doctorante, par courriel, le besoin d'être rencontrées ensemble, comme l'illustre l'extrait de leur courriel :

Je suis disponible pour une rencontre chez une amie qui a une problématique presque semblable à moi [...] nous avons pensé commencer par moi et ensuite sa version à elle. Mais tout cela peut changer à votre guise (Prise de contact avant entretien dyadique, infirmières, milieu rural, P27 et P28).

Afin de répondre aux besoins exprimés par ces participantes, la doctorante a organisé des entretiens de type dyadique, afin qu'elles puissent se soutenir mutuellement lors de l'entretien en présentiel. Ils ont permis de réunir des personnes qui avaient vécu une situation d'intimidation entre infirmières semblable. Cet ajustement méthodologique permet d'enrichir les données (Polit et Beck, 2017).

Les entretiens dyadiques se sont déroulés de la même manière que les entretiens individuels en tenant compte, cependant, de certaines spécificités relatives à la confidentialité et à la dynamique interactionnelle. En effet, à la suite de la signature du formulaire de consentement par chacune des participantes, et avant de commencer l'entretien intensif dyadique, la doctorante s'assurait de protéger la confidentialité du contenu de la rencontre. Elle veillait à recevoir l'assentiment explicite des participantes sur la présence de l'autre à cet entretien. Dans tous les cas, les participantes ont consenti à partager leurs situations d'intimidation entre infirmières vécues tant avec la doctorante qu'avec leurs accompagnatrices. Lors de la conduite des entretiens dyadiques, les participantes étaient encouragées à établir leurs propres

paramètres de participation. De son côté, la doctorante portait une attention particulière aux interactions qu'elles avaient entre elles afin d'éviter, comme le souligne Arskey (1996), que le discours de l'une domine sur l'autre. Chacune de ces personnes était conviée à exprimer son point de vue et à orienter son dialogue sur l'intimidation entre infirmières vécue dans le cadre de sa pratique. Les conversations se sont déroulées dans un climat convivial, ce qui contribuait à générer des données à partir d'interactions sociales et d'échanges spontanés.

#### *4.3.5.1.4 E-témoignage*

La flexibilité de la recherche qualitative permet d'utiliser un large éventail de sources et de méthodes de collecte de données (Birks et Mills, 2015). C'est la raison pour laquelle la doctorante a retenu des témoignages reçus par courriel (e-témoignage) comme méthode supplémentaire de collecte de données. Cette décision méthodologique était appropriée, car les données étaient constituées par les participants eux-mêmes à partir de leurs propres mots, ce qui permettait à la doctorante de se concentrer sur le langage écrit. Selon Vygotsky (1962), le langage écrit est plus précis et plus détaillé que le langage parlé, les données paraissent généralement plus denses parce que les mots utilisés par la personne pour exprimer sa pensée sont choisis et nuancés. Le courrier électronique donne l'occasion à la personne de se relire et de modifier le contenu de son message, si nécessaire, avant de l'acheminer au destinataire (McAuliffe, 2003). Selon McCoyd et Kerson (2006), sa nature asynchrone encourage les personnes à exprimer leur point de vue en fournissant des informations détaillées et réfléchies, sans contrainte de temps.

Le recours au courriel s'avère, pour certaines personnes, souvent plus attrayant que les entretiens en présentiel, surtout lorsque des questions sensibles sont abordées (East et al., 2008). Même si le courriel ne permet pas la présence d'indices tels que le ton de la voix et le langage corporel non verbal, comme lors d'un entretien en présentiel, les participants à l'étude décrivaient tout de même dans leurs propos des émotions. Le recours au courriel comme méthode de collecte de données contribue à accroître la crédibilité d'une recherche (McCoyd et Kerson, 2006).

Après avoir obtenu l’approbation de CERES<sup>3</sup>, 23 participants ont été sollicités en raison du contenu de leur courriel, qui permettait d’approfondir l’objet d’étude, notamment à partir des concepts qui émergeaient au cours du processus analytique. Ils ont tous donné leur accord, ce qui a permis d’ajouter ce nombre de participants aux 29 autres, pour ainsi atteindre un échantillon qui totalise 52 participants. Les e-témoignages reçus généraient 23 messages, variant entre 32 et 8 900 mots, qui ont permis de poursuivre l’exploration de discours, de significations, de relations et d’actions. Le contenu des e-témoignages retenus, même les plus courts, était structuré et permettait d’illustrer des éléments pertinents relatifs à des situations d’intimidation entre infirmières. L’étude doctorale bénéficiait donc de la nature réflexive des données issues des témoignages obtenus par courriel. Le Tableau 2 présente la répartition du nombre de rencontres et de participants selon les types de rencontre.

Type de rencontres	Nombre de rencontres	Nombre de participants
Entretien intensif individuel	25	25
Entretien intensif dyadique*	3	4
E-témoignage	23	23
Total	51	52

\* L’un des trois entretiens dyadiques s’est déroulé en deux rencontres

Tableau 2. – Répartition des participants selon le nombre et le type de rencontres

#### 4.3.5.1.5 Document invoqué

Les documents constituent une source de données qui comprend des formes variées de textes écrits, comme le courrier, les lettres, les agendas, dont la plupart sont consultés dans la vie de tous les jours (Charmaz, 2014). Dans le cas de documents invoqués, il s’agit de données « dont la constitution est antérieure ou extérieure à la recherche ; aussi leur “format” (c’est-à-dire la nature de leur support et leur forme) est indépendant du chercheur » (Van der Maren, 2004, p. 82). Ce type de documents est généralement rédigé par les personnes elles-mêmes dans un but

<sup>3</sup> La démarche entourant une demande d’amendement mineur au projet de recherche doctorale pour intégrer une partie du matériel reçu (e-témoignages) est détaillée à la section intitulée considérations éthiques de ce chapitre.

spécifique, et il prend en compte des contextes sociaux, historiques, culturels, structurels et situationnels (Charmaz, 2014). Dans la présente étude, des documents invoqués ont été remis à la doctorante sur une base volontaire par certains participants. Ces derniers désiraient partager leur journal personnel, des réflexions écrites sur leur vécu d'intimidation au travail, des lettres ou des plaintes écrites qu'ils avaient rédigées en situation d'intimidation entre infirmières. Plusieurs de ces documents écrits avaient servi à soutenir leur réflexion ou leur processus de plainte. Par exemple, une participante a remis son journal personnel de 80 pages, dans lequel elle relatait des faits vécus. Elle a documenté, de manière détaillée, ce qu'elle avait vécu au quotidien pendant une année entière dans le but de soutenir sa plainte contre un intimidateur. Les documents invoqués obtenus représentaient des discours qui ont permis d'explorer et de faire progresser les idées émergentes dans le parcours de recherche. L'ajout de cette source de données représentait un autre ajustement méthodologique de l'étude doctorale.

#### *4.3.5.1.6 Journal de bord*

Il est généralement admis en recherche qualitative que le journal de bord est une forme de registre utilisé pour consigner, sous forme de notes descriptives et réflexives, la trace des décisions et des avancées d'une recherche (Charmaz, 2014; Polit et Beck, 2017). En théorisation ancrée, il occupe une place centrale sur laquelle repose la coconstruction théorique (Charmaz, 2014; Clarke et al., 2015; Schatzman et Strauss, 1973). Dans cette étude, les notes descriptives donnaient des précisions sur l'évolution des différentes étapes de la recherche, ce qui permettait d'en reconstituer plus facilement la chronologie. Concernant les notes réflexives, elles avaient, comme le soutient Cooney (2011), une portée analytique, car elles permettaient de consigner des éléments de réflexion pertinents à la coconstruction théorique. Le journal de bord de la doctorante comprenait donc des mémos et des comptes rendus personnels, analytiques et méthodologiques, élaborés successivement tout au long du parcours de la recherche doctorale.

Selon Charmaz (2014), le chercheur en recherche qualitative constitue le principal instrument de la recherche. Compte tenu de ce rôle central attribué au chercheur, la doctorante examinait et réexaminait ses réflexions tout au long de l'évolution de la recherche. Cet exercice de rédaction invitait la doctorante à analyser les données dès le début du parcours

méthodologique en rédigeant des mémos et comptes rendus, notamment pour conserver les traces de ses décisions méthodologiques et analytiques. Par exemple, les pensées, les interprétations provisoires, les intuitions sur les données, les réflexions, les questionnements et les idées sur la coconstruction théorique qui ont été soulevés pendant les entretiens et les lectures des e-témoignages et des documents invoqués ont été consignés dans le journal de bord.

Les mémos personnels de la doctorante servaient, comme le propose Oeuvray (2010), à développer ses idées en se basant sur ses réflexions et commentaires portant sur des sentiments ressentis et des questionnements éthiques rencontrés dans le parcours de la recherche. Les mémos analytiques servaient, quant à eux, à réfléchir et à orienter les différentes phases de la recherche (ex. : l'échantillonnage, la collecte, l'assemblage, la condensation, la codification et l'interprétation). Ils aidaient la doctorante, comme le soulignent Polit et Beck (2017), à mieux comprendre les données, en plus de développer sa pensée au regard de la coconstruction théorique. Enfin, les mémos méthodologiques permettaient d'engager des réflexions pour justifier des décisions méthodologiques. Les mémos et comptes rendus étaient suffisamment détaillés pour susciter la réflexion et permettre un jugement sur certaines composantes de l'objet d'étude (Cooney, 2011). Des exemples de mémos sont présentés dans la sous-section portant sur les analyses des données de ce chapitre.

#### *4.3.5.1.7 Questionnaire sociodémographique autoadministré*

Un questionnaire autoadministré composé de vingt questions a été utilisé essentiellement à des fins de description de l'échantillon (Annexe H). Comme le mentionnent Jehn et al. (1997), les caractéristiques sociodémographiques visibles et d'autres relatives à l'emploi sont ciblées pour mettre en lumière des différences entre les participants. Dans cette étude, les caractéristiques visibles réfèrent à la tranche d'âge, au genre et à l'origine ethnique, tandis que celles liées à l'emploi réfèrent au niveau de formation, d'expérience professionnelle et d'années de service au sein de l'organisation où la situation d'intimidation rapportée s'est produite. Les questions sur le niveau de formation portaient sur la formation initiale pour devenir infirmière et sur le niveau de formation atteint dans le domaine infirmier, le jour de l'entretien. Le questionnaire permettait aussi de recueillir des données sur la manière dont le participant se

percevait dans la situation d'intimidation entre infirmières rapportée (ex. : victime, témoin). Après avoir signé le formulaire de consentement, le participant était invité à remplir le questionnaire sociodémographique autoadministré, au moment qui lui convenait le mieux, soit au début ou à la fin de l'entretien intensif. Concernant les participants qui ont fourni des témoignages, ce même questionnaire leur a été envoyé par courriel et ils y ont tous répondu.

#### 4.3.5.2 Processus analytique

Cette section décrit les modalités de gestion du matériel de recherche aux fins d'analyse ainsi que les différentes phases d'analyse des données. La Figure 5 présente une vue d'ensemble du processus analytique de la recherche doctorale. L'encadré de cette figure est délimité par des lignes pointillées afin d'illustrer la fluidité entre les éléments.

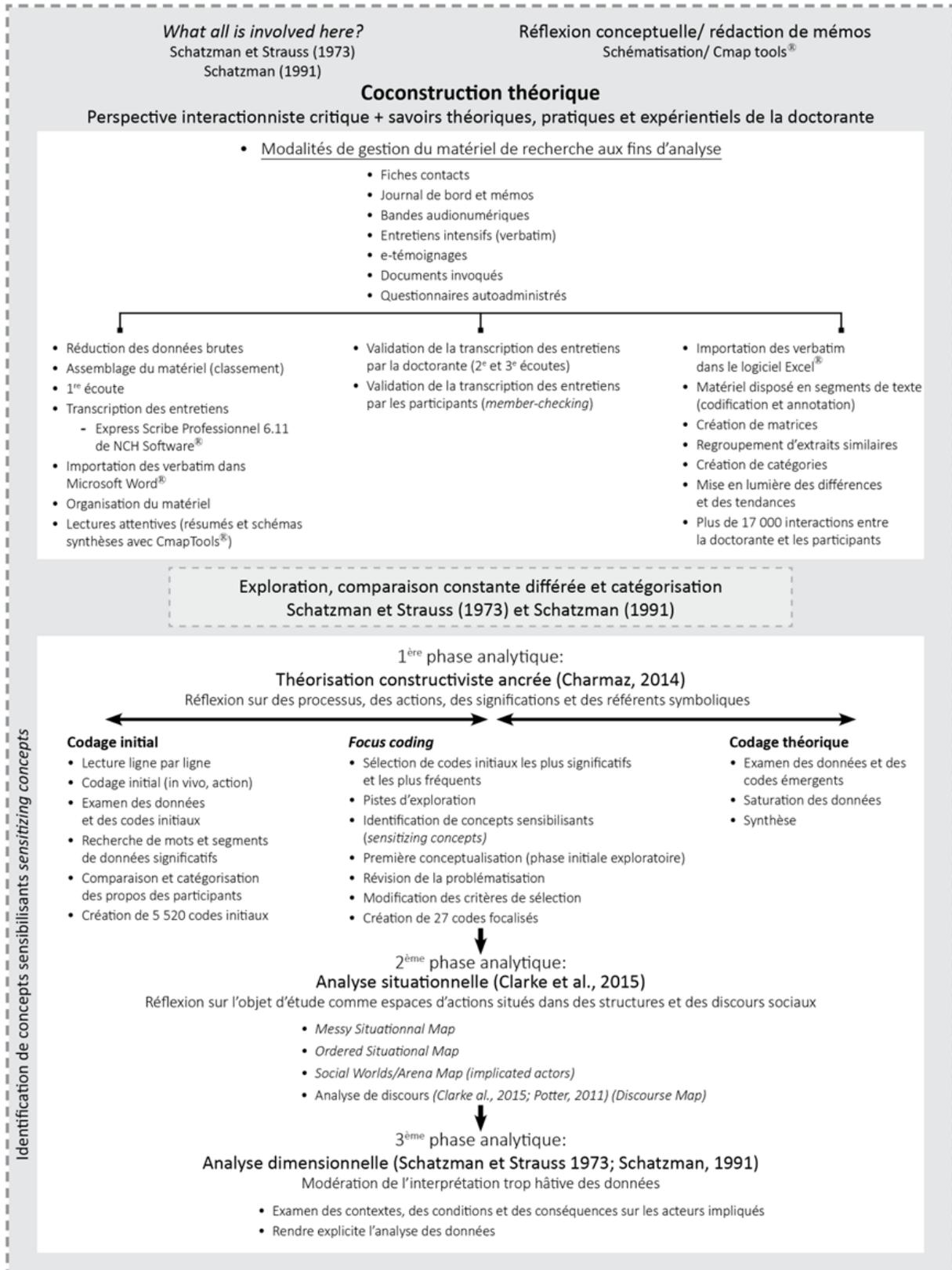


Figure 5. – Processus analytique de la recherche doctorale.

#### *4.3.5.2.1 Modalités de gestion du matériel de recherche aux fins d'analyse*

Le processus itératif inhérent au parcours analytique nécessitait une gestion efficace du matériel de recherche (Komis et al., 2013). Miles et Huberman (2007) indiquent que les modalités de gestion du matériel aux fins d'analyse visent à préparer les données sous forme de traces analysables. Ils proposent de traiter les données brutes en commençant par un processus de réduction qui consiste à « élaguer, trier, distinguer, rejeter et organiser les données » (p. 29), afin de réaliser un assemblage du matériel organisé pour en faciliter la lecture et la manipulation. Dans cette étude, les modalités de gestion du matériel visaient à réduire les données brutes, à transcrire les entretiens intensifs et à organiser le matériel aux fins d'analyse assistée avec des logiciels. Le matériel comprenait les fiches contacts, le journal de bord, les mémos, les bandes audionumériques, les entretiens intensifs (verbatim), les e-témoignages, les documents invoqués et les questionnaires autoadministrés. Le matériel de recherche a été classé par participant, selon une codification, dans des versions papier entreposées dans un classeur sécurisé, ainsi que dans des dossiers électroniques stockés sur deux disques durs d'ordinateurs protégés par un mot de passe qui appartenait à la doctorante. Dans les deux cas, seule la doctorante avait accès à ces dossiers.

À la suite de chacun des entretiens intensifs, les enregistrements ont été stockés sous forme de fichiers audio codifiés. En accord avec Bailey (2008), la transcription des données faisait partie intégrante du processus analytique et contribuait au processus interprétatif des données. Pour cette raison, la doctorante a entièrement réalisé la transcription intégrale des 28 enregistrements à l'aide du logiciel de transcription d'enregistrement audio Express Scribe Professionnel 6.11 de NCH Software®. Au total, plus de 178 heures de transcription ont été effectuées ; chacune des heures de conversation prenait un minimum de trois heures à transcrire. Cette étape, considérée au-delà d'une procédure technique, créait, pour la doctorante, un climat propice à l'écoute attentive et répétée du discours des participants. Il lui permettait également d'observer minutieusement les données, tout en étant à l'affût d'événements inattendus.

Lorsque les entretiens étaient très rapprochés les uns des autres, il était difficile, pour la doctorante, de procéder à la transcription des enregistrements. Pour pallier cette difficulté et

éviter de freiner l'élan de la collecte des données, la doctorante prenait des notes, rédigeait des mémos, identifiait les principaux concepts qui ressortaient et schématisait les échanges informels, de même que les entretiens intensifs. Selon Buckley et Waring (2013) de même que Lejeune (2014), la schématisation offre aux chercheurs un moyen efficace de soutenir le processus de conceptualisation et de représentation d'un ensemble de données complexes. Par la suite, la doctorante procédait à la transcription des entretiens. Ce décalage de la transcription donnait l'occasion à la doctorante de prendre du recul par rapport aux récits d'expériences étudiés et de prendre conscience de son implication dans la coconstruction des données. L'exemple d'un schéma produit lors de la réalisation d'entretiens rapprochés dans le temps est présenté à l'Annexe I.

L'ensemble des verbatim représente intégralement le contenu des entretiens intensifs. Afin de demeurer le plus près possible du contexte entourant le moment où les situations d'intimidation entre infirmières étaient partagées par les participants, lors de la transcription, la doctorante rendait compte des intonations de l'entretien telles que les rires, les pleurs et les silences, comme le propose Bailey (2008). Elle précisait aussi certains des gestes posés par les participants afin de recadrer leurs propos dans le contexte où ils ont été tenus. Par exemple, il pouvait s'agir de gestes utilisés dans le but de relater un fait vécu, comme rouler les yeux pour signifier une impatience ou faire semblant de lancer à bout de bras un dossier médical. Ces particularités étaient annotées dans le texte (ex. : soupir ou pleurs).

Concernant la transcription des enregistrements audionumériques des entretiens dyadiques, la doctorante s'assurait d'identifier clairement les propos et les nuances rapportés par chacun des participants. Cette mesure facilitait la comparaison des récits d'expériences durant leur transcription et leur lecture. Quant au matériel obtenu par courriel (e-témoignages), il était intégré tel quel au corpus des données.

L'organisation du matériel de recherche aux fins d'analyse était assistée par logiciel. Selon Komis et al. (2013), l'usage de logiciels dans l'analyse des données qualitatives offre des avantages certains. Néanmoins, Paillé (2011) est d'avis qu'il « n'est pas nécessaire que le logiciel soit trop sophistiqué [...], car une interface technologique trop lourde pourrait avoir pour conséquence de

scléroser la logique du travail de terrain, qui est faite d'agilité et de mobilité » (p. 4). Pour cette raison, la doctorante a choisi les logiciels Microsoft Word®, Microsoft Excel® et Cmap Tools® afin de simplifier la phase d'organisation des données qualitatives et d'en faciliter l'exploration lors du processus analytique. Les logiciels ne peuvent pas remplacer la dimension interprétative propre à l'analyse qualitative (Komis et al., 2013). Conséquemment, lors des différentes phases d'analyse, la doctorante a fait appel à la logique d'utilisation des logiciels (Oeuvray, 2010), dans le but de soutenir le processus intellectuel inhérent au traitement, à la manipulation, à l'exploration et à l'interprétation du matériel de recherche, en tenant compte du fait que « l'activité d'interprétation est omniprésente tout au long de la démarche » (p. 122).

Les outils informatisés retenus étaient appropriés pour préserver une proximité avec les données en vue de contextualiser les analyses, comme le recommande Paillé (2011), et d'éviter tout « morcellement de l'intégrité du corpus des données » (Oeuvray, 2010, p. 120). En effet, ces logiciels contribuaient à renforcer le caractère itératif du processus d'analyse et à rendre visible le cheminement intellectuel de la doctorante. De plus, comme le proposent Landry et al. (2005), ils accompagnaient la doctorante dans ses tâches cognitives, telles que celles liées aux opérations de catégorisation et aux plus hauts niveaux d'inférences cognitives. L'utilisation de ces logiciels permet donc de réaliser un gain de temps considérable (Lejeune, 2010; Oeuvray, 2010).

Tout d'abord, à partir du logiciel de transcription d'enregistrement audio Express Scribe Professionnel 6.11 de NCH Software®, les verbatim étaient importés dans le logiciel Microsoft Word®. Celui-ci est efficace pour organiser le matériel de recherche de manière à faciliter la lecture et l'analyse de texte (Saldaña, 2013). Il a donc été retenu pour permettre des lectures attentives et approfondies des verbatim, des e-témoignages et des documents invoqués. Afin d'examiner minutieusement les données et de mettre en évidence des faits saillants, des résumés d'une à trois pages étaient écrits, et des schémas synthèses étaient produits à l'aide du logiciel de dessin conceptuel Cmap Tools®. Celui-ci servait principalement à schématiser des liens entre les concepts et à créer des illustrations des situations d'intimidation entre infirmières rapportées par les participants. Les résumés et les schémas étaient comparés, interrogés et réfléchis pour obtenir une meilleure compréhension du discours des participants. L'usage de ces deux logiciels

permettait à la doctorante d’avoir une meilleure vue d’ensemble des sujets abordés avec lesquels elle devenait de plus en plus familière.

La doctorante a ensuite consulté un expert spécialisé dans le logiciel Microsoft Excel® qui, à la suite d’une entente de confidentialité, a soutenu la doctorante dans ses démarches d’organisation et d’analyse des données. Ce logiciel a été privilégié parce que ses fonctionnalités permettaient de l’interroger sur le contenu d’un matériel de recherche (Saldaña, 2013). Ses options de visualisation facilitaient l’exploration et l’analyse du matériel de recherche par la création de matrices qui aidaient à visualiser le discours des participants. Ce logiciel rendait également possibles le regroupement d’extraits similaires et le couplage avec d’autres données, en plus de servir à examiner et à créer des catégories, à identifier, à visualiser et à comparer des relations entre les données pour mettre en lumière des différences et des tendances.

Après avoir validé<sup>4</sup> la transcription des entretiens audionumériques auprès des participants, les verbatim et les e-témoignages étaient importés dans le logiciel Microsoft Excel®. La doctorante disposait le matériel en segments de texte affichés les uns en dessous des autres en vue de les coder et de les annoter. Au total, ce logiciel a servi à organiser et à codifier de manière qualitative plus de 17 000 interactions entre la doctorante et les participants. L’utilisation du logiciel Microsoft Excel® facilitait le repérage, la sélection de données ainsi que l’extraction de segments codés maintenus dans leur environnement textuel. Finalement, l’exploration du matériel de recherche et l’explicitation du processus analytique ont été soutenues par les logiciels Microsoft Word®, Microsoft Excel® et Cmap Tools®. Leur usage apportait une valeur ajoutée à la recherche doctorale en préservant les traces de l’activité scientifique à l’aide de l’archivage (Lejeune, 2010).

#### 4.3.5.2.2 Analyse des données

L’analyse des données qualitatives a été réalisée selon trois phases analytiques concourantes orientées par chacune des composantes de l’approche méthodologique de cette étude doctorale, à savoir l’analyse par théorisation ancrée constructiviste de Charmaz (2014),

---

<sup>4</sup> Des précisions concernant la validation de la transcription des données ou *member checking* sont présentées dans la sous-section critères de scientificité du chapitre 6.

l'analyse situationnelle de Clarke et al. (2015) et l'analyse dimensionnelle de Schatzman et Strauss (1973) et de Schatzman (1991). Elles ont été choisies parce qu'elles concordaient avec l'intention de coconstruire une théorie à partir d'un ensemble de situations d'intimidation entre infirmières. Dans cette étude, les participants étaient en interrelation avec la doctorante, dont l'intention n'était pas la recherche d'une vérité dans ce qui était raconté.

La première phase analytique s'appuyait sur la ConGT de Charmaz (2014), puisqu'elle s'harmonisait avec la composante de l'interactionnisme symbolique de la perspective théorique de l'interactionnisme-critique (Martins et Burbank, 2011; Sandström et Fine, 2003), retenue pour cette étude. Cet angle d'analyse permettait de réfléchir sur des processus, des actions, des significations ainsi que des référents symboliques tout au long du parcours analytique (Charmaz, 2014). Il permettait aussi de porter une attention particulière aux liens, aux relations et aux dynamiques interactionnelles susceptibles de se transformer à travers l'action des participants au sein des milieux où se vivaient les situations d'intimidation à l'étude.

Dès les premiers échanges informels qu'elle tenait avec des participants potentiels, la doctorante s'engageait dans le processus analytique. Ces derniers lui fournissaient des données pertinentes à partir desquelles elle pouvait reconnaître ses intuitions, pensées et a priori sur des situations d'intimidation entre infirmières, tout en menant ses premières réflexions conceptuelles qu'elle consignait dans des mémos personnels, analytiques et méthodologiques. Les mémos suivants, extraits du journal de bord, illustrent quelques-unes des premières réflexions conceptuelles qui lui donnaient progressivement accès au terrain sensible à explorer et mettaient en évidence la nécessité de mieux circonscrire les situations à l'étude :

Je m'intéresse à la violence entre infirmières de même niveau hiérarchique au sein d'une organisation. Les écrits font état de plusieurs terminologies [...] *mobbing*, intimidation, violence horizontale (VH) [...] Laquelle retenir pour l'étude doctorale? (Mémo personnel, 2011-09). VH est un concept prédominant dans les écrits infirmiers. Est-il utilisé par les infirmières sur le terrain ou uniquement par la communauté scientifique? (Mémo personnel, 2012-01). Une brève exploration de la compréhension du concept de VH auprès de mon entourage soulève constamment la question : *la violence quoi?* Ce concept semble s'inscrire davantage dans le discours des chercheurs que dans le langage profane. Quel concept permettra aux participants d'interpréter aux

mieux leur compréhension de la violence entre infirmières ? (Mémo personnel, 2012-05).

Ma réflexion conduit au concept de violence intraprofessionnelle (VI) [...] qui réfère à la notion de violence entre des membres d'une même profession. À ce stade-ci, je retiens ce concept [...] mais mon choix n'est pas définitif, car je m'interroge sur la compréhension qu'en auront les participants sollicités pour participer à l'étude (Mémo personnel, 2012-09). L'actualité des médias est une source inspirante [...] je constate que le terme intimidation est surtout utilisé en milieu scolaire. Pourquoi ? Est-ce une forme de violence qui disparaît en milieu de travail ? [...] j'adopte une posture d'ouverture pour tout changement qui pourrait survenir dans le parcours méthodologique (Mémo personnel, 2015-01).

Aujourd'hui, j'ai envoyé 816 invitations à participer à l'étude par courriel. À peine deux heures après le début des envois, un premier participant potentiel souligne son intérêt et précise qu'il veut parler de son expérience sous d'autres formes de violence que la VI. Il réfère à l'intimidation, au favoritisme, à des jeux de pouvoir et à des formes de stigmatisation. Ce premier contact témoigne de la nécessité de préciser la notion de violence étudiée (Mémo personnel, 2015-01-21). Un journaliste interroge la notion de VI. Il demande : « que se passe-t-il avec les infirmières, est-ce qu'elles se tapent dessus ? » Je me demande si la VI renvoie l'image d'une violence physique ? Je dois clarifier le choix du concept, car il y a un risque qu'il ne soit pas suffisamment clair pour les participants sollicités pour participer à l'étude. Que faire ? L'invitation est déjà lancée. Pas de panique ! Je verrai la compréhension initiale qu'en auront les participants au cours du recrutement (Mémo personnel, 2015-01).

Mes premières prises de contact avec des participants montrent que le terme intimidation est celui qui semble le plus fréquemment utilisé [...] lors des entretiens, je porterai attention au choix terminologique utilisé pour nommer cette forme de violence entre infirmières (Mémo personnel, 2015-01-21).

Les extraits de mémos personnels illustrent une partie du processus réflexif qui a mené au choix du concept d'intimidation entre infirmières. Le choix conceptuel a donc évolué tout au long de l'étude doctorale. Dès le début, il était question de réfléchir sur le langage utilisé par les participants, qui ferait figure de compréhension tant pour eux que pour la doctorante et la communauté scientifique.

L'analyse qualitative s'est poursuivie avec les données recueillies lors de la phase initiale exploratoire (n=10), qui a permis d'élaborer une première conceptualisation des situations d'intimidation à l'étude. En cohérence avec la posture paradigmatique de cette étude, la

conceptualisation initiale a fait l'objet de présentations sous forme de conférences réalisées lors de colloques, de congrès et de cours universitaires en sciences infirmières (1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> cycle), qui réunissaient divers acteurs de la santé et de la recherche, dont des infirmières de différents milieux du RSSS. Chacune des présentations visait à susciter la réflexion sur les enjeux entourant des situations d'intimidation entre infirmières et à présenter la conceptualisation initiale aux acteurs qui pouvaient l'interroger, la commenter et la critiquer. Au total, environ 750 personnes ont assisté à ces présentations, qui ont donné lieu à des discussions informelles et aux partages d'expériences communes d'intimidation entre infirmières vécues au travail. Les nombreux échanges avec les participants (infirmières, gestionnaires et représentants syndicaux) ont permis d'obtenir des points de vue sur les dimensions de la première conceptualisation des situations d'intimidation à l'étude et de vérifier si la compréhension interprétative était partagée par les infirmières.

De manière générale, les présentations ont suscité un grand intérêt chez les participants, certains ayant évoqué le manque de solution pour lutter efficacement contre l'intimidation entre infirmière et le fait que la responsabilité entourant cette forme de violence incombait surtout aux individus. Des infirmières ont témoigné de leur compréhension de la conceptualisation initiale à la doctorante en exprimant des propos tels que : *j'avais l'impression que c'est de moi que vous parliez lors de la présentation et c'est exactement ce qui se passe sur le terrain*. Plusieurs participants trouvaient que la conceptualisation des situations d'intimidation entre infirmières correspondait à l'interprétation qu'ils se faisaient de leur vécu d'intimidation survenu dans leurs milieux de pratique.

Pour terminer, les dimensions qui se sont dégagées progressivement de l'analyse des données ont permis à la doctorante de réfléchir aux étapes subséquentes de l'étude doctorale. Afin d'obtenir une interprétation large des situations d'intimidation entre infirmières, il fallait poursuivre la collecte et l'analyse des données en allant chercher d'autres points de vue d'infirmières tout en se penchant sur les concepts sensibilisants identifiés pour affiner la compréhension, sans toutefois s'y restreindre. Dès lors, la première conceptualisation, qui a été guidée par l'échantillonnage des dix premiers participants à l'étude, était désormais appelée à évoluer vers l'échantillonnage théorique afin de guider l'approfondissement des dimensions

émergentes à partir desquelles d'intéressantes pistes d'exploration permettaient de tendre progressivement vers la coconstruction théorique, explicitée dans les prochains paragraphes.

L'analyse s'est poursuivie avec les données obtenues lors de l'échantillonnage théorique (n=42). Il convient de préciser que les opérations présentées dans les paragraphes suivants ont été appliquées à l'ensemble des données recueillies, soit auprès des 52 participants.

Après l'organisation des données du premier matériel recueilli, la prochaine étape consistait à entreprendre le processus de coconstruction de la théorie en fragmentant et en déconstruisant le matériel de recherche en codes qualitatifs pour engager, comme le recommande Schatzman (1991), une réflexion soutenue par « *what "all" is involved here?* » (p. 310). Pour ce faire, la doctorante procédait à une lecture attentive et répétée des données à la recherche de mots et de segments de données significatifs à l'aide du codage initial et focalisé (*focus coding*) proposé par Charmaz (2014).

Le codage initial consistait à réaliser, de manière inductive, une codification guidée par un raisonnement qui passait « du spécifique vers le général » (Blais et Martineau, 2006, p. 4). Cette progression signifie qu'à partir des situations d'intimidation rapportées, la doctorante conceptualisait les données en construisant des idées (codes) qui représentaient une idée plus générale ou plus abstraite sans prendre appui sur un cadre théorique prédéterminé, comme le proposent plusieurs auteurs (Blais et Martineau, 2006; Charmaz, 2014; Miles et Huberman, 2007). Le codage initial visait à construire le plus grand nombre d'idées possible en attribuant un code à chaque mot, ligne ou segment de données du matériel de recherche. Le code décrivait ce à quoi chacun des segments de données se rapportait et, à ce stade de l'analyse, tous les codes étaient égaux et aucune relation n'était établie entre eux (Charmaz, 2014; Schatzman, 1991). C'est à l'aide de processus de codage par action et *in vivo* que cette construction d'idées a été entreprise.

Le codage par action (*coding for actions*) consistait à créer des codes sous forme de mots ou de courtes phrases en utilisant la forme verbale à l'infinitif (*gerund*) pour mettre en évidence des actions, des processus et des situations dans les segments de données (Charmaz, 2014; Saldaña, 2013). L'utilisation du *gerund* donnait une signification aux données et aidait à les nuancer, en se concentrant sur les propos des participants, avant de procéder à leur comparaison

et à leur catégorisation (Bowers et Schatzman, 2009; Charmaz, 2014). Tout comme Schatzman (1991) et Kools et al. (1996) le soulignent, la doctorante estimait faire preuve de prudence analytique en procédant ainsi, puisque cela lui permettait de modérer l'interprétation trop hâtive des données menant vers la coconstruction théorique. Le codage *in vivo* consistait, quant à lui, à extraire intégralement du discours des participants des mots ou des expressions qui apportaient un éclairage à la signification des données et à la nature des processus étudiés (Charmaz, 2014). Il incitait la doctorante à explorer les significations implicites et lui permettait de demeurer attentive aux situations d'intimidation entre infirmières vécues par les participants. Ce premier cycle de codage a permis de créer 1 600 codes, lors de la phase initiale exploratoire (n=10), avec un total de 5 520 codes, pour l'ensemble du matériel analysé (N=52) (Tableau 3).

Après le codage initial, la doctorante a utilisé le codage focalisé (*focus coding*) de Charmaz (2014) qui consiste à trier, à regrouper, à organiser et à examiner attentivement l'ensemble du matériel codé dans le but de sélectionner les codes initiaux qui ressortent le plus dans les données, à savoir les plus significatifs et les plus fréquents. Comme le recommande ce même auteur, ces codes ont aussi été créés à partir de la modification de certains codes initiaux, lors des interactions que la doctorante entretenait avec les données et les participants. En effet, pour enrichir conceptuellement les codes initiaux et arriver au stade de code focalisé, la doctorante prenait en considération ce que les données lui révélaient en se posant des questions, comme celles proposées par Charmaz (2014) :

Que se passe-t-il sur le terrain ou dans le contexte de l'entretien ? Que font les personnes ? Que disent les personnes ou qu'essayent-elles de dire ? Que passent-elles sous silence ? Qu'est-ce qui explique leur silence ? Qu'est-ce que les participants à la recherche tiennent pour acquis dans leurs actions et leurs propos ? Comment la structure et le contexte servent-ils à soutenir, à maintenir, à faire obstacle ou à modifier leurs actions et propos ? De quel processus s'agit-il ? Et dans quelles conditions ce processus se développe-t-il ? Comment le ou les participants à la recherche pensent-ils, ressentent-ils et agissent-ils lorsqu'ils sont impliqués dans ce processus ? [Traduction libre] (Charmaz, 2014, p. 169).

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	Liens	Interactions	Participant	Entrevue	Auteur	Verbatim	#Code	Initial coding ING
206	206	129	1	2015-01-28	Participant	P: (silence...silence) (réflexion) en fait, ouais...tsé dans l'exemple que je vous avais donné, où je présentais mon rôle...veux-tu être répondante? Elle avait le ton et le regard froid... ça m'a vraiment déstabilisée.. donc y'avait comme cette attitude de.. la voix gentille, mais tellement... he.. (réflexion) c'tait glacial... ça m'faisait perdre confiance, mes moyens, c'est fou là (rire)	40	cible observe bully
207	207	129	1	2015-01-28	Participant	P: (silence...silence) (réflexion) en fait, ouais...tsé dans l'exemple que je vous avais donné, où je présentais mon rôle...veux-tu être répondante? Elle avait le ton et le regard froid... ça m'a vraiment déstabilisée.. donc y'avait comme cette attitude de.. la voix gentille, mais tellement... he.. (réflexion) c'tait glacial... ça m'faisait perdre confiance, mes moyens, c'est fou là (rire)	131	être déstabilisée
208	208	129	1	2015-01-28	Participant	P: (silence...silence) (réflexion) en fait, ouais...tsé dans l'exemple que je vous avais donné, où je présentais mon rôle...veux-tu être répondante? Elle avait le ton et le regard froid... ça m'a vraiment déstabilisée.. donc y'avait comme cette attitude de.. la voix gentille, mais tellement... he.. (réflexion) c'tait glacial... ça m'faisait perdre confiance, mes moyens, c'est fou là (rire)	132	être glacial
209	209	129	1	2015-01-28	Participant	P: (silence...silence) (réflexion) en fait, ouais...tsé dans l'exemple que je vous avais donné, où je présentais mon rôle...veux-tu être répondante? Elle avait le ton et le regard froid... ça m'a vraiment déstabilisée.. donc y'avait comme cette attitude de.. la voix gentille, mais tellement... he.. (réflexion) c'tait glacial... ça m'faisait perdre confiance, mes moyens, c'est fou là (rire)	133	perdre confiance, ses moyens

Tableau 3. – Exemple de codification avec Microsoft Excel®

D'autres codes focalisés ont été créés par le regroupement de codes initiaux signifiants à partir des liens qu'ils avaient entre eux pour créer des réseaux d'idées et ainsi exprimer une interprétation de données. Ce regroupement de codes focalisés contribuait à la création de catégories conceptuelles, lesquelles étaient constamment soutenues par le raisonnement inductif qui servait à décrire et à interpréter l'objet étudié, comme le propose Charmaz (2014). Cette étape de l'analyse mettait en lumière une carte cognitive, pour reprendre l'expression de Miles et Huberman (2007), qui aidait à mieux comprendre les situations d'intimidation à l'étude. Cette deuxième étape de codage, également soutenue par le questionnement et la rédaction de mémos, a permis de créer 27 codes focalisés.

La nature de la situation d'intimidation entre infirmières (862 codes initiaux), les acteurs impliqués (715 codes initiaux), les conséquences (580 codes initiaux), les comportements d'intimidation (531 codes initiaux), les actions (517 codes initiaux), la pratique clinique (469 codes initiaux), l'organisation sociale du travail (435 codes initiaux), les discours dominants (318 codes initiaux), la notion de travail (300 codes initiaux), les ressources de soutien (214 codes initiaux), les contextes et les statuts d'emploi (213 codes initiaux), les notions de temps et de lieux (109 codes initiaux), le pouvoir (69 codes initiaux), le système ou le RSSS (58 codes initiaux), le niveau

de formation (49 codes initiaux), le droit de travailler (27 codes initiaux) et l'environnement de travail (25 codes initiaux) représentent quelques exemples des codes focalisés.

La doctorante rédigeait des mémos analytiques pour réfléchir autrement et affiner chacune des catégories conceptuelles en procédant par inférence abductive, comme le recommande Charmaz (2014). À l'instar des travaux de Peirce et al. (1974), ce type de raisonnement permettait à la doctorante de repérer des liens conceptuels entre les catégories pour aider à mieux saisir les situations d'intimidation à l'étude. En particulier, elle effectuait ce que Peirce représente par un saut imaginatif, en consultant des connaissances existantes, pour lui permettre de progresser vers une nouvelle compréhension des situations à l'étude. Conformément à la ConGT de Charmaz (2014), la doctorante utilisait tant le raisonnement par induction que l'inférence abductive, car c'est la combinaison de ces deux logiques qui rendait possibles de nombreuses explorations théoriques pour rendre les catégories conceptuelles à un stade théorique. Pour ce faire, la doctorante utilisait des outils analytiques, comme le triage de nombreux mémos à partir des concepts, ainsi que la schématisation manuscrite ou à l'aide du logiciel CmapTools®.

Il convient de préciser que la doctorante s'est engagée dans ce projet doctoral avec des *a priori*, des expériences professionnelles et une certaine familiarité avec les écrits sur cette forme de violence au travail. Une recension des écrits sur l'intimidation entre infirmières, présentée au chapitre trois de cette thèse, a été réalisée au début du parcours analytique, et s'est poursuivie tout au long de l'étude et de la rédaction de la thèse. Des lectures jugées pertinentes sur l'intimidation entre infirmières ont donc été faites pour identifier les connaissances actuelles à ce sujet et orienter la collecte et l'analyse des données. Ce recours aux écrits scientifiques et professionnels était essentiel pour permettre à la doctorante d'aiguiser sa sensibilité théorique et ainsi « prendre distance [...] relativiser et [...] ouvrir ses horizons » (Van der Maren, 2014, p. 5). En accord avec Mucchielli (2005), la doctorante estime que :

Le chercheur peut partir avec des orientations personnelles. On ne peut concevoir un esprit scientifique « vierge » de tout *a priori*. Un chercheur possède nécessairement une sensibilité épistémologique et théorique (Mucchielli, 2005, p. 22).

À l'instar de Blumer (1969), la doctorante a donc identifié, tout au long des différentes phases analytiques, des concepts sensibilisants (*sensitizing concepts*) pour favoriser une exploration plus fine des données. En théorisation ancrée, Charmaz (2014) et Clarke et al. (2015) les considèrent d'ailleurs comme étant essentiels pour stimuler le questionnement, développer des idées et trouver un point de départ à la construction théorique. Les concepts sensibilisants permettaient à la doctorante de faire, comme le propose Mucchielli (2005) :

Des allers-retours entre la connaissance qu'il [le chercheur] est en train de construire et le phénomène qu'il étudie, et les notions à sa disposition qu'il précisera la forme exacte et concrète du concept qui va, au final, rendre compte du phénomène » (Mucchielli, 2005, p. 22).

En s'inspirant de la ConGT de Charmaz (2014), la doctorante poursuivait la coconstruction théorique en utilisant la comparaison constante, qui est au cœur de la démarche analytique en théorisation ancrée (Charmaz, 2014; Clarke et al., 2015; Glaser et Strauss, 1967; Schatzman et Strauss, 1973). Cependant, tout comme Schatzman et Strauss (1973) le soulignent, la doctorante considérait qu'il était difficile d'étudier les situations d'intimidation entre infirmières sans établir de distinctions entre celles-ci, en identifiant, par exemple, des réalités similaires.

Tout en étant soutenue par la rédaction de mémos, la comparaison constante a été utilisée dès la phase de codification focalisée pour réfléchir autrement sur la construction conceptuelle des catégories. La comparaison constante contribuait au développement du raisonnement inductif et de l'inférence abductive en permettant de coconstruire des concepts de plus en plus abstraits avec la comparaison de données avec des données, de données avec des codes, de codes avec des codes, de codes avec des catégories, de catégories avec des catégories, de catégories avec des concepts et avec la comparaison des principales catégories avec celles des écrits scientifiques pertinents (Charmaz, 2014). La comparaison constante permettait de faire ressortir des différences, des similitudes, des processus sous-jacents aux situations à l'étude et les logiques d'action. Comme le recommande Charmaz (2014), la comparaison constante a été répétée jusqu'à ce qu'aucun nouvel aspect des situations d'intimidation entre infirmières n'apparaisse dans le matériel de recherche, c'est-à-dire jusqu'à l'atteinte d'une proximité avec la saturation théorique.

En résumé, cette première phase analytique, inspirée des principes de la ConGT de Charmaz (2014) a permis de dégager progressivement une première compréhension des situations d'intimidation à l'étude. Néanmoins, puisque cette compréhension initiale nécessitait d'être approfondie au regard de la composante théorie critique de la perspective théorique de l'interactionnisme critique (Martins et Burbank, 2011; Sandström et Fine, 2003), retenue pour cette étude, la doctorante a utilisé des éléments de réflexion et des stratégies méthodologiques issues de l'analyse situationnelle de Clarke et al. (2015). La création de ce nouvel espace analytique s'avérait indispensable et constituait la deuxième phase analytique de l'étude doctorale.

La deuxième phase analytique s'appuyait sur l'analyse situationnelle de Clarke et al. (2015). Cet angle d'analyse permettait de réfléchir sur les situations d'intimidation à l'étude, comme espaces d'action situés dans des structures et des discours sociaux (Clarke et al., 2015). L'analyse situationnelle prend appui sur la perspective foucauldienne, qui inclut les notions de micropouvoir et de pouvoir disciplinaire (Clarke et al., 2015). Elle propose des outils méthodologiques qui permettent de réaliser des cartes analytiques situationnelles des mondes et des discours sociaux sous-jacents à l'objet étudié, afin de proposer une représentation visuelle de ses éléments constitutifs (ex. : acteurs et les mondes sociaux impliqués) (Clarke et al., 2015). Dans cette étude, ces deux types de carte ont été utilisés dans le but de soulever le questionnement et de jeter un nouveau regard sur les données.

La première carte analytique réalisée représentait une carte situationnelle qualifiée par Clarke et al. (2015) de chaotique (*Messy Situational Map*). Elle consistait à dresser une liste exhaustive d'éléments spécifiques aux situations d'intimidation à l'étude. Comme l'indique Clarke et al. (2015), il s'agissait de faire ressortir du corpus de données les éléments explicites, implicites, pertinents et prédominants, autrement dit tout ce qui était impliqué dans les données et non pas seulement ce qui était le plus pertinent. Comme le proposent Clarke et al. (2015), la *Messy Situational Map* servait à mettre en évidence les éléments qui composaient les situations d'intimidation à l'étude.

À la suite de cette première construction cartographique, Clarke et al. (2015) recommandent de produire une deuxième carte qualifiée d'ordonnée (*Ordered Situational Map*). À l'aide de cette cartographie, il était possible de regrouper sous une catégorie plus large les éléments de la carte chaotique. Ce faisant, la carte ordonnée offrait une représentation visuelle qui facilitait la comparaison des situations d'intimidation entre infirmières entre elles, ainsi que leur examen attentif à la recherche de différences, de complexités, de variations et de perspectives, comme le recommandent Clarke et al. (2015). Dans cette étude, la carte ordonnée contribuait à soulever le questionnement et à susciter des réflexions tout au long du parcours méthodologique. Des exemples de cartes situationnelles chaotique et ordonnée sont présentés respectivement aux Annexes J et K.

Une autre carte a également été utilisée au cours de la deuxième phase analytique des données recueillies. Il s'agit de la carte des mondes sociaux (*Social Worlds/Arena Map*), qui permet de mettre en évidence les différents acteurs sociaux visibles et engagés dans les situations à l'étude (Clarke et al., 2015). Avec cette cartographie, il était possible, pour la doctorante, d'identifier les acteurs exclus et ceux qui demeuraient silencieux. Par exemple, il pouvait s'agir d'acteurs peu puissants, qui étaient physiquement présents dans la situation étudiée ou physiquement absents, mais dont la présence existait à travers les discours des acteurs de la situation à l'étude (Clarke et al., 2015). La carte des mondes sociaux contribuait donc à rendre explicites les silences qui entouraient les acteurs impliqués (*implicated actors*), montrant ainsi comment ces derniers influençaient la coconstruction de l'objet d'étude (Clarke et al., 2015). Tout comme Clarke et al. (2015) le spécifient, plutôt que de s'attarder aux expériences individuelles des participants, la carte des mondes sociaux permet de révéler les éléments humains et non humains (ex. : technologie), de même que les éléments historiques, culturels, discursifs symboliques, de pouvoir et politiques. Sous cet angle, il était possible d'examiner dans quelle mesure les situations d'intimidation à l'étude étaient intégrées dans des structures, des réseaux sociaux, généralement invisibles, méconnus, présumés ou tenus pour acquis et, qui pouvaient avoir un impact sur les acteurs impliqués dans les situations à l'étude.

L'analyse situationnelle comprend également l'analyse de la construction du discours social, à l'aide de récits (*narratives*) fournis par les participants (Clarke et al., 2015). Dans la

présente étude, la doctorante s'est inspirée de l'analyse de discours proposée par Clarke et al. (2015) de même que Potter (2011), afin d'examiner l'action située dans le langage, de même que dans les discours explicites et tacites des participants. En tenant compte des suggestions de ces auteurs, l'analyse de discours effectuée visait à examiner les silences, c'est-à-dire ceux de la doctorante, des participants et des acteurs impliqués dans les situations d'intimidation entre infirmières. La doctorante a ainsi constitué une carte analytique qui portait spécifiquement sur les discours (*Discourse Map*) en s'attardant au langage utilisé par les participants dont les principaux éléments sont présentés à l'Annexe K.

Somme toute, cette deuxième phase analytique a permis de jeter un nouveau regard, au sens large, sur l'objet d'étude. L'utilisation des outils analytiques de Clarke et al. (2015) offrait une vue d'ensemble des situations d'intimidation à l'étude, au fil des avancées de la recherche, à l'aide des représentations visuelles sous forme de cartes analytiques. Toutefois, même si cette deuxième phase d'analyse des données contribuait à mieux comprendre les situations d'intimidation à l'étude, la doctorante a décidé qu'une phase analytique supplémentaire s'imposait pour renforcer le processus analytique de l'étude doctorale, par souci d'appuyer la recherche théorique en sciences infirmières. Pour cette raison, un nouvel espace d'analyse a été créé et constituait la troisième phase analytique.

La troisième phase analytique utilisée s'inspirait de l'analyse dimensionnelle (Schatzman, 1991; Schatzman et Strauss, 1973). Ancrée dans l'interactionnisme symbolique, l'analyse dimensionnelle a été privilégiée, car elle invitait la doctorante à rendre explicite l'analyse du corpus des données de cette étude. En effet, tout comme Schatzman (1991) le propose, en adoptant une posture d'ouverture et d'exploration, la doctorante était amenée à réfléchir sur son propre raisonnement analytique tout au long du parcours méthodologique. Ainsi, elle déconstruisait sa manière de procéder pour réaliser la collecte, l'analyse et l'interprétation des données en vue de décrire comment les dimensions conceptuelles étaient déterminées lors de la coconstruction théorique. Pour ce faire, le corpus des données a été analysé ligne par ligne, selon les principaux principes de l'analyse dimensionnelle (Schatzman, 1991; Schatzman et Strauss, 1973), afin de décrire les processus sous-jacents aux situations d'intimidation à l'étude selon le point de vue des participants à l'étude. La doctorante dégagait le plus de dimensions possible

des situations d'intimidation à l'étude, sans comparer ni catégoriser prématurément les données, ni même essayer d'interpréter leurs significations ou encore d'orienter les analyses, comme le recommandent Bowers et Schatzman (2009). En procédant ainsi, au début du parcours analytique, l'analyse dimensionnelle invitait la doctorante à faire preuve de prudence en modérant l'interprétation trop hâtive des données, menant vers la théorie (Bowers et Schatzman, 2009; Kools et al., 1996; Schatzman, 1991). Toujours en suivant les recommandations de ces mêmes auteurs, l'analyse s'est poursuivie en procédant à une analyse plus fine des données pour sélectionner et regrouper les dimensions. L'analyse dimensionnelle a permis de se centrer sur les contextes et les conditions dans lesquels se sont déroulées les situations d'intimidation entre infirmières, et sur les conséquences sur les acteurs impliqués. À partir des différentes perspectives, la doctorante mettait l'accent sur les multiples éléments constitutifs de l'objet d'étude pour en obtenir une vision macroscopique (Kools et al., 1996; Squires, 2004). En somme, la coconstruction théorique s'est produite tout au long du parcours méthodologique. Les différentes phases analytiques ont permis d'établir des liens entre les dimensions et les théories existantes dans la finalité, de répondre aux questions de recherche et de discuter des résultats.

#### **4.4 Considérations éthiques**

Cette section du chapitre aborde les principales considérations éthiques inhérentes à cette étude. Elle explicite les démarches relatives à l'approbation éthique, au consentement libre et éclairé des participants, à la protection des participants contre les risques liés à leur participation, à la confidentialité des données ainsi qu'à la conservation et à la protection du matériel de recherche.

Le protocole de recherche a été transmis le 10 mai 2014 pour approbation au Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) de l'Université de Montréal. Il a été approuvé le 16 juillet 2014 et puisque l'étude doctorale était assujettie à une évaluation éthique continue pour assurer le maintien de la validité de l'approbation éthique, le certificat d'éthique a été renouvelé annuellement (Annexe L).

Un formulaire d'information et de consentement a été élaboré selon les balises et les règles de l'Énoncé de politique des trois Conseils (EPTC) (Conseil de recherches en sciences

humaines du Canada et al., 2010). Il visait à soutenir la prise de décision des participants intéressés à l'étude doctorale. Ce formulaire décrivait le projet de recherche et expliquait de manière concise sa nature, sa durée, de même que les conditions de participation. Il fournissait également des informations sur les avantages, les risques et les inconvénients relatifs à la participation et précisait que le participant pouvait se désister de l'étude à tout moment, sans avoir à donner de raison et sans risque de préjudices (Annexe E).

Afin de favoriser un consentement explicite, la doctorante s'assurait, dès le premier contact avec un participant potentiel, qu'il participait volontairement à la recherche. En outre, avant de réaliser l'entretien intensif, des explications sur le contenu du formulaire d'information et de consentement étaient fournies au participant potentiel et la doctorante lui précisait qu'elle n'entretenait pas de lien avec son employeur. Enfin, après avoir répondu aux questions du participant potentiel, la doctorante veillait à ce qu'il signe le formulaire de consentement sur lequel elle apposait sa signature, et elle lui remettait ensuite une version papier.

Le comité d'éthique a été consulté, en cours de recherche, suivant un amendement mineur au protocole de recherche, afin d'obtenir une modification au certificat éthique. La demande visait à valider la conduite à suivre pour obtenir un consentement libre et éclairé par voie électronique auprès des participants qui avaient fourni à la doctorante, sur une base volontaire, des e-témoignages. Une proposition de consentement électronique a été déposée auprès de CERES et accueillie favorablement le 20 mai 2015 (Annexe M). Elle prenait la forme d'un court message courriel à partir duquel les participants étaient sollicités personnellement pour donner leur consentement de participation à la recherche. Le message soulignait l'intérêt de la doctorante à utiliser leur e-témoignage préalablement reçu par courriel à son adresse institutionnelle de l'Université de Montréal. Il précisait que leur e-témoignage serait utilisé anonymement, et qu'en aucun temps il ne serait utilisé sans leur consentement, qui prenait la forme d'une réponse affirmative à la demande par courriel de la doctorante.

Les participants visés pouvaient avoir été fragilisés par des situations d'intimidation entre infirmières vécues au cours de leur pratique. Même si la situation d'intimidation rapportée par un participant s'était produite antérieurement à l'étude, il était toujours possible qu'à l'évocation

d'un événement vécu, certains individus, comme le soulignent Brannen (1988) de même que McGarry (2010), éprouvent un malaise ou subissent des conséquences sur leur santé. Afin de pallier le risque de créer ou d'exacerber un état de fragilisation chez les participants, la doctorante portait une attention particulière à leur bien-être lors de ses échanges avec eux.

En tout temps, les moments de silence étaient respectés et lorsque le partage des expériences vécues provoquait des réactions émotives chez des participants, la doctorante offrait d'interrompre la rencontre. Cela dit, même si des pauses étaient offertes, aucune situation n'a nécessité de mettre fin à un entretien. Seules des interruptions momentanées permettaient de créer des espaces de dialogue, qui donnaient l'occasion aux participants de décider s'ils voulaient ou non poursuivre l'entretien. Elles permettaient aussi à la doctorante de répondre aux besoins émergents, comme le proposent McCann et Clark (2003) de même que McGarry (2010).

Lorsque ces interruptions momentanées se produisaient, la doctorante prenait le temps d'écouter le participant en explorant ses besoins en ressources de soutien. Elle discutait, entre autres, du programme d'aide aux employés (PAE) en milieu de travail ou d'autres ressources externes à leur milieu de travail, selon le cas. Dans l'ensemble, les ressources identifiées visaient principalement à répondre à des besoins d'ordre psychologique, légal ou social. En aucun cas, des services de première ligne comme info-santé n'ont été nécessaires. De plus, les participants qui ont eu des réactions émotives ont tous affirmé leurs besoins de poursuivre l'entretien en expliquant qu'il leur donnait l'occasion de parler de leurs expériences vécues, laissant ainsi croire que ce partage constituait une expérience positive pour eux, comme le soutiennent East et al. (2010). La majorité d'entre eux décrivaient leur participation à l'étude doctorale comme étant une démarche émancipatrice et contributive à une cause contre la violence en milieu de travail.

Plusieurs dispositions ont été mises en place pour préserver la vie privée et les renseignements personnels des participants. En effet, lors de l'inscription d'un participant, la doctorante lui attribuait un numéro de code unique qui servait à identifier le matériel qui lui était associé, comme la fiche contact, l'enregistrement audionumérique de l'entretien intensif, la transcription en verbatim, le e-témoignage, le questionnaire sociodémographique autoadministré ou les documents invoqués. Dans l'ensemble, toutes les informations ou

combinaisons d'informations susceptibles de mener à l'identification de personnes, d'un milieu de pratique et même de la localisation géographique étaient retirées pour protéger l'identité du participant. En outre, lors du processus analytique, des rapports de données, des résumés de même que des schémas, regroupaient et synthétisaient des informations sur les participants en préservant l'anonymat. Des termes et des expressions *in vivo*, de même que des verbatim, ont toutefois été utilisés comme extraits non identificatoires pour soutenir la crédibilité des résultats de la recherche.

L'ensemble des données obtenues en format papier et numérique, de même que celles du cyberespace, nécessitaient une gestion documentaire sécurisée. Tout d'abord, les données en format papier, à l'exception du journal de bord de la doctorante, étaient classées dans des chemises par participant selon une codification. Ces documents étaient ensuite conservés dans un classeur sécurisé situé au domicile de la doctorante qui était la seule à y avoir accès. Quant aux fichiers électroniques, ils étaient stockés sur le disque dur de l'ordinateur à accès sécurisé par un mot de passe, qui appartenait à la doctorante, ou encore les fichiers étaient tous classés dans un dossier par participant, selon le même code utilisé pour le dossier en version papier. Afin d'assurer la sauvegarde du matériel de recherche, ces mêmes fichiers électroniques étaient aussi téléchargés sur une clé USB, puis stockés dans le deuxième disque dur d'un autre ordinateur à accès sécurisé par un mot de passe appartenant également à la doctorante. La clé USB était entreposée dans le classeur verrouillé et réservé spécifiquement aux dossiers de recherche. En aucun temps les fichiers de recherche n'ont été partagés avec une autre personne.

Les e-témoignages des participants qui communiquaient directement avec la doctorante ou avec des agents facilitateurs (ex. : journaliste), qui transféraient à la doctorante les e-témoignages après avoir obtenu l'autorisation des participants, représentaient les données obtenues du cyberespace. Ces données ont été entreposées dans le serveur sécurisé Outlook de l'Université de Montréal, à partir de la boîte courriel privée et confidentielle de la doctorante. Leur contenu était ensuite copié et enregistré dans un fichier Microsoft Word® ainsi qu'un fichier Microsoft Excel®, lesquels étaient finalement gérés comme les données numériques décrites précédemment. Étant donné que cette étude impliquait des données dans Internet ainsi que l'utilisation d'ordinateurs personnels, la doctorante s'assurait de maintenir ses ordinateurs à un

niveau de sécurité élevé (ex. : pare-feu, logiciels antivirus) afin d'éviter toute violation de la confidentialité, comme le proposent Duffy (2002) ainsi que Im et Chee (2004). Aucune donnée n'a été perdue au cours des transferts d'une zone de mémoire informatique à une autre.

L'ensemble du matériel de recherche (documents numériques et papier) sera conservé de manière sécuritaire pendant une période de sept années après le dépôt final de la thèse, selon les règles prévues au Calendrier de conservation des documents de l'Université de Montréal (Université de Montréal, 2014). Il sera ensuite éliminé selon la procédure d'élimination de documents hautement confidentiels de ce même établissement <https://archives.umontreal.ca/gestion-de-documents/elimination/>.

En résumé, la méthodologie privilégiée pour la réalisation de cette étude doctorale était pertinente pour étudier en profondeur des situations d'intimidation entre infirmières dont la coconstruction théorique est explicitée et illustrée dans le prochain chapitre.

## Chapitre 5 – Résultats

Ce chapitre présente les résultats de l'analyse interprétative/qualitative exploratoire en lien avec le but de cette étude doctorale qui était de coconstruire une théorie des situations d'intimidation entre infirmières, selon le point de vue d'infirmières et d'infirmiers québécois les ayant vécues à titre de cibles ou de témoins dans le cadre de leur pratique. Il est rédigé en cohérence avec la nature itérative de l'approche méthodologique privilégiée pour cette étude et la posture constructiviste sociale/constructionniste sociale de la doctorante.

Au départ, l'objet d'étude portait sur *l'intimidation entre infirmières*. Or, dès l'analyse des premiers entretiens, il s'est avéré que l'expression *entre infirmières* paraissait trop restrictive et ne permettait pas de mettre en évidence la complexité de ce type de situations vécues en contexte infirmier. En effet, les participants à l'étude ont rapporté des situations qui impliquaient, directement ou indirectement, une diversité d'acteurs individuels et collectifs internes et externes à leur milieu de pratique, qui excluaient toutefois les patients. La majorité d'entre elles ne considérait pas que leur vécu d'intimidation concernait uniquement des infirmières, soulignant ainsi la pertinence de prendre en considération les points de vue des personnes concernées par l'objet d'étude. L'expression *situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière* a donc été privilégiée au cours du processus analytique de la recherche doctorale pour tenir compte de cette diversité de points de vue et éviter de restreindre l'objet d'étude aux situations d'intimidation *entre infirmières*. Ainsi, dans ce chapitre, il est question de réalités socialement (re)construites à partir du discours issu de 52 récits d'expériences portant sur des situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière, ancrées dans l'expérience humaine et professionnelle infirmière. Afin d'alléger le texte, l'expression *situations d'intimidation* est utilisée.

La présentation des résultats débute par une description du profil des participants (N=52) suivie de la coconstruction théorique des situations d'intimidation (CTSI) sous-jacentes à la pratique infirmière. Une synthèse des principaux résultats termine ce chapitre. À noter que des identifiants numériques ont été attribués aux participants (ex. : P1 à P52) afin de préserver leur identité. Tout élément relatif au contexte permettant d'identifier les participants a été retiré.

## 5.1 Profil des participants (N=52)

Le profil des participants à l'étude doctorale (N=52) a été établi à partir des réponses obtenues aux questionnaires autoadministrés (Annexe H).

L'âge des participants se situe entre 20 et 69 ans, avec une majorité âgée de 40 ans et plus. Le profil de genre est majoritairement féminin, avec 44 participantes. Parmi les participants, 45 sont nés au Québec. Sept participants sont issus de l'immigration et habitent au Québec depuis plus de dix ans soit : une participante est d'origine haïtienne, un participant est d'origine africaine, trois participantes sont d'origine latine et deux sont originaires d'un pays des Balkans membre de l'Union européenne.

Au moment de leur participation à l'étude, 36 participants détenaient un diplôme universitaire, alors que 11 autres étaient titulaires d'un diplôme d'études collégiales. Seule une participante n'était pas infirmière, mais étudiante en sciences infirmières. Parmi les participants universitaires, déjà infirmières, quatre possédaient un certificat dans le domaine de la santé, 23 détenaient un baccalauréat en sciences infirmières, un participant possédait un diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS), six étaient titulaires d'une maîtrise en sciences infirmières et deux poursuivaient des études en sciences infirmières aux cycles supérieurs, au moment de leur participation à cette étude.

Plus de la moitié des participants (n=31) ont plus de dix années d'expérience professionnelle. Le nombre d'années d'expérience professionnelle dans la profession varie entre moins d'une année et plus de quarante années, la moyenne se situant à environ dix-huit années. Le nombre d'années de service auprès du même employeur, au moment où la situation d'intimidation s'est produite, varie entre moins de deux ans (n=7), deux à dix ans (n=22), 11 à 20 ans (n=9) et plus de 20 ans (n=9). Près de quatre participants sur dix ont à leur actif plus de dix années de service auprès du même employeur. Cinquante et un participants s'identifient en tant que cibles d'intimidation, 15 en tant que cibles et témoins et un seul participant s'identifie en tant que témoin.

Les situations d'intimidation se sont produites entre 1982 et 2015 dans divers établissements du réseau public de la santé et des services sociaux du Québec (RSSS) répartis dans dix régions administratives du Québec. À l'exception d'un participant, qui a vécu une situation dans une autre province que le Québec, et de cinq participants, qui n'ont pas précisé la région où leurs situations d'intimidation se sont produites, tous les autres rapportent au moins une situation d'intimidation vécue en région urbaine (n=22) ou rurale (n=24). La majorité des participants exerce ses fonctions dans le RSSS francophone et certains sont employés par une agence privée. Même si la majorité des participants témoigne d'une situation d'intimidation vécue, à titre de cibles ou de témoins, dans le RSSS francophone, certains d'entre eux indiquent qu'ils ont également vécu des événements intimidants dans le RSSS anglophone, au cours de leur carrière.

C'est dans une variété de domaines d'activité que les participants indiquent avoir vécu au moins une situation d'intimidation, allant du secteur de la première ligne (milieu communautaire) au centre hospitalier, en passant par ceux de l'hébergement et de la formation dans le domaine infirmier. Parmi eux, 29 rapportent des situations d'intimidation dans divers programmes du secteur de la première ligne, comme dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie (n=1), les soins à domicile (n=6), les services généraux courants (n=9), la santé scolaire (n=2), le programme enfance jeunesse (n=3), la santé au travail (n=2), les groupes de médecine familiale (GMF) (n=3) et la santé mentale (n=1). Deux participants précisent qu'ils ont vécu de l'intimidation dans plusieurs programmes de la première ligne. Pour ce qui est du secteur hospitalier, 16 participants déclarent au moins une situation d'intimidation vécue dans différents départements, tels que l'urgence (n=3), les soins intensifs (n=2), la psychiatrie (n=2), le bloc opératoire (n=1), l'obstétrique (n=3), la médecine (n=1) et les soins ambulatoires (n=3). Un participant qui exerçait en CH n'a pas précisé le secteur d'activité. Par ailleurs, trois participants mentionnent avoir vécu de l'intimidation en centre d'hébergement, comme les CHSLD (n=1), en Centre jeunesse (n=1) et en centre de détention (n=1). Enfin, sept participants rapportent au moins une situation d'intimidation vécue dans le cadre de leur formation en sciences infirmières. À noter que le total des domaines d'activité rapportés n'équivaut pas au nombre total de participants. Cette différence s'explique par le fait qu'un même participant pouvait faire part de

plus d'un domaine d'activité. C'est également le cas pour ce qui est des fonctions et des rôles rapportés dans le prochain paragraphe.

Sur le plan clinique, les fonctions et les rôles des participants, au moment où ils ont vécu de l'intimidation, varient de candidat à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) (n=2), infirmières (n=20), infirmières cliniciennes (n=24), infirmière praticienne spécialisée (n=1) à conseillère cadre (n=1). Sur le plan de la supervision et de la gestion, les rôles et fonctions sont ceux d'assistantes au supérieur immédiat (ASI) (n=2) et de gestionnaire (cadre intermédiaire) (n=1). Puis, les fonctions et les rôles dans le domaine de la formation correspondent au titre d'enseignante universitaire (n=1) ou collégial (n=1) ou d'étudiantes universitaires (n=2) ou collégiales (n=3). Dans l'ensemble, les situations d'intimidation ont pris naissance dans une multitude de domaines d'activité, de fonctions et de rôles, mais aucun en particulier ne semble plus propice qu'un autre à ce type de situations.

De plus, 29 participants révèlent qu'au moment où la situation d'intimidation s'est produite, ils avaient l'intention de quitter leur poste pour s'éloigner de cette relation malsaine avec l'intimidateur. Ils précisent néanmoins qu'ils tenaient à préserver leur lien d'emploi avec l'employeur, afin de ne pas perdre certains avantages sociaux (ex. : ancienneté, fonds de pension). Ils ont donc postulé pour d'autres postes dans la même organisation. Dix-neuf participants affirment qu'ils voulaient quitter leur emploi, en mettant fin à leur lien avec l'organisation et 14 participants envisageaient de quitter la profession. Au moment de leur participation à l'étude, 22 participants ont indiqué qu'ils avaient toujours un lien d'emploi avec l'employeur où la situation d'intimidation s'est produite et bon nombre d'entre eux étaient exposés à des comportements d'intimidation sur une base régulière. Treize participants révèlent qu'ils ont perdu leur emploi après avoir été contraints de démissionner ou de prendre une retraite précoce pour ne plus être exposés à l'intimidation ou après avoir subi un congédiement dont la décision ne leur semblait pas fondée sur des motifs justes et suffisants. Enfin, trois participants ont abandonné la profession.

En résumé, l'échantillon de l'étude doctorale est principalement composé d'infirmières âgées de plus de 40 ans, expérimentées et détenant une formation universitaire en sciences

infirmières. Malgré leur intention de quitter leur poste ou de mettre fin à leur lien d'emploi avec l'employeur, les infirmières exerçaient la profession en région urbaine ou rurale auprès du même employeur depuis plus de deux années, lorsqu'elles ont été témoins ou cibles d'intimidation. Même si une grande proportion de ces infirmières exerçait la profession dans le secteur de la première ligne, au moment où elles ont vécu une situation d'intimidation, les secteurs identifiés dans les récits d'expériences révèlent une grande diversité de domaines d'activité, comme le secteur de la première ligne (milieu communautaire), de même que ceux du milieu hospitalier, de l'hébergement et de la formation en sciences infirmières. Dans l'ensemble, aucune des situations d'intimidation rapportées ne semble liée à un domaine particulier.

## **5.2 Coconstruction théorique**

Cette section du chapitre expose l'issue de la démarche de coconstruction théorique de situations d'intimidation (CTSI) sous-jacentes à la pratique infirmière. D'abord, une vue d'ensemble de la coconstruction théorique est présentée. Ensuite, chacune des dimensions constitutives de la coconstruction est décrite afin de répondre aux questions de recherche présentées à la section 2.3 de cette thèse.

### **5.2.1 Coconstruction théorique**

La CTSI comporte 15 dimensions réparties en quatre regroupements (Figure 6). D'abord, le premier regroupement réfère 1) aux conditions situationnelles reflétant les antécédents des situations d'intimidation qui s'articulent autour des dimensions : 1a) contextes sociaux ; 1b) conditions microsociologiques ; et 1c) conditions macrosociologiques. Le deuxième regroupement dimensionnel révèle 2) un processus de création des situations d'intimidation qui se déroule en cinq phases réparties en deux sections. La première section, qui est la tolérance ou le maintien du statu quo, indique que les situations d'intimidation tendent à demeurer relativement statiques. Elle comprend les dimensions ou phases : 2a) situation initiale : ç'a commencé comme ça ! ; 2b) ancrage : ça continue ! et ; 2c) impasse : être dedans ! La deuxième section, qui réfère à l'action menant vers un changement, comprend les dimensions ou phases : 2d) mobilisation de ressources de soutien et 2e) rupture. Le troisième regroupement

dimensionnel correspond 3) aux conséquences sur l'état de santé et de bien-être personnel et professionnel de l'infirmière intimidée ou témoin et sur la qualité des soins. Elles correspondent respectivement à chacune des phases du processus de création des situations d'intimidation : 3a) la (dé)<sup>5</sup>stabilisation (situation initiale : ç'a commencé comme ça !); 3b) la (dé)<sup>6</sup>gradation (ancrage : ça continue !); 3c) la détérioration (l'impasse : être dedans !); 3d) l'intensification de la détérioration (mobilisation de ressources de soutien ou rupture) et ; 3e) la (re)<sup>7</sup>construction (mobilisation de ressources de soutien ou rupture). Enfin, 4) le continuum espace-temps, quatrième regroupement dimensionnel, comprend 4a) les éléments spatiaux et 4b) les éléments temporels constitutifs des situations d'intimidation. La CTSI dévoile ainsi la nature complexe, dynamique, plurielle et évolutive de ce type de situations.

Sur la Figure 6, les quatre regroupements dimensionnels sont délimités par des lignes pointillées afin d'illustrer la nature fluide des relations entre eux. Un cercle situé à côté de chacune des cinq phases du processus de création des situations d'intimidation, dont la zone intérieure devient de plus en plus sombre, illustre leur intensification. Ces mêmes cercles sont utilisés dans le troisième regroupement dimensionnel, soit celui qui réfère aux conséquences sur l'état de santé et de bien-être personnel et professionnel de l'infirmière intimidée ou témoin et sur la qualité des soins. Des flèches sont également utilisées pour mettre en évidence les liens entre chacune des cinq phases et leurs conséquences respectives. Dans l'ensemble, les 15 dimensions représentent le cycle de vie des situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière. Elles sont interdépendantes et aucune n'occupe une position centrale, en ce sens qu'elles sont toutes aussi importantes les unes que les autres.

Les prochains paragraphes présentent les dimensions de la CTSI en donnant une réponse aux questions de recherche ajustées en fonction des situations d'intimidations sous-jacentes à la pratique infirmière. Des verbatim tirés des propos des participants sont inclus ; chacun étant

---

<sup>5</sup> Le recours au préfixe (dé) met l'accent sur la gradation de la situation d'intimidation en matière d'intensité, menant à un état de dégradation de l'état de santé et de bien-être.

<sup>6</sup> Le recours au préfixe (dé) met l'accent sur la boucle récursive qui permet de passer d'un état de stabilisation sur le plan de la santé et du bien-être à celui de déstabilisation, en raison de l'intimidation vécue.

<sup>7</sup> Le recours au préfixe (re) met l'accent sur la boucle récursive qui permet de passer d'un état de construction de la santé et de bien-être à celui de reconstruction, en raison de l'intimidation vécue.

identifié par le type de collecte de données, le rôle du participant, en tenant compte de son genre, le milieu de pratique, urbain ou rural, et l'identifiant qui lui a été attribué.

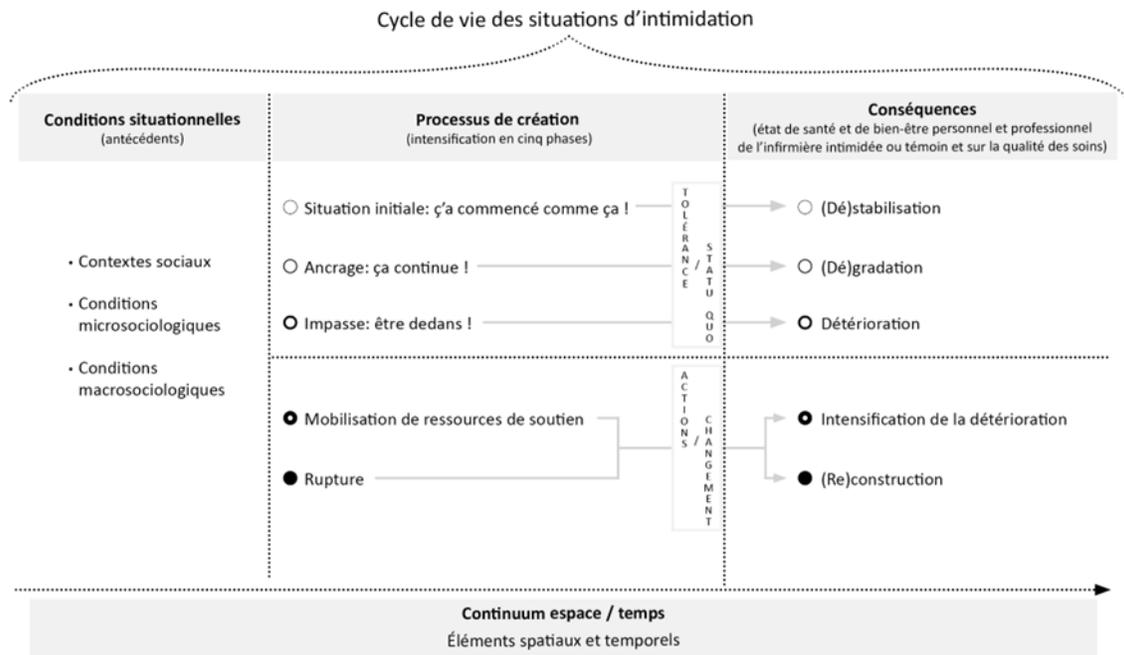


Figure 6. – Coconstruction théorique des situations d'intimidation (résumée).

### 5.2.2 Dans quels contextes sociaux se vivent les situations d'intimidation ?

L'analyse met en évidence comme antécédents (conditions situationnelles), quatre contextes sociaux dans lesquels se vivent les situations d'intimidation : 1) les transformations du RSSS ; 2) les changements dans la composition des équipes de travail ; 3) les statuts d'emploi menant à une transition professionnelle ; et 4) les transformations de la pratique infirmière (Figure 7). Le changement est considéré comme un élément central à ces contextes.

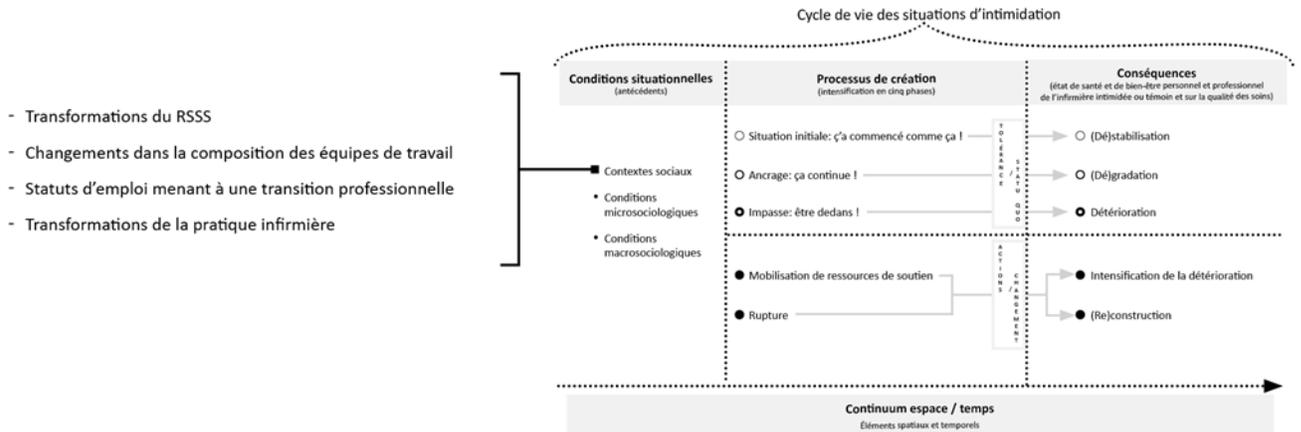


Figure 7. – Contextes sociaux des situations d'intimidation.

#### 5.2.2.1 Transformations du RSSS

Des participants sont d'avis que les périodes charnières de grands bouleversements structurels (ex. : réformes gouvernementales de 1995, 2003 et 2015), survenues dans le RSSS, au cours des dernières décennies, qui ont mené à de nombreuses fusions et transformations d'établissements, sont en partie responsables de l'existence de situations d'intimidation. De leurs points de vue, ces fusions se sont mal passées pour plusieurs infirmières, toujours présentes dans le RSSS, parce qu'elles étaient peu préparées pour composer avec ces nombreux changements d'environnement, de gestion et de manière d'exercer la profession. Une sorte de *pattern* menant à la création de situations d'intimidation en raison des nombreux contextes d'instabilité due aux refontes du RSSS, combinée au climat de travail empreint de frustration qui en a découlé, est rapportée :

C'est toujours le même *pattern* : insatisfaction, colère et mépris. Je te le dis, il y a un contexte qui explique l'intimidation dans le système de santé (entretien individuel, clinicien, milieu urbain, P4).

#### 5.2.2.2 Changements dans la composition des équipes de travail

Plusieurs participants mentionnent que les changements dans la composition des équipes de travail représentent des sources de stress et de tensions qui peuvent expliquer la survenue de situations d'intimidation au sein des organisations. Pour eux, l'arrivée d'un nouveau membre de

la direction ou de l'équipe de soins est souvent perçue comme une menace aux statuts et aux privilèges acquis par le personnel infirmier déjà en place :

Avec tous ces mouvements du personnel, cela n'a peut-être pas aidé au fait qu'il y avait de l'intimidation (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P21).

#### 5.2.2.3 Statuts d'emploi menant à une transition professionnelle

Les statuts d'étudiant stagiaire/externat, de CEPI, de novice, d'infirmière travaillant pour une agence privée, mais exerçant dans le RSSS et celui d'infirmière expérimentée, qui obtient un nouveau poste au sein de la même équipe, du même établissement ou qui obtient un nouvel emploi dans un autre établissement du RSSS, sont les principaux statuts d'emploi menant à une transition professionnelle, rapportés comme étant susceptibles d'exposer des infirmières à des comportements d'intimidation :

Il y avait une infirmière expérimentée qui ne se formalisait pas avec les mots et qui me disait, à chaque fois qu'on travaillait ensemble, qu'elle détestait travailler avec une débutante. Tout son non-verbal, pendant huit heures, c'était du stress longtemps ! (e-témoignage, infirmière retraitée, milieu rural, P44).

Quand tu changes de job, même avec de l'expérience, tu es nouvelle, mais c'est comme si tu n'avais plus rien. Tes acquis, tu ne les as plus. Tu es comme une débutante pour les autres (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P27).

L'analyse permet d'identifier quatre moments (les séances d'orientation, les périodes de probation, l'obtention d'un nouveau poste et l'accueil) liés au contexte de changement de statuts d'emploi marqué par le fait d'être nouveau ou l'étranger dans l'équipe. Les séances d'orientation que l'employeur fournit à ses nouveaux employés et les périodes de probation exigées lors de l'obtention d'un nouveau poste correspondent aux deux premiers moments. Ils sont décrits comme très difficiles par certains participants qui révèlent avoir subi une orientation, tellement ce passage obligé a été insupportable. Pour certains d'entre eux, ces moments ont marqué le début de leur vécu d'intimidation :

La troisième orientation a été mon mouroir ! Là, où je suis allée c'était le diable ! C'était euh... regarde, j'arrive là, ils m'orientent, deux jours avec une infirmière qui me tuera par la suite ! (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P27).

L'obtention d'un nouveau poste, qui semblait parfois alourdir le climat de travail et miner les dynamiques d'équipe, représente le troisième moment lié au contexte de changement de statut d'emploi, comme l'explique P10 lorsqu'elle est devenue assistante au supérieur immédiat (ASI) au sein de la même équipe où certaines collègues l'intimidaient déjà depuis plusieurs mois :

Je continuais à subir, elles [intimidatrices] m'ignoraient en réunion, elles me tournaient volontairement le dos, ne me regardaient pas, tu sais, ça chuchotait pour que je ne puisse pas entendre la conversation. Ce n'était pas un coup de poing là. Ce n'était pas physique, mais tu le sais, les regards... tu es avec ces personnes-là et elles vont interpréter ce que tu dis pour le tourner contre toi, comme si tu avais de mauvaises intentions. C'était toujours lourd comme ça (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P10).

Enfin, l'accueil, c'est-à-dire le premier contact que des participants ont eu avec les membres de leur nouvelle équipe de travail, dès leur première journée de travail, correspond au quatrième moment lié à un changement de statut d'emploi qui semble avoir marqué le début du vécu d'intimidation de nombreux participants :

Dès la première journée, où j'ai eu ce nouveau poste, en arrivant, je me suis présentée à l'infirmier. Il s'est assis devant moi sans lever la tête ni les yeux. Il ne me regardait pas, ne me parlait pas. Pas un mot. Alors au bout de 15 minutes, je me suis penchée et je lui ai dit : « euh... à part prendre les messages, comment se commence la journée ? » Il m'a dit : « moi, j'ai mes contacts à l'hôpital et tu ne les auras pas ! ». C'était ça son mot de bienvenue. Ça a été une journée assez pénible. J'ai décrit cet accueil de Sibérien, alors c'était plus que froid ça (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P13).

#### 5.2.2.4 Transformations de la pratique infirmière

Le quatrième contexte dans lequel se vivent des situations d'intimidation correspond aux façons très différentes qu'ont les infirmières d'exercer la profession, notamment sur la base d'idées, d'opinions, de visions et de raisonnements cliniques parfois antagonistes. Des participants indiquent que ces divergences transparaissent surtout dans l'orientation et l'organisation des services et des soins offerts à la clientèle ainsi que dans la gestion, comme c'est le cas avec la supervision du personnel. Ces divergences semblent être au cœur de désaccords, d'ambiguïtés et d'interprétations multiples, qui génèrent des problèmes pour la pratique infirmière :

Ma collègue avait une vision totalement différente de la mienne. Le patient n'était pas au cœur de ses préoccupations et ça me dérangeait vraiment beaucoup... (entretien individuel, gestionnaire, milieu rural, P25).

L'autonomie, pour moi, c'est super important. Je ne regardais pas les heures auxquelles les infirmières allaient rentrer le matin, parce qu'elles ont un job à faire, des visites à faire et si tout est fait c'est très bien ! J'avais une façon de faire qui n'était probablement pas selon ses valeurs à elle [intimidatrice] ça c'est clair parce qu'elle me l'a dit. En partant, nos valeurs humaines et de gestion clinique étaient différentes (entretien individuel, ASI, milieu urbain, P5).

Des participants sont d'avis que la pratique infirmière s'est transformée à un point tel qu'elle s'inscrit désormais dans un contexte entrepreneurial où les activités professionnelles sont soumises à des impératifs de gestion qui les valorisent essentiellement à partir d'un système de surveillance et de mesure. La manière dont ces participants abordent la quantification des soins semble avoir transformé la signification qu'ils se faisaient du *soin* en un sens qui paraît opposé à leur vision du soin devenue bureaucratisée à leurs yeux. Les manières différentes de concevoir et d'exercer la profession laissent croire qu'il pourrait s'agir d'un précurseur de situations d'intimidation dans le domaine infirmier :

Maintenant, on entend parler que de statistiques et de quantité. Ils [gestionnaires] ne veulent pas trop savoir ce qu'on fait avec le monde. Ils veulent juste savoir combien on en voit, et ça, c'est quelque chose... (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P1).

Je trouve que c'est du contrôle pour faire du contrôle, on n'est pas sur une chaîne de montage. Moi, ma vision du monde et des choses c'est vraiment qualitatif et non pas quantitatif et on est dans un monde quantitatif où tout ce qui compte c'est le nombre de patients que tu as vu. Pas la lourdeur et la complexité des cas (entretien individuel, IPS, milieu urbain, P15).

Les transformations de la pratique infirmière sont parfois synonymes de questionnements d'ordre déontologique. Des participants affirment avoir été témoins de prestations de soins non conformes aux normes déontologiques. Malgré leurs inquiétudes, ils spécifient qu'il était impossible pour eux de remettre en question ce type de pratique sans soulever des tensions au sein de l'équipe. Ce contexte qualifié de non éthique par des participants contribuait, selon eux, à créer leur vécu d'intimidation, notamment en raison des réactions d'opposition qu'ils exprimaient face à ces conduites professionnelles :

Les médicaments de huit heures étaient préparés à cinq heures, les insulines n'étaient jamais vérifiées, *name it* ! Tout le monde [clientèle âgée] était sous contention, ça ne bougeait même pas un bras ! Je n'en revenais pas. J'ai dit : « on ne va pas faire ça de même ». Je me suis fait répondre : « hey ! On l'a tout le temps fait, alors on va le faire, OK ? Hey r'garde icitte c'est icitte ! » Je me disais : « si l'Ordre [OIIQ] débarque demain matin, ça va aller mal à la *shop* ! » (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P27).

Les questionnements sur les pratiques sont accueillis avec des briques et des fanaux !!! Il faut avoir beaucoup d'assurance, de patience et de persévérance pour oser mettre en doute une façon de faire que ce soit en matière de soins ou de conditions de travail ! (e-témoignage, clinicienne, milieu rural, P48).

Des façons différentes d'exercer la profession entre les secteurs anglophone et francophone sont également évoquées par les participants qui ont exercé dans les deux secteurs. La rigidité, la hiérarchisation, l'absence de communication directe entre le personnel infirmier et les médecins ainsi que le manque de reconnaissance de la formation sont identifiés comme des obstacles à la pratique infirmière, rencontrés dans le secteur francophone du RSSS. Or, sans affirmer que le secteur anglophone est complètement exempt de situations d'intimidation, plusieurs participants indiquent que le secteur francophone paraît plus propice aux situations d'intimidation, surtout en raison des obstacles qu'il impose au personnel infirmier sur le plan professionnel :

Le secteur anglophone, c'est une autre culture ! Le contact avec les médecins est complètement différent. Je ne devais pas passer par l'assistante [ASI] comme dans le secteur francophone qui est très hiérarchique. Nous [IPS] on discute d'égal à égal avec le médecin [...] je suis allée dans le milieu anglophone parce que je trouvais que ça reflétait davantage ce qui était préconisé, comme dynamique de travail. Je dois le dire. Le milieu anglophone encourage et reconnaît la formation (entretien individuel, IPS, milieu urbain, P15).

### **5.2.3 Quelles conditions microsociologiques contribuent à la création de situations d'intimidation ?**

L'analyse révèle trois conditions situationnelles microsociologiques contributives à la création de situations d'intimidation entre infirmières. Elle permet d'identifier qui sont les différents acteurs individuels impliqués dans les situations d'intimidation. Les conditions situationnelles microsociologiques représentent des ressources personnelles, des dynamiques interpersonnelles et des acteurs individuels (Figure 8).

### Ressources personnelles

- Valeurs véhiculées
- (In)capacités d'affronter l'intimidateur
- Différents niveaux de formation

### Dynamiques interpersonnelles

- Climat de travail toxique
- Formation d'alliances et de cliques
- Alliances de type racial
- Alliances selon le type de spécialités cliniques
- Alliances ou cliques connues dans le milieu de pratique
- Alliances synonymes d'exclusion et de stigmatisation
- Alliances formées par des liens de parenté ou de la communauté

### Acteurs individuels

- L'infirmière intimidée selon son point de vue
- Posture de victimisation de l'infirmière intimidée
- Posture de riposte ou de résistance de l'infirmière intimidée
- L'intimidateur selon le point de vue de l'infirmière intimidée
- Le témoin selon le point de vue de l'infirmière intimidée ou témoin
- Posture du témoin impliqué auprès de l'infirmière intimidée
- Posture du témoin qui se colle à l'intimidateur
- Posture du témoin défenseur de l'infirmière intimidée
- Complexité entourant le rôle de témoin
- Absence de témoin

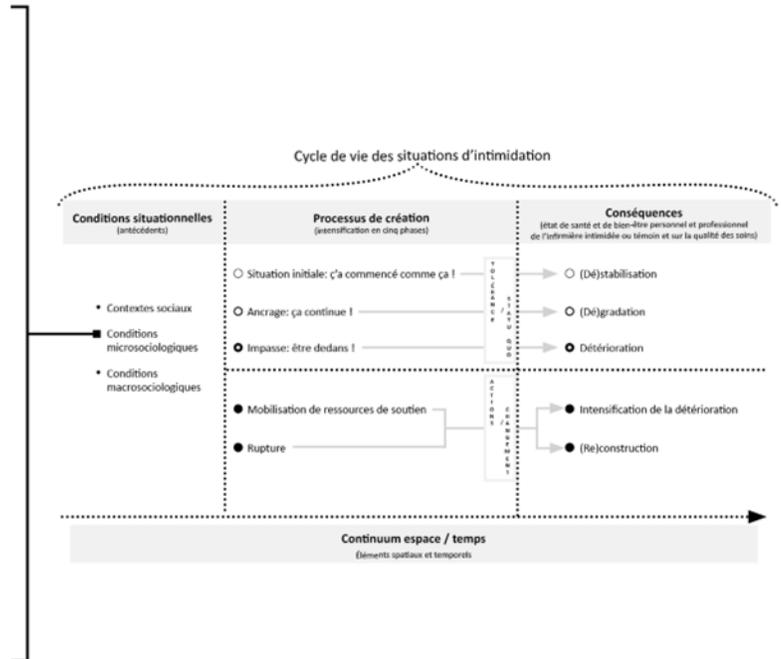


Figure 8. – Conditions microsociologiques des situations d'intimidation.

### 5.2.3.1 Ressources personnelles

Les ressources personnelles identifiées regroupent les principales valeurs véhiculées par la majorité des participants, leurs (in)capacités à affronter l'intimidateur et leurs différents niveaux de formation.

#### 5.2.3.1.1 Valeurs véhiculées

Lorsque les participants racontent leur vécu d'intimidation, la plupart d'entre eux accordent de l'importance aux valeurs de justice, de confiance et de respect entre collègues dans leur milieu de travail :

Tu es obligé de respecter tes collègues. Il y a des lois, mais il y a un je-m'en-foutisme comme je n'ai jamais vu. Un non-respect de l'être humain qu'il soit patient ou collègue. La façon dont les gens s'adressent aux autres... je suis tellement dégoûtée (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P29).

La confrontation de ces valeurs personnelles, provoquée par leurs situations d'intimidation, semble avoir motivé plusieurs participants à prendre position contre

l'intimidation, dont ils étaient la cible. Selon leurs dires, leurs valeurs servaient d'appui pour mobiliser la force dont ils avaient besoin pour lutter contre l'intimidation qu'ils vivaient au travail :

D'autres personnes avant moi ont subi de l'intimidation et ont dû partir. Devant cette injustice, je me suis dit qu'il y aurait un arrêt avec moi ! C'est cette vision, qui m'a donné cette force (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P9).

Moi, j'aime les choses claires et franches, alors je me suis dit [...] si on n'arrive pas à une entente tous les deux et qu'elle [intimidatrice] est trop loin de ce que moi je crois, je ne vais pas laisser aller mes croyances, mes valeurs et faire ça parce que je n'y crois pas. Donc, je vais être malheureuse et je vais partir (entretien individuel, gestionnaire, milieu urbain, P20).

#### *5.2.3.1.2 (In)capacités d'affronter l'intimidateur*

Des participants révèlent qu'ils étaient incapables de réagir face aux comportements de leur intimidateur. Plusieurs soulignent leur difficulté à se défendre dans une telle situation et la plupart d'entre eux préféreraient éviter la confrontation :

Quand tu te sens intimidée, tu ne trouves pas la force intérieure pour réagir face à ton intimidateur. Je me sentais... c'était un homme corpulent, il n'y avait aucune intimidation physique, mais je ne savais juste pas comment réagir. Ses mots étaient forts, il me criait après [long silence de la participante] je ne savais pas quoi faire. Alors, je ne faisais rien. Je n'avais pas envie d'être confrontante, parce que je me disais que je ne gagnerais jamais, comprends-tu ? Moi ça me gèle, je n'ai rien dit là, j'ai comme encaissé [silence] (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P3).

À l'inverse, d'autres participants rapportent qu'ils croyaient fermement en leurs capacités à adopter une position ferme, non seulement contre l'intimidation au travail, mais également contre leur intimidateur. Ils affirment avoir été capables de riposter à leur intimidateur en lui faisant connaître leurs limites pour tenter de freiner ses élans intimidants, ce qui témoignait de leur réel engagement à se défendre contre l'intimidateur :

J'ai confronté mon intimidatrice. Je lui ai dit clairement d'arrêter de me traiter de chocolat [réfère à la couleur de sa peau] devant tout le monde. Je lui ai dit que c'était totalement inacceptable (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P9).

### 5.2.3.1.3 Différents niveaux de formation

Les différents niveaux de formation menant aux titres d'infirmière technicienne (formation collégiale), clinicienne (formation universitaire de 1<sup>er</sup> cycle) ou praticienne spécialisée (formation universitaire de 2<sup>e</sup> cycle) représentent une ressource personnelle qui contribue à la création de situations d'intimidation. Ces différences de formation au sein de la même profession sont considérées par plusieurs participants comme une source de tensions et de divisions et constituent pour certains un défi d'intégration à une équipe de soins :

On a trois niveaux de formation dans notre profession. Il y a les infirmières à qui on donne plus de champ de pratique. C'est infernal ! C'est comme une machine épouvantable, c'est dysfonctionnel. On dirait que les gens se sentent mis de côté et menacés (entretien individuel, gestionnaire, milieu rural, P25).

Tous ces niveaux de formation contribuent à une espèce de guerre interne en milieu d'emploi. En fait, les techniciens se sentent menacés par les Bacs, c'est ça ! (entretien individuel, IPS, milieu urbain, P15).

Des participants indiquent que le niveau d'études collégiales est celui qui est souhaité par la plupart des infirmières sur le terrain, ce qui rend parfois la vie plus difficile aux infirmières qui détiennent un baccalauréat. Selon eux, l'infirmière ayant une formation de niveau collégial est mieux accueillie que celle ayant un baccalauréat. Ils estiment que la plupart des organisations de santé ont tendance à croire que le niveau de formation collégial confère à l'infirmière les compétences requises pour appliquer des méthodes et des techniques de soin de manière autonome. Selon eux, des infirmières considèrent que l'infirmière de niveau collégial leur inspire confiance et, étant donné leurs croyances en son autonomie, cela les rendait moins craintives de voir celle-ci contribuer à l'augmentation de leur charge de travail :

Avant d'obtenir mon baccalauréat, vu que j'étais technicienne, je rentrais dans le bon lot ! C'est comme si j'arrivais dans cette équipe et que j'avais déjà des points parce que j'étais technicienne et non bachelière. Ah ! Elle [infirmière technicienne], elle va être capable de rouler. Elle va être capable d'en prendre parce qu'elle a fait des techniques. On ne sera pas obligé de compenser, elle ne représente pas une surcharge de travail pour nous (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P3).

Les participants détenant une formation universitaire de premier cycle semblent faire particulièrement l'objet de comportements d'intimidation dans plusieurs organisations de santé.

Bon nombre d'entre eux rapportent que des collègues véhiculaient et entretenaient des préjugés défavorables sur la formation de niveau universitaire, notamment celle du premier cycle. Les participants concernés par ce niveau de formation déplorent le fait qu'ils devaient constamment justifier leur choix de formation en plus de recevoir régulièrement des commentaires négatifs sur la qualité de leur formation et de leurs compétences en techniques de soin :

La chef d'unité était une technicienne et non une bachelière. Elle m'a dit : « on le sait qu'au bac ce n'est pas fameux, ils ne vous apprennent pas vraiment comment ça fonctionne pour vrai. On le sait que vous, les bachelières, vous n'êtes pas toutes formées, tu vas l'apprendre à la dure là dans le domaine, tu vas voir, tu vas te faire planter [échouer] ». J'ai eu ces commentaires-là d'elle (entretien individuel, étudiante/formation, milieu urbain, P14).

Des participants soulignent qu'ils évitaient de dire qu'ils avaient une formation universitaire, parce qu'ils craignaient d'être stigmatisés par certaines infirmières. D'après eux, leur formation universitaire était en partie responsable de leur vécu d'intimidation. Plusieurs disent avoir constaté qu'à partir du moment où des infirmières étaient informées de leur niveau de formation, ces dernières ont soudainement changé d'attitude et de comportement envers eux. Quelques-uns se sont mis à les intimider en refusant, par exemple, de les aider dans leurs activités professionnelles, comme en témoigne l'extrait suivant :

Au début, j'étais aidé par mes collègues techniciennes, mais quand elles ont su que j'avais un bac, elles ne voulaient plus m'aider. Tout d'un coup, oups ! Je ne les voyais quasiment plus, elles étaient moins avenantes avec moi. Ça a vraiment changé quelque chose. Tu sais, pas isoler complètement quelqu'un, mais un peu quand même. Le regard a changé et l'interaction que j'avais avec elles aussi. Avant c'était proactif, j'avais la petite tape dans le dos qui voulait dire : « C'est l'fun de travailler avec toi ! » (entretien individuel, IPS, milieu urbain, P15).

### 5.2.3.2 Dynamiques interpersonnelles

Les dynamiques interpersonnelles de l'environnement social réfèrent au climat de travail toxique, à la formation d'alliances et de cliques, aux alliances de type racial, à celles formées selon le type de spécialités cliniques, aux alliances ou aux cliques connues dans le milieu de pratique, à celles synonymes d'exclusion et de stigmatisation et celles formées par des liens de parenté ou de la communauté. Elles sont décrites dans les prochains paragraphes.

#### 5.2.3.2.1 Climat de travail toxique

Le climat de travail dans lequel la plupart des participants exerçaient leur profession au moment de leur vécu d'intimidation était souvent qualifié de « pourri » (entretien individuel, ASI, milieu urbain, P5) et « d'atmosphère empoisonnée imprégnée de négativisme » (e-témoignage, milieu urbain, P41). Ce climat toxique semble résulter d'un environnement social déchiré par des conflits mal gérés, des tensions, des alliances et des rivalités, qui alimentaient les dynamiques interpersonnelles dans lesquelles les situations d'intimidation évoluaient :

La dynamique de l'équipe est *tough* [pénible] à vivre là ! Je viens d'obtenir un poste de clinicienne dans un climat de travail toxique. Les bassesses entre collègues, les coups de poignard et les répliques incendiaires sont notre quotidien. C'est si difficile qu'après seulement trois mois dans ce secteur [non précisé pour préserver l'anonymat], je veux déjà le quitter ! (extrait de la prise de contact, clinicienne, milieu rural, P19).

Dans certains cas, les conflits mal gérés et les rivalités étaient tellement intenses qu'ils dégénéraient en refus catégorique de certains collègues à travailler avec d'autres :

J'ai porté plainte à la direction contre un préposé qui avait des comportements inappropriés envers la clientèle. Lorsqu'il l'a su, il est venu me voir et m'a dit : « toi, tu as un problème ! Je ne veux plus jamais travailler avec toi. Je ne veux plus jamais que tu me parles ! » C'est tout le temps très intimidant comme comportement (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P3).

Des participants mentionnent que certains de leurs collègues représentaient les moteurs de l'intimidation dans leur milieu de travail. Selon eux, ils alimentaient en grande partie le climat hostile dans lequel ils travaillaient. Ils ajoutent que d'autres, au contraire, n'avaient pas d'autres choix que de subir le climat de travail, très souvent en raison de leur niveau de formation qui limitait leur accès à d'autres postes offerts au sein de l'établissement, indiquant ainsi une exposition prolongée du personnel infirmier à un environnement de travail malsain :

Il y avait des infirmières qui étaient des douceurs, vraiment des personnes qui avaient plein d'empathie et d'humanité. Quelques-unes d'entre elles voulaient s'en aller à cause du climat, mais, tu sais, elles n'avaient pas de baccalauréat. Cela faisait 10 ou 20 ans qu'elles étaient là. Elles aimaient leurs postes et étaient rendues assistantes (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P3).

Lorsqu'ils parlaient du climat de travail avec leurs collègues, des participants rapportent qu'on leur répondait souvent : « C'est de même ici, c'est de même ! » (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P3). La majorité des participants compare le climat de travail dans lequel ils ont évolué ou évoluaient toujours, au moment de leur participation à l'étude, à une forme de maltraitance qui avait de lourdes conséquences, non seulement sur eux, mais aussi sur l'ensemble du personnel infirmier :

C'est un climat de violence au travail ! Tous les éléments sont là ! Oui, des filles qui partent en burnout, qui prennent beaucoup de médicaments, qui veulent se suicider, qui vont mal avec leur mari parce qu'elles leur disent comment elles sont maltraitées au travail, tout est là ! (entretien individuel, gestionnaire, milieu urbain, P20).

Je suis brûlée pas seulement par la lourdeur de nos patients, mais surtout par l'ambiance sombre sur le département. Je suis infirmière bachelière depuis cinq ans et pourtant j'adore mes patients, j'adore mon emploi, mais je déteste le climat qui règne dans le monde des infirmières (e-témoignage, clinicienne, milieu urbain, P52).

Plusieurs participants disent avoir pris conscience du climat de travail dans lequel ils exerçaient la profession seulement après avoir pris un certain recul par rapport à ce qu'ils vivaient au travail. Selon plusieurs, ce recul avait permis de changer leur manière de voir le rapport qu'ils avaient avec leurs collègues de travail. Dans certains cas, le climat de travail semblait érodé à un tel point que cette situation soulevait de sérieuses craintes quant à la qualité de la prestation de soins. Cela dit, il est possible de croire que ce type de climat pouvait avoir ouvert la voie à soigner les patients et leurs familles dans l'hostilité :

Je ne voyais plus les bonnes relations de travail que j'avais avec d'autres personnes que je trouvais très compétentes, et, à un moment donné, j'avais l'impression que tout le monde était pareil et que les modes de communications étaient épouvantables. Je me sentais toujours confrontée, tout le monde se criait tout le temps dessus (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P3).

Tu ne peux pas travailler dans des conditions comme ça. Les patients n'ont pas leur dû [...] les gens sont assez *mindés* [avoir une idée] dans leur tunnel de : « il manque de l'argent et il y a trop de travail » qu'ils ont mis de côté la qualité des soins et la sécurité des patients. Ils ne s'en préoccupent plus [...] pourquoi on

[infirmières] est là ? C'est pour le patient [...] regarde l'essentiel c'est le patient, la qualité des soins (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P21).

#### 5.2.3.2.2 Formation d'alliances et de cliques

Lorsqu'ils parlent d'alliances qui créaient des situations d'intimidation, les participants utilisent fréquemment des termes tels que gang, clique et clan. En général, ils emploient ces termes pour signifier que l'intimidateur n'était pas seul. Selon eux, ce dernier agissait plutôt comme le leader négatif d'un regroupement composé d'environ trois à cinq personnes, qui travaillaient ensemble depuis plusieurs années. Ces dernières formaient des alliances entre elles et s'influençaient les unes les autres en matière d'attitudes et de comportements envers la personne ciblée. C'est ce que P9 identifie comme un phénomène de contagion au sein d'une équipe de travail (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain) :

C'était comme un *gang* d'amis ensemble. Elles travaillaient la nuit et après elles allaient au *gym* et déjeunaient ensemble. Elles étaient comme *friends* (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P8).

Plusieurs participants rapportent que leur intimidateur avait suffisamment d'influence dans le milieu de travail pour rallier des collègues contre eux. En se construisant une clique, leur intimidateur leader négatif semblait s'assurer d'obtenir le soutien de ses « cheerleaders », pour utiliser l'expression de P17 (entretien téléphonique, enseignant/formation), soit celui dont il avait besoin pour continuer d'agir de manière intimidante à leur endroit. La grande proximité que certains collègues entretenaient avec l'intimidateur leader négatif semblait les inciter à agir de la même manière que lui, c'est-à-dire en intimidant la cible à leur tour :

Il en faut qu'un pour entraîner les autres ! (entretien individuel, infirmière, milieu rural, P23).

Elles étaient trois infirmières, peut-être quatre. Il y avait une ramification. J'avais l'impression qu'il y avait une clique qui se formait... (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P10).

Dans un *gang*, les membres se tiennent et se le disent entre eux s'ils n'aiment pas quelqu'un dans l'équipe (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P3).

En racontant son récit d'expériences, une infirmière clinicienne réfère au *triumvirat* [triarchie] pour expliquer la force des liens qui unissaient le groupe de trois personnes qui l'intimidaient et le pouvoir qu'elles exerçaient sur elle :

Je partais en congé différé et je me disais qu'à mon retour je ne reviendrais pas dans cette équipe parce que je ne survivrais pas... C'était un triumvirat ! J'ai demandé à ne jamais retravailler sous la direction de ce patron-là (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P13).

Lorsque plusieurs personnes étaient impliquées comme intimidatrices dans une même situation d'intimidation et qu'il y avait un intimidateur leader négatif, bon nombre de participants comparent ces groupes d'individus à des groupes criminalisés ou sectaires reconnus, pour illustrer l'abus de pouvoir, la collusion, la corruption dont ils disaient avoir été la cible ou témoins dans leur milieu de travail. La comparaison avec ces groupes porte sur les stratagèmes utilisés par leurs intimidateurs et l'endoctrinement que subissaient plusieurs infirmières lorsqu'elles se faisaient persuader, par l'intimidateur leader négatif, d'agir de manière intimidante auprès de la cible :

C'est une secte, comme celle de Thériault ! [Réfère à la secte de Roch Thériault où ses disciples l'appelaient *Moïse*. Un criminel canadien condamné à la prison à vie en 1993 et décédé en 2011] C'est comme une secte parce qu'une secte tu obéis à une seule personne et tu fais des affaires graves à la demande de la personne, c'est ça une secte parce qu'ils sont tellement *mindés* [avoir une idée] ou ils ont peur (entretien individuel, infirmière, milieu rural, P23).

Je leur disais c'est la mafia ! (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P29).

Les liens de proximité qu'entretenaient certains membres du personnel avec l'intimidateur leader négatif semblaient empêcher la cible d'intimidation d'établir des relations de confiance avec eux. Ce climat de méfiance, au sein de l'équipe de soins, porte à croire qu'il pourrait nuire aux communications essentielles à la prestation de soins :

Ma collègue travaillait depuis un certain temps avec d'autres membres du personnel, qui me harcelaient, m'insultaient indirectement ou directement. Elle était davantage amie avec eux. C'est sûr que la confiance n'était pas totalement là parce que je savais très bien qu'elle était très, très proche de personnes qui m'insultaient réellement (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P9).

Toujours en lien avec la formation d'alliances dans l'environnement social organisationnel, des participants mentionnent à quel point ils ont eu de la chance, à un certain moment de leur carrière, parce qu'ils se sont retrouvés dans ce qu'ils appellent *le bon clan* au sein de l'équipe de soins. D'après eux, ils ont intégré le groupe dominant de l'équipe en bénéficiant de l'aide d'un collègue, qui était déjà en alliance avec l'intimidateur leader négatif. Cette forme de soutien semble avoir limité leur risque de devenir une cible potentielle d'intimidation.

#### *5.2.3.2.3 Alliances de type racial*

L'analyse met en évidence la formation d'alliances de type racial qui étaient source de tensions en raison des langues parlées, puisqu'elles n'étaient pas comprises par tous les membres de l'équipe. Des participants déplorent le fait que des infirmières se regroupaient selon leurs origines ethniques en parlant uniquement leur langue maternelle entre elles, non pas à la pause, mais dans le cadre de leurs activités professionnelles. Cette manière d'agir, très souvent tolérée par l'employeur, nuisait au climat de travail et contribuait à renforcer la formation de gang dans leur milieu de travail. Les participants ayant été confrontés à ce type de situation rapportent qu'ils se sentaient exclus du groupe et considèrent que la barrière de langue représente un problème de communication nuisible à la prestation de soins, puisque des informations nécessaires pouvaient ne pas être transmises à certains membres de l'équipe de soins :

Il y a deux gangs dans l'équipe. Le gang des X et le gang des Y. Les Y sont en majorité et parlent [leur langue d'origine] sans arrêt au travail. Les préposés, l'assistante vraiment, ils travaillent dans la langue de Y. Il y a une fille d'agence qui vient depuis je ne sais pas combien d'années et parce qu'elle parle [la langue d'origine de Y], elle est acceptée dans leur gang. Imagine, on n'a pas le droit de parler en anglais et eux [Y], ils parlent le [langue d'origine de Y]. Même s'il y a eu des plaintes, ils continuent de parler [langue d'origine de Y]. C'est comme un phénomène de gang qu'on pourrait dire racial, un groupe très fermé (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P29).

#### *5.2.3.2.4 Alliances selon le type de spécialités cliniques*

Une autre forme d'alliances identifiée est celle formée selon le type de spécialités cliniques (ex. : urgence, salle d'opération). Elle est décrite par des participants, qui souhaitaient

développer une spécialité en milieu de travail, comme un monde professionnel difficile à atteindre, laissant supposer l'existence d'une culture de gang sélective :

Les spécialités cliniques c'est un monde fermé ! Hey ! Les urgences, les soins intensifs, la salle d'accouchement, c'est un monde à part et ce n'est pas n'importe qui qui entre là-dedans. Ce sont des clans, des gangs (entretien individuel, clinicienne retraitée, milieu rural, P16).

#### *5.2.3.2.5 Alliances ou cliques connues dans le milieu de pratique*

L'analyse montre également la formation d'alliances ou de cliques connues du personnel de soins et des gestionnaires pour faire la loi, en intimidant et en s'accordant des privilèges par rapport aux autres membres de l'équipe. Dans certains cas, elle implique des membres de la direction qui usent de leur pouvoir pour protéger des employés ou des gestionnaires, en leur accordant une sorte de statut de personne intouchable. Ce type d'alliances empêchait des infirmières intimidées de parler librement et en toute confiance de ce qu'elles subissaient au travail :

Je commence à travailler comme infirmière-chef et je découvre tranquillement toutes les affaires. Je découvre que ce groupe d'infirmières fait la loi sur le département. Elles organisaient leurs propres horaires et faisaient des changements entre elles. Elles donnaient les patientes les plus difficiles aux collègues qu'elles aimaient le moins et elles restaient assises pour jaser. Des filles sont venues me dire : « as-tu remarqué que j'ai toujours les patients difficiles ? » Là, je me suis mise à regarder et j'ai vu que c'était vrai. Je me suis dit qu'il y avait des affaires qui ne fonctionnaient pas dans cette équipe-là. J'ai donc validé ça avec ma coordonnatrice et elle m'a dit : « oui, c'est vrai, c'est un gang et elles sont toutes identifiées, ça fait longtemps. J'ai dit : « mais ça n'a pas de bon sens ! » (entretien individuel, gestionnaire, milieu urbain, P20).

#### *5.2.3.2.6 Alliances synonymes d'exclusion et de stigmatisation*

Certaines alliances sont décrites par des participants comme étant synonymes d'exclusion et de stigmatisation envers certaines personnes, soit en raison de leur statut d'emploi (ex. : infirmière d'agence privée) ou de leurs manières différentes de travailler, faisant en sorte qu'elles étaient rejetées d'emblée par le groupe dominant de l'équipe de soins :

Il y avait des préjugés. Des gens étaient ciblés, entre guillemets, dans le sens qu'on savait, par exemple, qu'une infirmière travaillait plus ou moins bien, ou

tournait les coins ronds, ça se parlait. Des gens qu'on ne voulait pas. Si on avait besoin de quelqu'un dans l'équipe volante pour remplacer un congé férié, par exemple, si l'ASI disait ce sera telle infirmière qui va remplacer. Il y avait tout de suite une réaction, hein ? Quoi ? Ils [collègues] n'en voulaient pas et ça devenait compliqué là. Ce type de comportement-là, ça s'inscrit un peu dans une forme de rejet et d'exclusion, d'étiquetage. Si cette infirmière avait besoin de travailler, mais qu'elle n'était pas sur la liste, on ne la voulait pas ! Oui, l'étiquette était là (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P13).

#### *5.2.3.2.7 Alliances formées par des liens de parenté ou de la communauté*

Enfin, l'analyse révèle des alliances formées par des liens de parenté entre les membres du personnel ou avec des membres de la communauté. Des participants mentionnent que les statuts d'emploi, les rôles et les fonctions de chacun rendaient parfois difficile de parler de leur vécu d'intimidation, puisque l'intimidateur avait très souvent des liens forts, par exemple, avec le gestionnaire de l'équipe de travail ou le directeur général de l'établissement :

Ma directrice me dit : « tu ne peux pas toucher à ton assistante parce que [un membre de sa famille] travaille pour [membre de la direction] et elle ne veut pas qu'on la touche (entretien individuel, gestionnaire, milieu urbain, P20).

En milieu rural, la proximité communautaire semble avoir des retombées négatives sur les relations familiales et parfois sur le voisinage de la cible d'intimidation, en raison des informations qui circulent dans la communauté sur la situation en question :

Ici, tout le monde se connaît ! Il y a des liens familiaux, comme le boss, par exemple, il sort avec la cousine à mon chum et c'est aussi le neveu de mon oncle<sup>8</sup> ; on est tous proches ; des consanguins ! [rire] (entretien individuel, infirmière, milieu rural, P23).

Par ailleurs, des participants issus des zones urbaines, qui avaient fait le choix d'aller exercer la profession en zone rurale, rapportent qu'une fois qu'ils étaient rendus sur le terrain, leur expérience s'est avérée plutôt désastreuse. Bien que les démarches d'embauche se soient pour la plupart bien déroulées, ces participants racontent que dès les premiers moments de leur

---

<sup>8</sup> Afin de préserver l'anonymat des participants, les exemples de liens familiaux présentés sont différents de ceux recueillis dans les données.

venue la situation était tendue, puisque certaines infirmières semblaient les percevoir comme une menace à leur statut d'emploi.

Une infirmière décrit les liens de proximité qu'elle a observés entre des membres du personnel de l'équipe de soins en zone rurale comme étant un phénomène régional, parce que les membres de la communauté se connaissent depuis toujours. Selon elle, non seulement on lui avait fait sentir qu'elle n'avait pas sa place en région, mais lorsqu'elle s'est retrouvée en situation d'intimidation, parce qu'elle était l'étrangère, elle mentionne n'avoir reçu aucune aide ni écoute, mais plutôt une invitation à quitter la région :

C'est là qu'embarque le phénomène régional... oncle, tante, cousins et cousines, tout le monde se connaît ! Ici, il y a un phénomène de gang, de région, d'amis qui ont été au secondaire ensemble et qui ont fait leurs cours d'infirmière ensemble et tout ça [...] c'est toute du monde de la région et ils ne veulent pas que personne de l'extérieur ait leur job : « Hey tu viens icitte, tu veux prendre nos jobs, tu es une voleuse de job ! Une collègue m'a même dit : « je ne suis pas sûre que tu aurais dû acheter ta maison tout de suite » (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P27).

La fille de jour a 500 amis sur son *Facebook*, c'est quasiment la communauté au complet. Elle apportait des dossiers de patients à son domicile, elle a posé un cathéter à l'envers, elle ne faisait pas ses soins de plaies, elle prenait des fournitures, elle a changé une prescription, elle faisait plein d'irrégularités professionnelles, mais elle était protégée par la chef de service, parce qu'elles étaient amies (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P27).

### 5.2.3.3 Acteurs individuels

L'analyse rend compte de l'interrelation d'une triade de personnes impliquées, directement ou indirectement, dans les situations d'intimidation, avec des rôles de cibles, de témoins ou d'intimidateurs. Les prochains paragraphes abordent le profil de chacun de ses acteurs ainsi que leurs différentes postures en situation d'intimidation selon le point de vue de l'infirmière intimidée ou témoin. Plus spécifiquement, il est question : 1) de l'infirmière intimidée selon son point de vue ; 2) de la posture de victimisation de l'infirmière intimidée ; 3) de la posture de riposte ou de résistance de l'infirmière intimidée ; 4) de l'intimidateur selon le point de vue de l'infirmière intimidée ou témoin ; 5) du témoin selon le point de vue de l'infirmière intimidée ou témoin ; 6) de la posture du témoin impliqué auprès de l'infirmière intimidée ; 7) de la posture du

témoin qui se colle à l'intimidateur ; 8) de la posture du témoin défenseur de l'infirmière intimidée ; 9) de la complexité entourant le rôle de témoin ; et 10) de l'absence de témoin.

#### *5.2.3.3.1 L'infirmière intimidée selon son point de vue*

L'analyse permet de mieux comprendre comment les participants se perçoivent eux-mêmes dans leur rôle d'infirmières intimidées. La plupart se considèrent comme des personnes proactives, organisées, déterminées, engagées et emballées par leur travail pour lequel elles aiment relever des défis sur le plan professionnel. Plusieurs participants soulignent qu'ils sont capables d'autoréflexion, de transparence et d'authenticité avec les autres. Selon eux, leurs relations avec la clientèle sont positives et ils aiment éprouver du plaisir avec les patients et leurs familles :

Écoute, moi, je faisais même de la magie avec mes clients ! (entretien individuel, infirmier, milieu urbain, P2).

Qu'elles soient peu ou très expérimentées, la majorité des infirmières intimidées ont, selon leurs dires, un dossier d'employé sans tache et très souvent elles étaient nouvellement engagées ou appelées à exercer de nouvelles fonctions au sein de leur équipe de travail. Elles connaissaient peu leur intimidateur, même si parfois il s'agissait d'un ancien collègue de travail :

Première ou deuxième journée, je me rends compte qu'il y avait une fille avec qui j'avais travaillé à l'urgence et qui travaillait là [nouvel emploi]... J'ai été échaudée à l'urgence ; on m'a fait la vie dure aussi... Cette fille a eu plusieurs mois pour parler de moi. Quand je suis arrivée, certaines filles m'ont demandé : « est-ce que c'est toi qui travaillais à l'urgence ? » Là, moi je ne me doute pas qu'elle a parlé de moi à ce point-là. Donc, je pars déjà avec une prise [contre moi] là (entretien individuel, infirmière, milieu rural, P26).

#### *5.2.3.3.2 Posture de victimisation de l'infirmière intimidée*

L'analyse fait ressortir une posture de victimisation de la personne intimidée. Des participants racontent leur récit d'expériences en se donnant des noms comme souffre-douleur, bouc émissaire, éponge, proie et victime de violence conjugale pour décrire la perception qu'ils avaient d'eux-mêmes lorsqu'ils étaient exposés à des comportements d'intimidation. Ils précisent qu'ils lançaient rarement une riposte à leur intimidateur et se sentaient la plupart du temps impuissants et incapables de se défendre :

J'ai toujours tendance à me dire : « ça ne donne rien de t'obstiner, de te battre. C'est presque comme tend l'autre joue si tu te fais frapper. Je n'ai jamais riposté beaucoup par rapport à l'autorité, ce n'est pas une soumission, je suis toujours quasiment sans réaction (entretien individuel, infirmier, milieu urbain, P2).

#### 5.2.3.3 Posture de riposte ou de résistance de l'infirmière intimidée

Une posture de riposte ou de résistance de l'infirmière intimidée contre l'intimidateur, surtout contre celui qui compromet les soins aux patients, est rapportée par plusieurs participants. Ces derniers refusaient fermement de s'identifier comme une victime d'intimidation, puisque selon eux, cette posture montre une certaine passivité à laquelle ils ne voulaient surtout pas adhérer. De manière générale, leurs discours mettent en évidence leur sens aigu de l'éthique. Ils évoquent le fait qu'ils cherchaient à améliorer la qualité des soins et, si cela s'avérait nécessaire, ils étaient prêts à dénoncer des inconduites et des injustices dans leur milieu de travail. Cette posture de riposte ou de résistance de l'infirmière intimidée prenait des allures de lanceur d'alerte avec des participants qui se percevaient non pas comme une victime, mais plutôt comme une cible d'intimidation. C'est pourquoi, en raison du nombre de participants qui adhèrent à la posture de riposte ou de résistance, les termes cible ou infirmière intimidée sont privilégiés à celui de *victime* dans le cadre de cette étude :

Moi, je ne suis pas une victime, je suis une battante (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P29).

Il y a des gens autour de moi qui sont venus me donner du soutien. Ils disaient : « on te connaît, tu as une éthique de travail, un sens moral à toute épreuve » (entretien individuel, représentante syndicale, milieu rural, P18).

Par ailleurs, il est possible de croire que certains comportements de l'infirmière intimidée, comme le fait de dénoncer des inconduites au sein de l'organisation, pouvaient possiblement irriter des collègues ou l'employeur, et devenir source de conflits, voire inciter certaines personnes à agir de manière intimidante envers eux :

Quand je suis arrivée là-dedans [au CLSC], j'étais comme le *whistleblower* [lanceur d'alerte] à un moment donné, je me suis plainte formellement à l'ASI (entretien individuel, représentante syndicale, milieu rural, P18).

#### 5.2.3.3.4 L'intimidateur selon le point de vue de l'infirmière intimidée ou témoin

L'analyse permet de décrire l'intimidateur selon le point de vue de l'infirmière intimidée. La majorité des participants indique qu'il s'agit d'un collègue, d'un membre de la direction ou d'un subordonné, qui est souvent à l'emploi avant leur arrivée dans le milieu. Selon eux, l'intimidateur est une personne jalouse qui commet des actes d'intimidation pour se protéger de la cible qu'il perçoit comme une personne dérangeante qui menace ses privilèges acquis. Des participants mentionnent que l'intimidateur est une personne délibérément perturbatrice et en quête de confrontation. Plusieurs sont d'avis qu'il a des attitudes et des comportements méprisants, dominants, agressifs et dénigrants envers les autres, surtout envers l'infirmière intimidée, avec laquelle il cherche à créer des conflits. L'intimidateur est aussi décrit comme celui qui, sans avoir de relation d'autorité, affirme son pouvoir sur les autres par des comportements d'intimidation. Dans certains cas, il crée un environnement de travail malsain, voire terrorisant. Des expressions telles que faire des montées de colère, péter sa coque, obstiner sur le travail et se valoriser au détriment des autres sont utilisées pour illustrer la manière d'agir de l'intimidateur :

C'est une personne qui empoisonne l'atmosphère d'une équipe de travailleurs par son négativisme ambiant, sa mauvaise volonté, son insatisfaction chronique, une mauvaise humeur persistante et qui sait, même user de malhonnêteté intellectuelle. Peut-être même qu'elle serait *bitch* [chienne] envers des patients en étant sec et bête, du genre peu disponible à rendre service surtout si cela lui demande l'effort de se lever de sa chaise (e-témoignage, clinicien, milieu urbain, P41).

Des participants précisent que l'intimidateur est généralement reconnu dans le milieu de travail comme étant intouchable. Selon eux, il ne semble pas craindre les conséquences de ses actes et de ses comportements, car il bénéficie très souvent de la coopération d'autres membres de l'équipe de soins pour s'opposer à l'infirmière intimidée, ou encore de réseaux d'alliances pour se protéger. En plus de le qualifier de « baveux inné » pour utiliser l'expression de P9 (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain), des participants cherchaient les motifs et les causes qui pouvaient expliquer les agissements de leur intimidateur. Certains sont d'avis que pour agir de cette manière envers eux, leur intimidateur avait carrément des troubles de santé mentale :

Je pense qu'elles avaient un problème de santé mentale. Je ne suis pas fine, mais ça faisait trouble de la personnalité ces filles-là. Oui, j'ai vraiment l'impression qu'elles avaient des troubles de personnalité. Elles étaient tordues [malveillantes] ça n'avait pas de sens ! (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P10).

La carte situationnelle, présentée à l'Annexe K, donne une vue d'ensemble des acteurs individuels impliqués dans des situations d'intimidation sur le plan clinique, de gestion, de formation, ainsi que lors du processus de plaintes contre un intimidateur dans l'organisation. Dans cette étude, les situations d'intimidation se sont essentiellement produites, de manière réciproque, dans les dyades intimidateur — cible suivantes : 1) infirmière(s) — infirmière(s) ; 2) infirmière(s) — collègue(s) d'autres domaines d'activité (ex. : préposé aux bénéficiaires) ; 3) infirmière(s) — infirmière(s) membres de l'équipe de la direction (ASI/ICASI, gestionnaire [cadre intermédiaire]) ; 4) infirmière(s) — employeur (gestionnaire(s) d'autres domaines d'activité, membre(s) des ressources humaines) ; 5) infirmière(s) — membre(s) du syndicat ; 6) infirmière(s) ou étudiante(s) infirmière(s) — membre(s) du domaine de la formation (enseignant, précepteur, membre de la direction responsable de la formation en CH) ; et 7) infirmière(s) — collègue(s) — employeur [membre(s) de la direction]. Cette dernière dynamique semble survenir lorsque l'infirmière intimidée est en processus de plainte contre un intimidateur.

#### *5.2.3.3.5 Le témoin selon le point de vue de l'infirmière intimidée ou témoin*

Une grande proportion des participants déclare avoir été témoins de situations d'intimidation dans leur milieu de pratique. Selon eux, le témoin représente la tierce personne, qui était présente lorsque leurs situations d'intimidation se sont produites, il fait partie intégrante de la triade intimidateur — cible — témoin. Trois postures de témoin ressortent de l'analyse et sont présentées dans les prochains paragraphes.

#### *5.2.3.3.6 Posture du témoin impliqué auprès de l'infirmière intimidée*

La première posture correspond à celle du témoin qui s'implique auprès de l'infirmière intimidée dans une intention de l'aider, mais en restant en retrait de la situation d'intimidation. Dans ce contexte, le témoin est décrit comme prenant généralement parti pour l'infirmière intimidée, en la soutenant avec des actions comme la mettre en garde contre les inconduites

d'autres collègues ou de l'employeur ou en validant ses perceptions d'être la cible de comportements d'intimidation :

Plusieurs de mes collègues étaient témoins. Il y en a une qui m'a dit : « c'est effrayant ce qu'elle [intimidatrice] t'a fait dans la rencontre tantôt ». Je lui ai dit : « tu l'as vue ? Tu l'as vue ? » Elle dit : « oui, je l'ai vue et ça n'a pas d'allure ». J'ai dit : « qu'est-ce que je dois faire ? » Elle n'allait pas plus loin (entretien individuel, conseillère clinique, milieu urbain, P24).

Les participants ont mentionné que ce type de témoin aidant avait joué un rôle d'influence sur eux en les incitant, par exemple, à porter plainte contre l'intimidateur :

Mes trois [collègues] sont venues auprès de moi. Elles m'ont dit : « ça n'a pas d'allure, tu vas faire une plainte. Tu appelles telle personne. Oui, tu appelles aux ressources humaines (RH) et tu vas faire une plainte ; c'est tolérance zéro ! » (entretien individuel, conseillère clinique, milieu urbain, P24).

#### *5.2.3.3.7 Posture du témoin qui se colle à l'intimidateur*

La deuxième posture de témoin réfère à celle où il se colle à l'intimidateur pour utiliser l'expression de P20. Cette participante compare le rôle de témoin aux principes de la chaîne alimentaire, en ce sens que « le plus gros poisson mange l'autre et il y a les petits poissons qui vivent à la charité du gros poisson et ça, ce sont nos témoins (entretien individuel, gestionnaire, milieu urbain, P20). Cette image illustre comment le témoin adhère à la position de l'intimidateur, en acceptant les comportements d'intimidation qu'il faisait subir à la cible. La simple présence de ce type de témoins suppose qu'ils contribuent à maintenir les situations d'intimidation.

#### *5.2.3.3.8 Posture du témoin défenseur de l'infirmière intimidée*

Enfin, la troisième posture de témoin représente celle où il intervient auprès de certains membres de l'équipe de travail pour désapprouver publiquement les comportements de l'intimidateur. Ce rôle de défenseur de l'infirmière intimidée est peu évoqué par les participants. En général, les actions de ces témoins prennent la forme d'une intervention verbale à l'endroit de l'intimidateur pour freiner ses élans envers l'infirmière intimidée. Néanmoins, cette posture du témoin semble le pousser à se réfugier dans une certaine neutralité, puisqu'il ne prend généralement ni le parti de l'infirmière intimidée ni celui de l'intimidateur, qu'il ne veut surtout pas se mettre à dos :

Quand ma collègue entendait une fille parler contre une collègue, elle lui disait : « tu n'as jamais commencé toi ? Tu ne te souviens pas quand tu as commencé ? Est-ce que tu étais aussi bonne que là ? » Elle prenait un peu la part de la fille [cible] sans nécessairement aller piquer l'autre [intimidatrice]. Elle lui disait : « écoute, on commence toutes quelque part. Souviens-toi du moment où tu as commencé ! » Elle le disait à la salle de pause pour que les gens l'entendent. C'était comme la sage de la place (entretien individuel, infirmière, milieu rural, P26).

#### *5.2.3.3.9 Complexité entourant le rôle de témoin*

Indépendamment du fait que le témoin soit aidant auprès de l'infirmière intimidée, qu'il adhère à la position de l'intimidateur ou qu'il choisisse de désapprouver publiquement des comportements d'intimidation envers l'infirmière intimidée, tout en demeurant neutre face aux parties impliquées, la plupart des participants témoins d'intimidation expriment à quel point il est compliqué d'être témoin dans ce contexte. Ils expliquent qu'ils se sentaient pris dans une position qui les avait empêchés d'intervenir pour faire cesser l'intimidation. Les trois principales raisons évoquées sont les relations interpersonnelles qu'ils avaient développées, tant avec l'infirmière intimidée qu'avec l'intimidateur, le manque de ressources dans le milieu de travail pour les aider et surtout les craintes de vivre des représailles :

Il y a quelque chose à faire au niveau du témoin, j'y crois. Mais, maintenant que j'ai été moi-même vraiment intimidée et harcelée dans le vrai sens du mot, je me rends compte que ce n'est pas aussi facile que ça d'être témoin. C'est un rôle hum... une position extrêmement difficile (entretien individuel, gestionnaire, milieu urbain, P20).

Pourquoi on n'est pas capable de prendre position et de défendre celui qui n'a pas de défense ? (entretien individuel, conseillère clinique, milieu urbain, P24).

Des participants rapportent qu'ils craignaient de prendre des mesures contre l'intimidateur en raison des conséquences potentielles qu'ils percevaient s'ils témoignaient. Ce refus de s'impliquer ou, plus précisément, cette crainte ressentie par le témoin semble particulièrement criant, lorsque l'emploi est perçu comme étant en jeu. Ce genre de situation par rapport aux témoins est corroboré par les participants qui se sont engagés dans un processus de plainte contre leur intimidateur, alors que des témoins étaient appelés à témoigner en leur

faveur. Selon eux, tous les témoins les ont laissé tomber, à un moment ou un autre de leur processus de plainte contre leur intimidateur :

J'ai appelé ma collègue qui avait été témoin et je lui ai dit : « te rappelles-tu quand il [intimidateur] a dit ça ? » Elle m'a dit : « Ah ! Oui » je lui ai demandé : « voudrais-tu venir témoigner ? » Elle m'a dit : « non, je ne veux pas perdre ma job » (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P21).

#### *5.2.3.3.10 Absence de témoin*

L'absence de témoin lors de situations d'intimidation est aussi évoquée par des participants, surtout ceux qui l'ont vécue lors d'une rencontre individuelle avec leur supérieur immédiat. Ce contexte de rencontre limitait leurs possibilités de se défendre tant pendant l'événement qu'après celui-ci :

Il [supérieur immédiat] m'a convoquée. Rendu là, j'étais sûre qu'il était pour perdre le contrôle. Il était tellement rouge, là. Ah ! Il était enragé, oui, enragé, il parlait fort [...] j'étais toute seule dans le bureau avec lui, un tout petit bureau. Il n'était vraiment pas loin physiquement et là je me dis s'il dérape je fais quoi ? Je suis dos à la porte... (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P13).

### **5.2.4 Quelles conditions macrosociologiques contribuent à la création de situations d'intimidation ?**

L'analyse met en évidence quatre conditions situationnelles macrosociologiques contributives à la création de situations d'intimidation. Elle permet aussi d'identifier qui sont les différents acteurs collectifs impliqués dans les situations d'intimidation et quels discours sociaux légitiment la création de telles situations. Les conditions situationnelles macrosociologiques représentent des conditions de travail, des lois et des politiques organisationnelles et gouvernementales, des acteurs collectifs et des discours sociaux dominants (Figure 9).

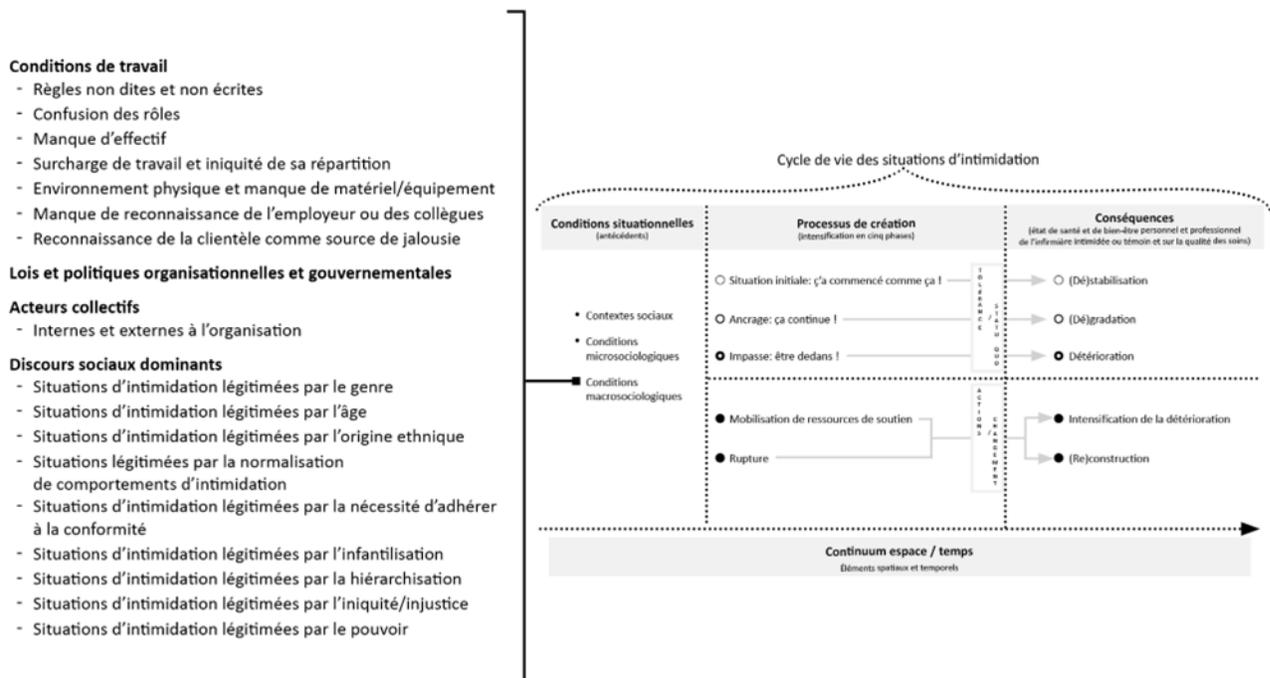


Figure 9. – Conditions macrosociologiques des situations d'intimidation.

#### 5.2.4.1 Conditions de travail

Sept conditions de travail ressortent du discours de la majorité des participants : 1) les règles non dites et non écrites ; 2) la confusion des rôles ; 3) le manque d'effectif ; 4) la surcharge de travail et l'iniquité de sa répartition ; 5) l'environnement physique et le manque de matériel/équipement ; 6) le manque de reconnaissance de l'employeur ou des collègues ; et 7) la reconnaissance de la clientèle comme source de jalousie. Elles sont décrites dans les prochains paragraphes.

##### 5.2.4.1.1 Règles non dites et non écrites

Plusieurs participants parlent de règles non dites et non écrites établies généralement par les membres de l'équipe de travail. Selon eux, il s'agit de règles souvent implicites qui conditionnent la manière dite appropriée de travailler, soit celle qui est acceptée par les membres de l'équipe : « c'est de même que ça marche ici ! » (entretien individuel, gestionnaire, milieu rural, P25). De leur avis, ces règles implicites internes servent souvent à « mettre [un nouvel employé] à notre main en lui montrant que c'est de même que ça va marcher » (entretien individuel,

infirmière, milieu rural, P26). Le bouleversement et le non-respect de ces règles semblent constituer une source de conflit, menant à la création de situations d'intimidation :

Quand tout le monde dans l'hôpital a le droit à 1 h 30 de dîner et de pause et qu'elles [collègues] accordent seulement 1 h 15 parce qu'elles disent que c'est censé être de même [...] Ah ! Ils ont plein de petits règlements, des règlements de l'unité et même du quart de travail littéralement là. C'est le groupe qui les détermine ! (entretien individuel, étudiante/formation, milieu urbain, P14).

#### 5.2.4.1.2 Confusion des rôles

Des participants indiquent qu'en arrivant en poste, le mandat n'était pas toujours clair, traduisant ainsi une méconnaissance manifeste du rôle et des fonctions attribuées. Plusieurs mentionnent qu'ils ne savaient pas en quoi consistaient leurs activités professionnelles, puisqu'elles chevauchaient les activités d'autres collègues ayant un titre professionnel différent au sein de la même équipe de travail, faisant de ces zones grises des sources de tensions interpersonnelles :

Dans ce milieu de soins [hébergement], il y a une infirmière clinicienne et une infirmière auxiliaire. Combien de fois j'ai avisé ma collègue [non professionnelle de la santé] tu n'as pas besoin de donner les médicaments, c'est notre rôle, on est là ! Mais non, elle partait, en passant en arrière de nous, en riant, en nous regardant, en prenant le *Dispill* [type de pilulier] et en allant, quand même, les donner aux patients (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P13).

La confusion des rôles est décrite par plusieurs participants comme un irritant majeur du fait que certains collègues n'avaient « pas l'air de savoir où était leur place » (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P7). Des participants s'inquiétaient du fait que des activités professionnelles étaient exercées par des personnes qui n'avaient ni le titre ni les compétences reconnues. P27 raconte qu'au moment où elle a obtenu le poste d'assistante-infirmière-chef, elle a constaté que c'était une infirmière auxiliaire qui remplissait les fonctions d'assistante avant son arrivée. Elle précise que cette dernière lui a exprimé, sur un ton condescendant, qu'elle pouvait très bien faire les tâches d'une assistante, en plus de lui reprocher d'avoir obtenu ce poste, car pour cette raison, elle avait perdu la prime que l'employeur lui accordait pour assumer ce rôle par intérim.

La confusion des rôles est aussi expliquée par les fréquents changements de chaises ou les doubles rôles tenus par des infirmières de la même équipe de travail, à différents moments de la semaine. Par exemple, certains jours, une infirmière clinicienne pouvait agir à titre de clinicienne et, d'autres jours, à titre d'infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat (ICASI) :

Ça peut semer de la confusion tous ces rôles différents. Je pense que pour l'équipe c'était difficile de démêler ça parce qu'une journée elle [intimidatrice] était une collègue et l'autre journée elle était adjointe du gestionnaire. On savait qu'elle avait deux rôles, mais il y avait de la confusion, ça nous situe dans le contexte (entretien individuel, gestionnaire, milieu rural, P25).

#### *5.2.4.1.3 Manque d'effectif*

Quelques participants abordent le manque d'effectif, en expliquant qu'il résulte principalement de pratiques managériales visant délibérément à nuire à la qualité de vie au travail :

D'habitude on était deux la fin de semaine parce que le samedi c'est fou il y a beaucoup de demandes, mais là c'était les vacances pas remplacées. Tu es toute seule, tu ne dînes pas, tu ne prends pas de pause et tu finis à 17 h heures parce que tu veux réussir à voir toutes les urgences. On disait à la direction : « ça ne marche plus là, il faut que vous fassiez venir une infirmière d'agence, n'importe qui, appelez une agence, on va la former et on va la mettre à temps plein pour l'été ». Ils [gestionnaires] n'ont rien fait et ça a créé des tensions (entretien individuel, clinicienne, milieu rural, P19).

#### *5.2.4.1.4 Surcharge de travail et iniquité de sa répartition*

L'augmentation de la charge de travail, surtout de la charge mentale, est manifeste pour certains participants :

On n'a pas le temps. C'est comme : « parle vite parce que j'ai trop d'affaires à faire ! ». On est toutes comme ça. On est toutes tellement inondées, mais tellement ! C'est pour ça que les filles tombent comme des mouches. À un moment donné, elles n'en peuvent plus. Il y en a une qui va pleurer et il y en a une qui en prend soin... (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P12).

D'autres parlent de la répartition inéquitable de la charge de travail entre les infirmières comme d'un déséquilibre dans l'organisation du travail qui fait naître un fort sentiment d'injustice qui est à l'origine de tensions vives au sein de l'équipe. L'iniquité est rapportée par plusieurs participants sous l'angle de la tâche ou du poste occupé. Selon leurs dires, certains gestionnaires

donnaient volontairement des cas lourds à l'infirmière intimidée, afin de la décourager et de l'inciter à quitter son poste. La charge de travail et sa répartition inéquitable semblent contribuer à la création des situations d'intimidation, voire à envenimer celles déjà existantes :

Ma supérieure immédiate [intimidatrice] me donnait les cas les plus lourds. Des cas absolument difficiles. J'avais onze patients palliatifs et quand je lui ai dit : « écoute, pour un bout de temps, ne me donnez plus de palliatifs » parce qu'en plus d'avoir des palliatifs, j'avais des cas lourds où chaque visite demandait entre une heure et une heure et demie d'intervention. Aucune autre infirmière n'avait des cas comme moi. Quand j'ai mentionné ça devant l'équipe multidisciplinaire et à d'autres collègues, ils ont dit : « oh ! 11 cas de palliatifs ! » J'ai dit : « là, vraiment je suis drainée. » Juste une semaine plus tard, elle [intimidatrice] m'a encore donné des cas énormément complexes... (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P6).

#### *5.2.4.1.5 Environnement physique et manque de matériel/équipement*

L'environnement physique et le manque matériel/équipement nécessaire pour accomplir les tâches exigées constituent une source de tensions pouvant mener à des situations d'intimidation. Plusieurs participants déplorent, par exemple, l'espace physique inadéquat ou l'absence d'un espace de travail attribué pour leur permettre de réaliser leurs activités professionnelles :

Pendant un an je n'ai jamais su quel était mon bureau au CLSC. Je n'ai jamais su quel était mon téléphone et pourtant j'appelais ma gestionnaire pour lui demander : « où est mon local ? Quel bureau m'est attribué ? » Elle n'a jamais répondu à ce courriel-là. À un moment donné, je me suis même squatté [accaparer] un bureau, il fallait que je m'installe (entretien individuel, clinicien, milieu urbain, P4).

De l'avis de plusieurs participants, le manque de matériel/équipement pour soigner est si criant dans le RSSS que certains d'entre eux disent se le procurer eux-mêmes. D'autres considèrent qu'il s'agit de moyens utilisés par l'employeur pour intimider :

Je n'avais pas de téléphone ! Pourtant, chaque infirmière est responsable de patients qui connaissent le numéro de l'extension téléphonique de leur infirmière. Tous les jours, il faut appeler les patients pour leur dire vers quelle heure tu vas passer les voir. C'est ça la santé communautaire, mon Dieu ! Tu as besoin de communiquer avec les pharmacies, les autres infirmières, les hôpitaux, les médecins et les familles des patients. Ma patronne m'a dit : « Ben,

tu vas utiliser le téléphone des autres ». Mais, les autres sont tout le temps au téléphone (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P6).

Ma collègue m'a demandé : « pourquoi as-tu acheté un saturomètre ? » J'ai dit : « regarde on en a trois ici pour 25 infirmières [...] j'en ai besoin pour travailler ! » (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P12).

En général, les difficultés liées à l'environnement physique et au matériel/équipement sont abordées par les participants, non pas au regard de leur propre bien-être au travail, mais plutôt en fonction de la réponse aux besoins de leur clientèle. Pour plusieurs, mise à part la situation d'intimidation qu'ils vivaient, leur principal souci était que ces conditions les empêchaient d'offrir des soins de qualité.

#### *5.2.4.1.6 Manque de reconnaissance de l'employeur ou des collègues*

Le manque de reconnaissance de l'employeur envers le travail du personnel infirmier est une autre condition de travail considérée comme favorable à la création des situations d'intimidation :

Tu sais, mon travail actuel [clinicienne] ne me valorise pas du tout. Au contraire, il me tire vers le bas. La tape dans le dos [encouragement] ne vient jamais. Mes collègues et moi on dit tout le temps : « on a la claque sur la gueule » au lieu de la tape dans le dos qui nous dirait : « *good job* [bon travail] les filles vous avez descendu vos temps d'attente ». Non, elle [intimidatrice] entre dans le bureau, ne te dit pas bonjour et crie (entretien individuel, clinicienne, milieu rural, P19).

Le manque de reconnaissance des compétences par les collègues est aussi rapporté par plusieurs participants expérimentés, qui se sont retrouvés dans un statut de nouvel employé. P27 raconte que même si elle détenait plus de 20 ans d'expérience professionnelle dans un poste similaire à celui qu'elle venait d'obtenir, on lui posait des questions, comme si elle débutait sa carrière :

La deuxième journée d'orientation, je suis avec deux infirmières qui me disent : « sais-tu comment mettre des gants ? Sais-tu comment on se jaquette ? » Ben, là franchement, j'ai plus de vingt ans d'expérience dans ce domaine... (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P27).

#### 5.2.4.1.7 Reconnaissance de la clientèle comme source de jalousie

Quelques participants expliquent qu'ils devaient souvent demeurer très discrets lorsqu'ils recevaient de la gratitude et des remerciements de la part des patients et de leurs familles, puisque cette reconnaissance de la clientèle semblait générer de la jalousie chez certains de leurs collègues, qui ne manquaient pas de le leur faire savoir avec des comportements d'intimidation infligés à leur endroit. Pour éviter de se faire intimider, la plupart des participants indiquent qu'ils freinaient les élans de gratitude que leur clientèle leur adressait, limitant ainsi toute forme de reconnaissance dans le cadre de leur travail :

Quand j'arrivais le soir, le patient était content de me voir et me disait, quand je passais les médicaments : « si ce n'est pas ma noire [cheveux noirs] à soir ! » (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P27). Mais, il ne faut pas qu'il y ait de ça [reconnaissance] parce que ça fait de la jalousie dans l'équipe, il faut dire aux patients en chuchotant : « non, non, non, non, svp, svp, non » (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P28).

À partir du moment où tu es bien aimé des patients et des familles, ça ne marche pas dans l'équipe de travail (entretien dyadique, infirmières, milieu rural, P27 et P28).

#### 5.2.4.2 Lois et politiques organisationnelles et gouvernementales

Des participants révèlent qu'ils ont tenté, en vain, de recourir aux politiques et aux lois québécoises censées les protéger en matière de santé et de sécurité au travail et contre le harcèlement psychologique (forme d'intimidation). Certains ont contacté la CNESST<sup>9</sup>, mandatée pour assurer l'encadrement de la Loi sur la santé et la sécurité au travail (LSST) et la Loi sur les normes du travail (LNT). Une seule participante indique avoir obtenu les services de la CNESST pour l'aider dans son processus de plainte, contre l'intimidation qu'elle vivait au travail :

J'ai été plus haut que la directrice pour porter plainte, j'ai déposé une plainte à la CSST contre mon employeur. Après avoir fait une plainte contre son employeur, la CSST va tout de suite à l'employeur. Il y a beaucoup de questions qui sont posées et vraiment il y a une enquête (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P9).

---

<sup>9</sup> CNESST : Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail depuis 2016, anciennement nommée CSST Commission de la santé et de la sécurité du travail.

L'absence d'un processus clair de dénonciation à ce sujet est évoquée par de nombreux participants qui considèrent ces lois et politiques comme inefficaces :

Il n'y a aucun processus établi et réel dans les établissements pour que les membres du personnel puissent dénoncer des choses qu'ils voient dans leur milieu de travail. On a demandé qu'il y ait des politiques d'établies. Ben, il n'y en a pas de processus pour que les employés dénoncent (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P21).

Certains participants affirment que les politiques organisationnelles mises en place le sont uniquement à des fins politiques pour faire bonne figure et, que dans les faits, elles ne sont pas appliquées ou, si elles l'étaient, « la politique était utilisée toute croche » (entretien individuel, infirmière, milieu rural, P26), en plus de se retourner contre le plaignant qui est perçu comme la cause du problème :

La politique de tolérance zéro, quand on écrit une chose, il faudrait y croire. Il faudrait la sentir pour de vrai (entretien individuel, conseillère clinique, milieu urbain, P24).

C'est tolérance zéro pour une façon d'aborder quelqu'un. J'applaudis cette dynamique-là, mais il n'y a pas de conséquences et s'il y en a c'est quoi qui arrive ? C'est là qu'il y a un trou. On remet le problème hum... très souvent ça fini par être la victime qui est responsable du problème soulevé (entretien individuel, IPS, milieu urbain, P15).

#### 5.2.4.3 Acteurs collectifs

L'analyse rend compte d'acteurs collectifs internes et externes à l'organisation impliqués directement ou indirectement à un moment ou un autre dans le vécu d'intimidation des participants. Il s'agit de collègues membres de l'équipe de soins élargie (en cliques), de membres de la haute direction, y compris des gestionnaires de niveau supérieur et intermédiaire, de membres du personnel des ressources humaines, du conseil d'administration et du bureau de santé de l'établissement. Tous ces acteurs, représentants de l'employeur sont reconnus, par la majorité des participants, pour avoir la responsabilité et le pouvoir de faire cesser les situations d'intimidation et d'assurer un environnement de travail exempt de violence. La plupart des participants révèlent que ces acteurs influents au sein de l'organisation ne reconnaissent pas l'intimidation dans leur milieu de travail comme étant une grande priorité figurant à leur agenda :

Moi, je pense que notre problème c'est l'employeur au départ (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P21).

Cette forme de gestion désengagée face à l'intimidation a créé une espèce de confusion et de laisser-aller dans mon équipe de travail (entretien individuel, clinicien, milieu urbain, P4).

Au contraire, il semble que ces acteurs collectifs internes prenaient plutôt position contre l'infirmière intimidée qui faisait une plainte, en doutant d'elle, en minimisant ses allégations, en la blâmant ou en croyant l'intimidateur :

Le gestionnaire finit toujours par prendre un parti (entretien individuel, représentante syndicale, milieu rural, P18).

De nombreux participants considèrent que certains de ces acteurs, y compris le syndicat, deviennent eux-mêmes des intimidateurs, puisqu'ils avaient contribué activement ou passivement à maintenir, voire à intensifier leurs vécus d'intimidation. Plusieurs révèlent que certains de ces acteurs collectifs avaient fait d'eux une personne intimidée devenue la cible de l'organisation, alors qu'ils étaient en processus de plainte formelle contre l'intimidateur et, très souvent, à la recherche de soutien pour protéger la clientèle. Le comité des usagers, le conseil des infirmières et des infirmiers (CII), le comité d'éthique sont d'autres exemples d'acteurs collectifs internes sollicités par des participants qui cherchaient de l'aide au sein de l'organisation pour protéger les patients et leurs familles, en raison d'inconduites éthiques observées, mais l'inaction de ces acteurs s'avérait manifeste d'après ces participants.

Pour ce qui est des acteurs collectifs externes, il est surtout question d'instances impliquées, directement ou indirectement, dans les dossiers de plaintes des participants contre l'intimidation vécue dans leur milieu de travail. Il s'agit, entre autres, de l'association des cadres, de la CNESST, de la Commission des lésions professionnelles (CLP), du Bureau d'évaluation médicale (BEM), de la Commission des relations du travail (CRT), du tribunal administratif du travail, des Corps de police (GRC, Sûreté du Québec [SQ] et municipale), d'un ordre professionnel (OIIQ et OIIAQ) et du protecteur du citoyen. La liste des acteurs collectifs internes, sectoriels et intersectoriels impliqués directement ou indirectement dans les situations d'intimidation à l'étude figure sur la carte situationnelle présentée à l'Annexe K.

#### 5.2.4.4 Discours sociaux dominants

Les participants abordent fréquemment des discours sociaux dominants qui, selon leurs dires, légitiment les situations d'intimidation dans leur milieu de pratique. Il s'agit du genre, de l'âge, de l'origine ethnique, de la normalisation de comportements d'intimidation, de la nécessité d'adhérer à la conformité, de l'infantilisation, de la hiérarchisation, de l'iniquité/injustice et du pouvoir.

##### *5.2.4.4.1 Situations d'intimidation légitimées par le genre*

Des participants parlent du monde infirmier, en soulignant qu'il correspond à un monde majoritairement composé de femmes. Pour certains, cette réalité liée au genre féminin pourrait expliquer la présence de situations d'intimidation dans leur milieu de travail. Quelques participants (des hommes) expriment s'être parfois senti comme un étranger, voire un marginal appartenant à un groupe minoritaire au sein de la profession, ce qui, selon eux, les rendait plus vulnérables à l'intimidation, selon les contextes :

Je suis un gars... ce sont des femmes donc, il y a déjà une distance. Le genre dans la profession, moi je pense que ça a un impact avec ce que j'ai vécu [intimidation] [...] Je trouvais qu'il y avait une espèce de coalition féminine dans le sens qu'il y a des femmes, il n'y a pas beaucoup d'hommes et nous sommes les intrus. Je sentais cette espèce de guerre de sexisme, de féminisme, c'est comme un territoire protégé [silence]. En plus, la violence psychologique, c'est très fréquent chez les femmes (entretien individuel, clinicien, milieu urbain, P4).

Des participantes soulignent quant à elles l'influence positive des hommes sur la dynamique d'un groupe d'infirmières. Elles accueillent favorablement leur manière de régler des conflits interpersonnels, en la décrivant comme étant plus ouverte et directe que celle des femmes :

On le voit quand il y a un membre masculin dans une équipe d'infirmières. Ça change la dynamique. On dirait qu'il y a un coq dans le poulailler. Je ne sais pas comment dire ça [...] les hommes disent : « ben, c'est un monde de femmes ! C'est de l'hypocrisie, ça se parle dans le dos... Les gars, eux, ils se parlent fort et ça finit là ! Moi, je suis un peu de ceux qui se parlent et c'est réglé (entretien individuel, IPS, milieu urbain, P15).

#### 5.2.4.4.2 Situations d'intimidation légitimées par l'âge

L'âge représente un autre discours dominant évoqué par des participants comme discours légitimant des situations d'intimidation. La plupart d'entre eux reconnaissent que l'intimidation concerne autant le jeune personnel infirmier que le plus âgé et, que les situations peuvent se produire dans les deux sens :

C'est dans les deux sens. À la base, là où il y a du harcèlement professionnel [forme d'intimidation] il n'y a pas de jeune à vieux ou de vieux à jeune ! On s'arrête à ce qu'il y a du harcèlement professionnel intense qui se fait et tu ne peux pas travailler dans des conditions comme ça (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P21).

L'analyse révèle toutefois l'existence d'une discrimination fondée sur l'âge de la part de l'employeur qui semble ancrée dans les pratiques du RISS, en touchant majoritairement des membres du personnel infirmier en fin de carrière :

Cette gradation des mesures disciplinaires, qui n'a pas été faite par l'employeur, me prouve que c'est : « Regarde, lui là, on va s'arranger pour qu'il sacre son camp. Il est rendu vieux, il est au *top* de l'échelle de technicien. Regarde, on va s'arranger pour ça et ça ne paraîtra pas » (entretien individuel, infirmier, milieu urbain, P2).

#### 5.2.4.4.3 Situations d'intimidation légitimées par l'origine ethnique

Des participants affirment avoir reçu ou été témoins de propos à teneur raciale, dans leur environnement de travail. Cette forme de discrimination, menant à des situations d'intimidation, fait partie de quelques récits d'expériences, comme en témoignent les extraits suivants :

Le patron était très raciste. Les infirmières auxiliaires à la ressource avaient toutes la peau noire. Il me disait que c'étaient des journées Haïti et que pour travailler à cette ressource, il fallait être Noir [...] Il avait de gros préjugés (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P13).

Dès que j'ai commencé comme gestionnaire dans le secteur anglophone, une infirmière m'a dit : « tu as besoin d'être bonne et de prendre tes vitamines parce que tu as déjà deux *strikes* [prises au baseball] contre toi. Tu es blanche et tu es francophone [silence] » [...] il y avait un clan racial (entretien individuel, gestionnaire, milieu urbain, P20).

#### *5.2.4.4.4 Situations légitimées par la normalisation de comportements d'intimidation*

Un autre élément des discours légitimant des situations d'intimidation est celui portant sur la normalisation de comportements d'intimidation commis à l'endroit de l'infirmière intimidée par l'intimidateur, qui considère ce type de situation tout à fait normale dans le milieu de travail, mettant ainsi de l'avant une culture de tolérance de ce problème social :

J'ai eu une rencontre avec les ressources humaines et on m'a dit pourquoi n'acceptez-vous pas que l'on vous parle rudement, alors que c'est connu que les chirurgiens en salle d'opération lancent les instruments aux infirmières et elles ne viennent pas se plaindre (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P12).

#### *5.2.4.4.5 Situations d'intimidation légitimées par la nécessité d'adhérer à la conformité*

D'autres participants rapportent des éléments relatifs à la nécessité d'adhérer à la conformité pour légitimer des situations d'intimidation. Ils réfèrent, par exemple, au fait d'entrer dans un moule. Sous cet angle, l'analyse rend compte d'un mode de fonctionnement, selon lequel les infirmières devaient adopter un modèle social imposé, ce qui semblait limiter toute possibilité d'émancipation professionnelle :

La représentante syndicale me dit : « vous cherchez la chicane, hey ! Rentrez dans le moule ! ». Hey ! Un syndicat qui nous dit d'entrer dans le moule, ça se peut tu ? (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P21).

#### *5.2.4.4.6 Situations d'intimidation légitimées par l'infantilisation*

Des participants révèlent qu'ils se sont sentis infantilisés dans leur rôle professionnel par des collègues, l'employeur ou des enseignants. L'infantilisation est décrite par des participants comme une expérience négative pouvant mener à une perte d'identité professionnelle :

C'était vraiment ça, tu n'es plus la professionnelle, tu es la petite fille qui va se faire gronder par papa ou maman [lorsque convoqué pour « passer dans le bureau »] (entretien individuel, gestionnaire, milieu rural, P25).

C'est souvent arrivé, dans des situations [réfère au stage] où on avait une préceptrice qui était [silence] complètement terrible, si je peux me permettre, parce qu'elle agissait comme si on était des enfants en garderie (entretien individuel, étudiante/formation, milieu urbain, P14).

#### 5.2.4.4.7 Situations d'intimidation légitimées par la hiérarchisation

La structure hautement hiérarchisée du RSSS est également considérée comme propice à créer des situations d'intimidation. La hiérarchisation au sein du domaine des soins, telle que décrite par des participants, semblait créer une division entre les personnes qui contribuait à perpétuer une culture d'intimidation :

Il y a des classes ! Quand j'étais préposée, j'étais prise avec une infirmière absolument exécrationnelle avec les préposés. Pour elle, on était tous des incapables ! Les préposés m'ont dit : « tu devrais lui dire que tu es étudiante en sciences infirmières, elle va mieux te traiter ». J'ai dit : « non, à moins qu'elle me pose la question ». C'étaient mes premiers contacts dans le RSSS. Ce que je trouvais plate [décevant] c'était surtout quand le personnel infirmier apprenait que tu étais étudiante infirmière, là, c'était wow ! Sinon, ça partait mal, j'étais juste préposée. En plus, les employés ont des uniformes de couleurs différentes pour distinguer les différents membres de l'équipe, ce qui ajoute un peu à la hiérarchisation pour le travail d'équipe (entretien individuel, étudiante/formation, milieu urbain, P14).

#### 5.2.4.4.8 Situations d'intimidation légitimées par l'iniquité/injustice

Un autre élément des discours dominants évoqué par de nombreux participants représente la perception de subir une iniquité/injustice. Pour plusieurs participants, il est difficile de vivre avec l'injustice manifeste dans le RSSS, qui prend essentiellement la forme d'abus de pouvoir dans lequel le favoritisme et le non-respect des règles sont flagrants (ex. : règles d'ancienneté). Dans certains cas, l'iniquité devenait visible, même aux yeux de la clientèle :

Le patient m'a dit : « vous êtes comme Cendrillon ! Vous êtes la seule à travailler. Les deux autres [collègues] sont assises et quand la boss [patronne] arrive, elles se lèvent. Depuis le début, vous êtes la seule à travailler, quand je suis arrivé à 11 h, les deux étaient assises » [...] Je savais que ces infirmières ne travaillaient pas, mais je ne voulais pas que la clientèle voie ça (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P28).

Ce sentiment de vivre une injustice est particulièrement présent dans les récits d'expériences des participants, qui se sont engagés dans un processus formel de plainte contre leur intimidateur, ce que plusieurs comparent à une erreur judiciaire :

On est obligé de vivre avec une situation, une injustice incroyable qui vient te chercher au bout de tes cellules qui sont brimées (P28). Ah ! ce sont tes cellules,

c'est ton intégrité, ta dignité, ta réputation, ton estime de soi, ta confiance (P27). Tout est tombé (P28). Oui, tout est à terre (P27) (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P27 et P28).

#### 5.2.4.4.9 Situations d'intimidation légitimées par le pouvoir

La notion de pouvoir est décrite par des participants sous différents angles. Il est question d'avidité de pouvoir, menant à une forme de valorisation, du pouvoir d'influence sur d'autres, de celui menant à la prise de contrôle, par exemple, d'un service ou d'un département et du pouvoir comparé à une sorte de *game* qui se joue dans le milieu de travail :

Ces filles-là [intimidatrices] avaient un pouvoir informel, et formel aussi, parce qu'elles prenaient des décisions et ça les valorisait tout le temps là ! (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P10).

Ce sont des *games* de pouvoir et il faut savoir naviguer là-dedans ! Je savais que si j'allais confronter directement [certains membres de l'équipe de soins] j'aurais la vie dure parce qu'ils iraient rallier des infirmières contre moi (entretien individuel, gestionnaire, milieu urbain, P20).

### 5.2.5 Comment l'espace est-il un élément constitutif des situations d'intimidation ?

L'espace physique, le cyberspace et l'espace téléphonique sont les principaux éléments spatiaux constitutifs des situations d'intimidation rapportés par la majorité des participants (Figure 10).

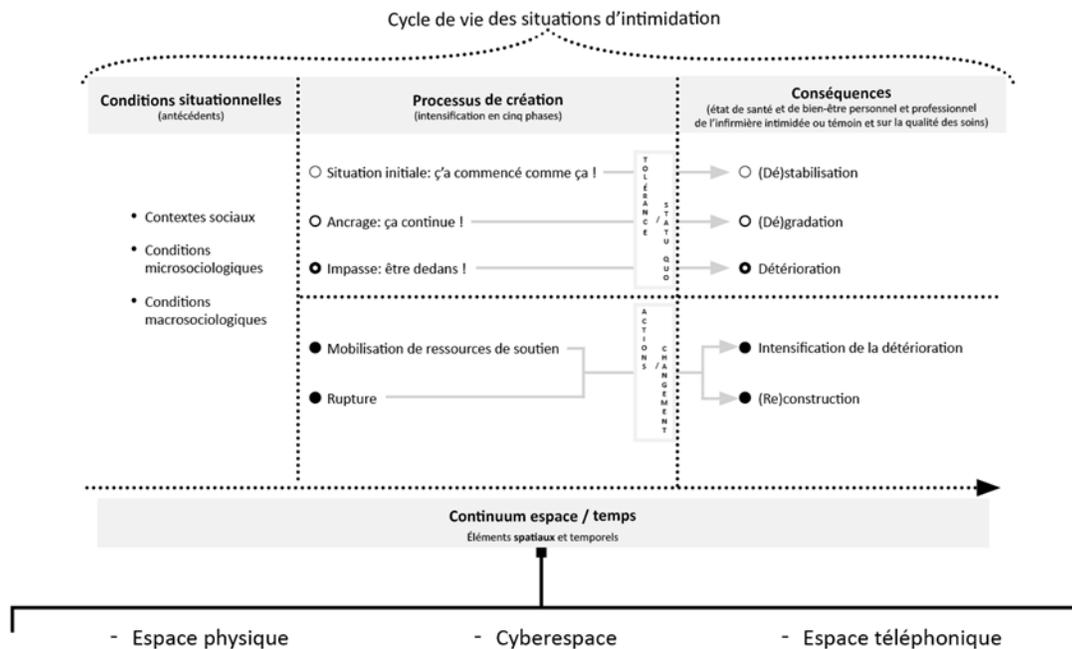


Figure 10. – Éléments spatiaux des situations d'intimidation.

### 5.2.5.1 Espace physique

L'analyse révèle que l'espace propice aux comportements d'intimidation renvoie à la notion de proximité ou d'éloignement physique entre infirmières. Des participants sont d'avis qu'une trop grande proximité entre les membres d'une même équipe de travail peut rendre le personnel plus à risque d'être exposé à des tensions, menant vers des situations d'intimidation :

L'équipe où je suis actuellement, il y a beaucoup plus de sorties, car ce sont des infirmières qui vont [dans la communauté] le contact avec autrui, je ne sais pas, peut-être que ça diminue inconsciemment des tensions qui pourraient y avoir ou qui pourraient augmenter dans l'équipe. Je n'ai aucune idée, mais l'équipe [lieu de la situation d'intimidation] où j'étais, les gens ne sortaient pas, ils restaient là constamment 40 heures par semaine dans leur bureau (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P9).

Certains révèlent qu'ils s'éloignaient volontairement de leur intimidateur en occupant un deuxième emploi. Selon eux, le fait de vivre des expériences positives dans un autre environnement de travail que celui où se vivait la situation d'intimidation les aidait à atténuer la gravité de ce qu'ils vivaient, à tout le moins, pour un certain temps :

Ce qui m'a aidée, c'est que j'avais un deuxième emploi dans un CHSLD où j'étais vraiment appréciée. Ça allait très, très bien ! On dirait que ça m'a permis de voir que j'étais correcte et que c'était peut-être eux [collègues intimidateurs en CLSC] qui avaient des problèmes parce que là [au CHSLD] ça va bien. Cela m'a aidée de travailler dans ce CHSLD. Je m'occupais pour essayer, peut-être, de minimiser ce que je vivais dans cette équipe problématique. C'était comme diminué à cause des petits succès que j'avais à l'extérieur. Ce que je vivais là, même si c'était vraiment gros, ça prenait moins de place que ça aurait pu en prendre (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P9).

Des participants expliquent qu'ils faisaient tout leur possible pour éviter d'être en présence de l'intimidateur. En restant à l'écart, cela leur permettait de faire leurs activités professionnelles en paix, tout en cherchant à se protéger :

Quand il [intimidateur] était là, je n'allais plus au poste [infirmier], j'allais voir mes patients pour éviter le contact avec lui (entretien individuel, infirmière, milieu rural, P23).

À cette période-là, quand la réunion finissait, je m'en allais [...] je prenais mes distances. C'était mon mécanisme de défense (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P10).

L'éloignement physique est aussi décrit comme un moyen utilisé par des gestionnaires pour éloigner l'infirmière intimidée de son intimidateur (ex. : un changement de bureau ou un transfert vers un autre département dans le même établissement). Cette stratégie semble toutefois s'être avérée inefficace, exacerbant plutôt les situations d'intimidation :

L'employeur a pris des mesures. Il a suspendu une collègue problématique et forcé un changement de bureau pour qu'elle soit plus loin de moi dans le bureau. Mais, après j'ai comme reçu d'autres choses [d'autres comportements d'intimidation]. Oui, on dirait qu'à partir de ce moment-là, d'autres personnes, incluant l'infirmière gestionnaire, se sont lancées la balle en se disant : « Bon, elle [intimidatrice] a été suspendue, elle ne peut donc plus rien faire, on va prendre le flambeau pour essayer de la harceler ou de la faire partir » (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P9).

À l'inverse, une participante, qui était éloignée physiquement de son intimidateur, parce que son bureau était situé dans un autre établissement, explique qu'elle avait fait des démarches pour se rapprocher de lui, pensant que cela lui permettrait de reprendre un certain contrôle de la situation, comme en témoigne l'extrait suivant :

Ma coordonnatrice attendait depuis longtemps de déménager tout le monde ensemble. Je lui ai dit : « tu me déménages, je m'en vais à [ville], mon équipe peut rester ici, je vais venir tous les matins, s'il le faut ». Je me disais que je devais aller à côté d'elle [intimidatrice] parce que je ne pouvais plus gérer ça de cette façon-là. Je voulais être là pour voir, parce qu'elle était toujours en train de me dire que ce n'était pas de même, je voulais aller voir ! (entretien individuel, ASI, milieu urbain, P5)

#### 5.2.5.2 Cyberespace

Le cyberespace comprend le courrier électronique et les réseaux sociaux, deux modes de communication fréquemment évoqués dans les récits d'expériences de nombreux participants :

J'avais des expositions avec elle [intimidatrice] juste par simples courriels, donc c'était tout le temps, tout le temps... J'étais comme pfff ! J'avais plein de courriels, qui me disaient que je ne faisais pas son affaire et que je n'étais pas à la hauteur, même après un an (entretien individuel, conseillère clinique, milieu urbain, P24).

L'analyse indique que les intimidateurs utilisent le cyberespace, souvent par l'entremise de la plateforme *Facebook*, pour diffuser des publications mensongères. Celles-ci portent atteinte à la réputation des infirmières intimidées, en affirmant par exemple de fausses nouvelles qui ont pour effet de les inquiéter, tout comme les membres de leurs familles :

Il y avait toujours le *Facebook* qui était là et je n'en pouvais plus du *Facebook* ! J'y allais aux deux à trois mois. J'allais voir s'il y avait quelque chose de nouveau. Ils [collègues et familles] me disaient tous : « n'y va pas ! », mais c'était plus fort que moi je voulais savoir si elles [intimidatrices] avaient ajouté des choses. Ça me faisait mal à chaque fois, mais j'étais à l'affût de plus d'affaires (entretien individuel, gestionnaire, milieu urbain, P20).

Selon les dires de plusieurs participants, certaines alliances, qui pouvaient devenir des sources potentielles d'intimidation, semblaient se consolider dans l'espace virtuel :

Je pense qu'il n'y a personne qui est ami *Facebook* avec la chef, mais avec la chef d'équipe oui, je pense que la plupart sont tous amis *Facebook*. Quand j'étais cadre, il n'en était pas question, je ne trouvais pas ça professionnel d'être ami *Facebook*, mais la journée où ils ont aboli mon poste, ça été la dernière journée. J'ai ajouté toutes mes infirmières [contente] (entretien individuel, clinicienne, milieu rural, P19).

### 5.2.5.3 Espace téléphonique

L'espace téléphonique, soit le téléphone fourni par l'employeur, comme outil de travail pour permettre les échanges professionnels entre les membres du personnel, représente un autre lieu, dans lequel se produisaient des comportements d'intimidation. Des participants donnent l'exemple de recevoir des injures ou d'être congédiés par téléphone :

Elle [gestionnaire] criait au téléphone, elle criait au téléphone et ça m'a... Je lui ai dit « est-ce que tu entends comment tu me parles ? » Et je lui ai dit : « j'en ai jusque-là. Écoute là, si tu continues comme ça, je vais faire une plainte pour harcèlement psychologique [forme d'intimidation] Je n'en peux plus » (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P6).

Ils [employeur] m'ont dit que j'avais oublié de faire un pansement. J'ai dit ben non je ne l'ai jamais oublié, ce n'était même pas ma section. Ils m'ont congédiée par téléphone (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P27).

Somme toute, les éléments spatiaux évoqués dans les récits d'expériences semblent indiquer que les situations d'intimidation ne se limitent pas seulement à l'espace physique et téléphonique du milieu de travail. Effectivement, elles peuvent facilement s'immiscer dans l'espace privé par l'entremise du cyberspace, notamment par les réseaux sociaux sur Internet qui prolongent l'exposition des personnes à leur vécu d'intimidation.

### **5.2.6 Comment le temps est-il un élément constitutif des situations d'intimidation ?**

La notion de temps comme élément constitutif des situations d'intimidation réfère à deux éléments temporels principaux, soit la chronologie et le temps vécu (Figure 11).

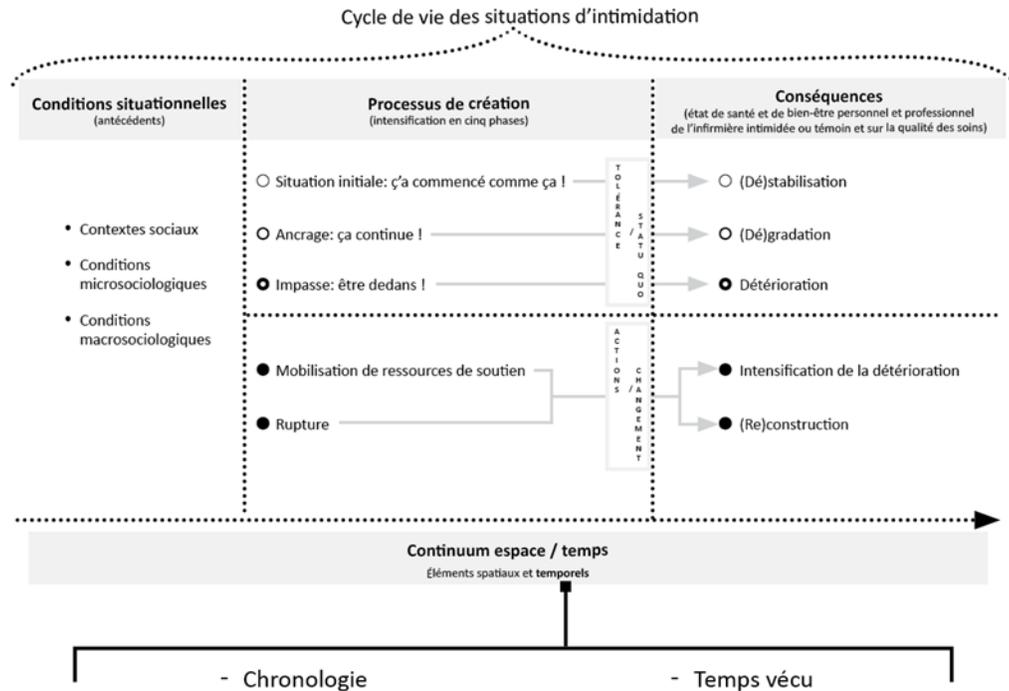


Figure 11. – Éléments temporels des situations d'intimidation.

### 5.2.6.1 Chronologie

Au moment de leur participation à l'étude, la plupart des participants ont manifesté à la doctorante le besoin de prendre un temps de réflexion pour mieux resituer leur vécu d'intimidation dans le temps. En prenant ce recul, ils pouvaient trouver des repères temporels qui facilitaient la reconstitution de leurs situations d'intimidation passées ou actuelles. La plupart d'entre eux ont raconté un ou plusieurs vécu(s) d'intimidation survenu(s) dans le passé, dont les effets étaient, pour certains, toujours présents :

Ça fait neuf ans la cour supérieure [procédures de plaintes], mais j'en parle mieux qu'avant. Il y avait tellement d'émotion, je pleurais ou je criais l'injustice. Moi, j'aime beaucoup la justice, je travaille toujours pour elle. Je suis aussi très authentique et je donne beaucoup là... [émotive] vois-tu, les émotions remontent là... (entretien individuel, clinicienne retraitée, milieu rural, P16).

Des participants étaient toujours en situation d'intimidation lors de leur participation à l'étude. Deux étaient en arrêt de travail pour cette raison. Ils n'étaient plus exposés directement

à l'intimidateur, mais plutôt indirectement étant donné les procédures de plaintes dans lesquelles ils s'étaient engagés :

J'ai quitté mon emploi, ça fait quatre ans, mais c'est encore accroché avec les procédures de plainte (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P13).

Les participants décrivent leurs récits, ancrés dans leurs expériences humaines et professionnelles, en adoptant une structure narrative descriptive qui repose sur une trame chronologique d'événements intimidants. La chronologie est utilisée par tous les participants comme marqueur temporel de leurs vécus d'intimidation que plusieurs ont situé dans leurs parcours de carrière. La grande majorité des récits d'expériences correspond à une reconstruction de la situation, présente ou passée, racontée selon des événements intimidants survenus dans une trajectoire professionnelle, allant de la formation initiale à la fin de carrière, s'il y a lieu :

Par où commencer ? Comment prendre ça [situation d'intimidation] ? Je pense que je vais y aller avec le parcours de carrière (entretien individuel, clinicien, milieu urbain, P4).

Le temps des situations d'intimidation émerge à travers le recours d'expressions temporelles telles que : constamment, tout le temps, toujours, longtemps, au quotidien, tous les jours, à nouveau, régulier, semaine après semaine, ça se perpétue, ça perdure, ça s'étire sur des mois et des années et ça s'échelonne dans le temps. L'utilisation de ces termes situe les vécus d'intimidation dans un espace de temps mesuré, à savoir long, répétitif et continu :

Je ne peux pas dire que ce genre de méchanceté était au quotidien, mais c'était tellement régulier ! Semaine après semaine, j'allais aux toilettes et, qu'il y ait ou non des témoins, je gardais en tête que, mon Dieu que j'avais un stress. Je me demandais, si j'étais pour me faire insulter ? J'avais même peur d'entrer dans l'ascenseur (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P9).

Elle [intimidatrice] était toujours en train de me rentrer dedans à chaque rencontre (entretien individuel, conseillère clinique, milieu urbain, P24).

Bon nombre de participants positionnent leur vécu d'intimidation dans leur parcours de carrière en utilisant des repères chronologiques tels qu'une date, un mois, une année ou une saison. Cette chronologie, qui décrit la mesure du temps, est essentiellement utilisée de manière linéaire en identifiant la survenue du vécu d'intimidation par rapport au calendrier :

C'est une date qui est restée dans ma tête parce que c'était une date où j'ai pensé que je... que ça se finissait là pour moi (entretien individuel, conseillère clinique, milieu urbain, P24).

Le plus dur a commencé à peu près à la Saint-Jean-Baptiste. Oui, je m'en souviens c'était à la Saint-Jean-Baptiste (entretien individuel, gestionnaire, milieu urbain, P20).

Lorsque les participants parlent de la durée de leurs vécus d'intimidation, ils en fournissent une évaluation assez précise. Mis à part les participants qui étaient toujours exposés, au moment de leur participation à l'étude, la durée moyenne des vécus d'intimidation rapportés est d'environ 18 mois. Pour ceux, dont la durée du vécu d'intimidation atteignait plusieurs années, cela pourrait s'expliquer par le fait qu'ils toléraient la situation en ayant, par exemple, réduit la fréquence de leur exposition avec l'intimidateur, en diminuant leurs heures travaillées ou en occupant un deuxième emploi, comme mentionné précédemment.

#### 5.2.6.2 Temps vécu

L'analyse révèle que les participants précisent peu la durée de leurs vécus d'intimidation selon un temps quantifié, mais plutôt comme un moment marquant de leurs parcours de carrière : « ce furent les pires six années de ma vie » (e-témoignage, clinicienne, milieu rural, P37). Le temps est utilisé par la plupart des participants pour parler de leurs situations d'intimidation, comme d'une chose qui se vit, soit une expérience professionnelle difficile à reconnaître, à nommer, à décrire et à expliquer. Cette description d'un temps vécu réfère au temps ressenti et au temps subjectif d'une situation d'intimidation :

Avec le temps, c'était devenu comme plus visible, comme si mon recul de six mois m'avait permis de me dire, quand je suis revenue de mon congé différé : « qu'est-ce que c'est que ça ? Dans les faits, j'ai été capable de nommer la violence seulement après un an (entretien individuel, ASI, milieu urbain, P5).

Je pense que ça a pris plus de temps que ça. Nous [P21 et P22] au début on ne voyait pas ça [situation vécue] comme du harcèlement [forme d'intimidation] Nous on défendait les patients et là on se disait ben voyons ça n'a pas été entendu au niveau de la DSI (entretien dyadique, clinicienne, milieu rural, P22). On n'était pas *mindé* [avoir une idée] sur cette affaire-là, on pensait au patient nous autres (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P21).

## 5.2.7 Quelles sont les phases sous-jacentes aux processus de création des situations d'intimidation ?

Chacune des phases du processus de création des situations d'intimidation et leurs conséquences respectives sur l'état de santé et de bien-être personnel et professionnel de l'infirmière intimidée ou témoin et sur la qualité des soins sont explicitées dans les prochains paragraphes.

### 5.2.7.1 Situation initiale : ç'a commencé comme ça !

La situation initiale représente la reconnaissance de facto, par les participants, d'un début à leur vécu d'intimidation (Figure 12).

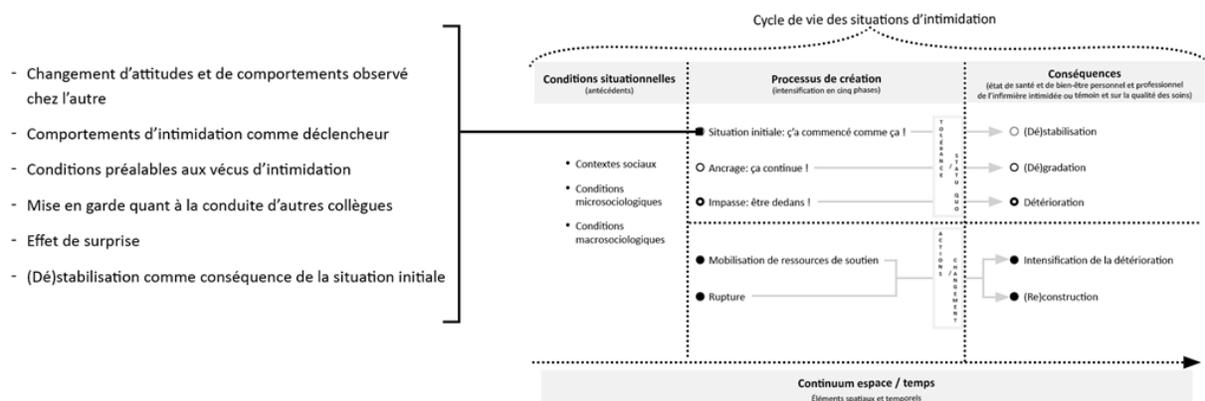


Figure 12. – Situation initiale d'intimidation menant à la (dé)stabilisation.

La description du début des situations d'intimidation ne porte pas tant sur l'identification d'une date, mais plutôt sur la reconnaissance des premiers signes d'intimidation, souvent désignée par le verbe commencer :

C'est là que le calvaire a commencé. Je ne survis pas présentement, je dois prendre du recul parce que c'était un calvaire (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P27).

Ça [intimidation] a commencé *bing bang* [sur le coup] comme ça en partant (entretien individuel, clinicienne, milieu rural, P19).

L'analyse indique quatre manières de commencer une situation d'intimidation. La première manière correspond à l'observation d'un changement d'attitudes et de comportements

chez l'autre (ex. : acteur individuel ou collectif) envers l'infirmière intimidée. La deuxième manière réfère à un déclencheur qui prend la forme de comportements d'intimidation. La troisième manière renvoie aux conditions préalables, telles que le conflit interpersonnel non résolu, la conformité aux normes institutionnelles imposées et l'histoire antérieure de l'établissement. La quatrième manière met en évidence un processus séquentiel en deux phases telles que la mise en garde et l'effet de surprise. Enfin, la (dé)stabilisation représente la principale conséquence de la situation initiale : ç'a commencé comme ça ! sur l'état de santé et de bien-être personnel et professionnel de l'infirmière intimidée ou témoin et sur la qualité des soins, rapportée dans les propos de la majorité des participants.

#### *5.2.7.1.1 Changement d'attitudes et de comportements observé chez l'autre*

Des participants estiment que leur vécu d'intimidation a commencé au moment où ils ont observé un changement d'attitudes et de comportements, d'un ou des membres de l'équipe envers eux, ce qu'ils jugeaient inexplicable. Cette observation était généralement faite à leur retour au travail, à la suite d'une absence prolongée et autorisée par l'employeur (ex. : retour de vacances, congé d'études, congé de maladie, congé différé). C'est à ce moment qu'ils ont constaté que certains de leurs collègues ou l'employeur agissaient de manière plus froide et distante envers eux, contrairement à la manière dont ils agissaient avant leur départ, où les relations leur paraissaient cordiales :

À mon retour de mes vacances, je sentais que l'ambiance n'était plus pareille (entretien individuel, infirmière, milieu rural, P26).

#### *5.2.7.1.2 Comportements d'intimidation comme déclencheur*

D'autres participants avancent que leur situation d'intimidation a commencé avec un déclencheur prenant la forme de comportements d'intimidation commis à leur endroit par l'intimidateur. Par exemple, l'insulte et l'humiliation sous forme verbale, écrite ou gestuelle, l'isolement et l'exclusion sociale par rapport au reste de l'équipe de travail, ainsi que la menace prenant la forme de représailles ou d'une vengeance représentent les trois regroupements principaux de comportements d'intimidation considérés comme préjudiciables sur le plan personnel par la majorité des participants :

Avec son ton, elle [l'intimidatrice] ne te laissait pas t'exprimer, elle te rejetait le blâme et criait. Elle répondait de manière hostile quand on lui posait des questions (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P27).

Une collègue a inscrit sur ma bouteille d'eau *queen of shit*, tu sais, la reine de la marde (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P8).

Je recevais des courriels épouvantables qui comprenaient son lot d'insultes. Ils étaient rédigés avec des petits points, des points d'exclamation, des lettres écrites en gros [...] (entretien individuel, ASI, milieu urbain, P5).

Quand il y avait des réunions d'infirmières, pendant les deux heures, le gestionnaire ne me regardait même pas. Nous étions seulement quatre dans la pièce et mon patron parlait avec les autres en m'ignorant complètement, aucun regard, comme si je n'étais pas dans la pièce [...] une collègue a ouvert mon talon de paie pour savoir combien je touchais [...] une autre m'a clairement dit : « tu vas mourir ». Ce sont des menaces de mort que j'ai eues à répétition (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P9).

L'événement qui s'est passé avec ma gestionnaire c'est clair et net dans ma tête c'était comme *pay back time [représailles]*. Regarde tu as fait ça et bien tu vas payer pour. Pour moi, c'était clair et net qu'il s'agissait de représailles, mais je ne pouvais pas le prouver (entretien individuel, infirmier, milieu urbain, P2).

Des exemples de comportements d'intimidation préjudiciables sur le plan professionnel sont également identifiés par la majorité des participants. Il s'agit principalement : 1) de la critique injustifiée ; 2) du discrédit professionnel ; 3) de la mise en doute des compétences, très souvent sur la base de ouï-dire ; 4) de la surveillance accrue des attitudes et des activités cliniques d'une infirmière à son insu, instaurée par des gestionnaires ; 5) du fait de *se faire passer dans le bureau*, une expression utilisée par de nombreux participants pour exprimer le fait de subir une rencontre souvent organisée par le gestionnaire sans délai pour s'y préparer ; 6) d'allégations malveillantes et souvent mensongères, visant essentiellement les compétences professionnelles ; 7) de la menace prenant la forme de mesure disciplinaire, de suspension, de congédiement, de moyens pour empêcher une personne d'obtenir un congé, pour bloquer l'accès à un poste, à un emploi ou à la profession ; et 8) de l'absence de soutien de collègues lors de la réalisation d'activités cliniques ou de l'absence de l'employeur par son inaction pour faire cesser les situations d'intimidation :

Devant les patients, il [intimidateur] disait : « ah ! C'est une infirmière de marde, pas capable de poser une sonde ! » (entretien individuel, infirmière, milieu rural, P23).

On a découvert ensemble que la patronne avait mis en place une structure de surveillance [...] Étant donné qu'on travaillait très fort, je recevais chez moi des collègues de travail [...] à un moment donné, il y en a une qui dit : « il fallait que je te surveille » et l'autre se met à rire : « ben voyons, moi, il fallait que je te surveille. La patronne m'a demandé de te surveiller toi. » Elle dit ça à [X] et [X] dit : « ben moi, je devais surveiller [Y]. [Y] me dit : « je ne te l'ai pas dit, mais moi je devais te surveiller » et de là, la boss [patronne] nous surveillait. Finalement, tout le monde se surveillait, mais moi, je n'avais personne à surveiller et au moins trois personnes me surveillaient ; c'était vraiment la commande de la patronne. J'ai dit, ben on a une reine de la division (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P28).

J'avais la chienne [avoir peur] de passer au bureau. Est-ce que je vais me faire reprocher d'avoir parlé d'intimidation avec les ressources humaines ? (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P12).

Nous avons commencé à subir des représailles, que nous vivons toujours aujourd'hui, par l'usurpation de notre identité via de faux comptes *Facebook* avec des propos odieux, malveillants et hargneux (extrait prise de contact, entretien dyadique, infirmière et clinicienne, milieu rural, P21 et P22).

Somme toute, indépendamment du type de comportements d'intimidation décrit par les participants, cette forme de commencement ou déclencheur du vécu d'intimidation représente celle qui est la plus fréquemment rapportée dans les récits d'expériences :

La première fois que ça s'est produit, j'étais au maintien à domicile, j'étais nouveau sur l'équipe, je n'avais pas beaucoup d'expérience. Je ne connaissais pas tout, parfois je faisais des erreurs, des fois je questionnais et tout ça. Certaines de ces infirmières, très expérimentées, ça les fatiguait et très rapidement je recevais des réponses très sèches très coupantes : « r'garde arrête de m'achaler » (entretien individuel, clinicien, milieu urbain, P4).

Elles [intimidatrices] étaient deux, minimum, à parler contre moi et elles ont contaminé les autres. On comprend comment ça s'est contaminé. La vague commence comme ça (entretien individuel, infirmière, milieu rural, P26).

#### *5.2.7.1.3 Conditions préalables aux vécus d'intimidation*

Les participants relatent les conditions préalables à leurs vécus d'intimidation, comme les situations conflictuelles non résolues qui résultent, par exemple, d'un désaccord, d'une

perception d'injustice, de jalousie, d'envie, de changement ou encore de recherche de pouvoir. La pression institutionnelle, menant vers une sorte de conformité aux normes imposées, notamment en matière d'attitudes et de comportements, est identifiée comme une condition préalable aux vécus d'intimidation de plusieurs participants, ce qu'ils expriment par « c'est de même ici ! » (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P3). Des participants mentionnent que cette normalité institutionnelle explique, en partie, leur difficulté à reconnaître leur vécu d'intimidation à son début. Selon eux, à ce stade, ils ne jugeaient pas nécessaire de chercher à analyser leur situation pour comprendre ce qui se passait, puisque tout leur paraissait socialement acceptable, y compris la plupart des comportements d'intimidation commis à leur endroit. La normalité institutionnelle est présentée comme ayant été imposée tant par des acteurs individuels que collectifs, montrant ainsi l'étendue de l'influence des acteurs impliqués dans de telles situations.

Dans la même lignée, des participants sont d'avis que les situations d'intimidation font partie intégrante du passé structurel du RSSS : « c'était ancré avant que j'arrive » (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P29) et « c'était accepté, c'était comme culturel ! » (entretien individuel, gestionnaire, milieu rural, P25). Conséquemment, l'engagement dans la situation initiale : ç'a commencé comme ça ! ne semblait pas être quelque chose d'exceptionnel pour plusieurs participants, puisque les événements leur paraissaient relativement anodins et communs, ainsi qu'aux yeux de la plupart des membres de l'équipe de soins, qui semblaient se laisser entraîner par cet aspect culturel :

C'est quelque chose [situation d'intimidation] qui date de longtemps (entretien individuel, clinicienne, milieu rural, P19).

Tout le monde est au courant [...] c'est une situation [intimidation] qui a toujours été là (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P29).

#### *5.2.7.1.4 Mise en garde quant à la conduite d'autres collègues*

La mise en garde quant à la conduite d'autres collègues semble avoir conduit progressivement des participants vers la reconnaissance du commencement de leurs vécus d'intimidation. Par exemple, la plupart de ceux qui étaient nouvellement arrivés au sein d'une équipe de travail racontent qu'ils ont reçu des mises en garde de la part d'un ou de plusieurs

collègues sur les conduites d'autres collègues ou de l'employeur, afin qu'ils puissent se protéger. Les avertissements servaient à les informer au sujet de la dynamique toxique qui régnait sur le département, les alliances solides qui étaient déjà formées entre des membres de l'équipe de travail et les types de comportement d'intimidation de certains membres du personnel, dont ils pourraient faire l'objet. Les participants mentionnent qu'à ce stade, il n'y avait aucun signe révélateur qui leur indiquait qu'ils se trouvaient en situation d'intimidation :

Fais attention à ce que tu dis à cette personne-là ! [...] tu ne t'en apercevras pas, mais cette infirmière va t'intimider (entretien individuel, ASI, milieu urbain, P5).

Sauve-toi de là, parce que ça ne marchera pas avec elle (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P1).

#### *5.2.7.1.5 Effet de surprise*

Le caractère inattendu et fluctuant du vécu d'intimidation est évoqué par la plupart des participants, d'où l'effet de surprise. Devant l'imprévisibilité des comportements d'intimidation commis à leur endroit par l'intimideur, nombreux sont ceux qui expriment d'abord leur étonnement :

Les attitudes de mon intimidatrice venaient par surprise. Je ne m'y attendais pas, je ne m'y attendais jamais (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P1).

Je ne m'attendais pas à ça... C'était vraiment comme un camion qui te rentre dedans, tu ne t'attends pas à ça (entretien individuel, conseillère clinique, milieu urbain, P24).

Là, tu es surpris ! Vraiment ça arrive sans crier gare. Alors, moi je suis un peu comme beaucoup la victime. Tu te dis : « comment ça se fait que je ne me défendais pas mieux que ça. » C'est parce que c'est l'effet de surprise. C'est l'effet de... l'effet de surprise que... dans le cadre de mon emploi, je ne peux pas croire ce genre de situation là (entretien individuel, IPS, milieu urbain, P15).

Même si les attitudes et les comportements de l'intimideur incitaient des participants à se tenir sur leurs gardes face à la survenue d'éventuels autres comportements d'intimidation commis à leur endroit, plusieurs rapportent qu'ils avaient souvent baissé cette garde, puisque leur intimidateur leur faisait vivre des moments intimidants souvent entrecoupés de périodes

calmes et de moments collégiaux. Cette situation suscitait, chez eux, une profonde incompréhension :

Il y a des hauts et des bas. À un moment donné, il y a eu un autre pic [intimidation]. Là c'était vraiment intense (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P9).

Parfois les eaux étaient calmes, parfois le tout repartait en cavale (e-témoignage, clinicienne, milieu rural, P37).

#### 5.2.7.1.6 (Dé)stabilisation comme conséquence de la situation initiale

L'analyse montre que le déclenchement des situations d'intimidation lors de la situation initiale : ç'a commencé comme ça ! a comme principal effet sur l'état de santé et de bien-être personnel et professionnel de l'infirmière intimidée ou témoin et sur la qualité des soins de faire passer l'infirmière d'un état de stabilisation à celui de déstabilisation. Des termes, tels que *déstabiliser*, *fragiliser*, *désarçonner* et *ébranler constamment* sont fréquemment utilisés par les participants :

Elle [intimidatrice] avait le ton et le regard froid ; ça m'a vraiment déstabilisée... J'étais toujours déstabilisée quotidiennement [...] Ça m'ébranlait tout le temps parce que je me disais que je ne devais pas avoir la bonne vision, je ne devais pas avoir la bonne affaire oups ! oups ! J'étais tout le temps... tout le temps... [...] J'essayais de ne pas me laisser déstabiliser par ses attitudes qui venaient en surprise... elle faisait des montées pour toutes sortes d'affaires (extrait du journal personnel, entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P1).

#### 5.2.7.2 Ancrage : ça continue !

La phase d'ancrage : ça continue ! correspond au maintien de l'engagement de la situation initiale : ç'a commencé comme ça ! qui s'explique par la progression des comportements d'intimidation menant vers un enracinement de la situation et à sa poursuite (Figure 13).

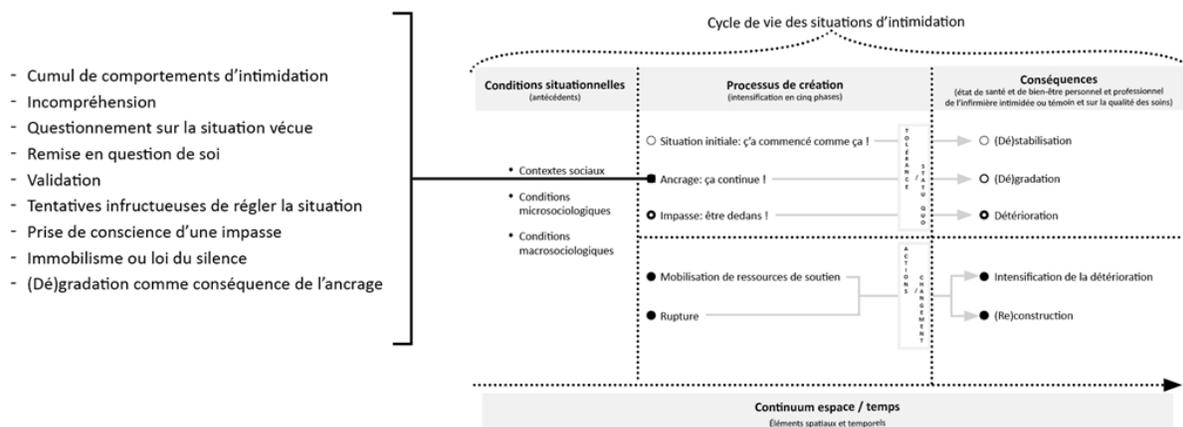


Figure 13. – Ancrage des situations d'intimidation menant à la (dé)gradation.

La plupart des participants racontent leurs situations d'intimidation, en utilisant des expressions comme *ça continue*, laissant ainsi supposer une forme d'ancrage des situations. L'utilisation, parfois répétée, du verbe continuer est fréquemment évoquée pour spécifier que la situation se perpétuait, ne s'arrêtait pas, et surtout, ne se réglait pas.

L'analyse met en évidence un processus séquentiel en huit phases telles que le cumul de comportements d'intimidation, l'incompréhension, le questionnement sur la situation vécue, la remise en question de soi, la validation, les tentatives infructueuses de régler la situation, la prise de conscience d'une impasse et l'immobilisme ou la loi du silence. Enfin, la (dé)gradation représente la principale conséquence sur l'état de santé et de bien-être personnel et professionnel de l'infirmière intimidée ou témoin et sur la qualité des soins de la phase d'ancrage : *ça continue !* rapportée par la majorité des participants.

#### 5.2.7.2.1 Cumul de comportements d'intimidation

Le cumul de comportements d'intimidation représente une accumulation d'actions, de comportements et d'incidents intimidants commis à l'endroit de l'infirmière par l'intimidateur. Cette accumulation progressive de comportements d'intimidation correspond non seulement à un cumul d'événements, mais également à quelque chose qui semble dégénérer et prendre des proportions démesurées, indiquant ainsi une intensification de la situation d'intimidation qui semble en assurer la poursuite :

C'est par petites gouttes ce type d'événements [situation d'intimidation] plusieurs choses sont arrivées [...] Je mettais mes limites avec cette infirmière [...] alors là, ça a créé une espèce de déséquilibre ; une espèce de frustration. Alors, mes sept semaines d'orientation ont continué comme ça avec la tension qui montait, montait et montait (entretien individuel, clinicien, milieu urbain, P4).

Là, je voyais toutes ces choses-là [comportements d'intimidation] ça commençait à se corser [se complexifier] [...] Il y a une progression dans ça [situation d'intimidation] (entretien individuel, gestionnaire, milieu urbain, P20).

Des participants évoquent des situations où ils ont été confrontés au sabotage de leur travail. Selon eux, leur intimidateur les empêchait d'avoir accès à des informations nécessaires pour qu'ils puissent assurer le suivi de leurs patients et changeait l'ordre de priorité des patients pour recevoir certains soins, en privilégiant leurs patients par rapport à ceux de l'infirmière intimidée, mettant ainsi en péril la sécurité des patients et la qualité de leurs soins :

On a beaucoup saboté mon travail, hey... Cacher des ordonnances, cacher des résultats de laboratoire. Je n'avais pas l'information au dossier du patient. J'avais un patient qui s'en allait à un examen, ben elle [intimidatrice] a envoyé son patient à la place du mien. Elle a annulé le rendez-vous de mon patient avec un chirurgien [...] Ça allait jusque-là, on sabotait mes patients (entretien individuel, représentante syndicale, milieu rural, P18).

Ma collègue m'a mise en garde en me disant : « j'ai pogné une conversation l'autre jour, dans la salle à café. Elles [intimidatrices] vont te mettre dans la salle [non identifiée pour préserver la confidentialité] pour te ridiculiser devant les médecins [spécialité non précisée pour préserver la confidentialité]. Elles veulent que les médecins voient comment tu es supposément incompétente. Elles ont dit qu'elles allaient s'amuser ! » C'était planifié à mon retour de formation, avec la complicité de l'ASI et de la chef de service. Elles voulaient avoir ma peau ! Le but ultime était de m'amener à craquer, à pleurer pour m'humilier ou de me faire faire une erreur qui pourrait être catastrophique pour le patient (entretien individuel, infirmière, milieu rural, P26).

#### *5.2.7.2.2 Incompréhension*

L'incompréhension réfère au caractère inintelligible de la situation d'intimidation vécue. Des participants rapportent qu'ils cherchaient à comprendre ce qui se passait dans leur relation avec l'intimidateur, en observant et en s'interrogeant sur ses attitudes et ses comportements à

leur égard, puisque la plupart leur paraissaient abusifs. À ce stade, les participants se demandent constamment pourquoi ? et que se passe-t-il ? :

Il n'y avait rien qui expliquait ce que je vivais au travail. Du jour au lendemain, j'ai commencé à subir l'intimidation de quelques collègues (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P10).

D'où vient cette méchanceté gratuite ? Je n'ai jamais compris (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P9).

Que veut vraiment mon employeur ? [...] si j'étais si incompetent, comment cela se fait-il qu'il m'ait laissé travailler toutes ces années et qu'il a pris 25 ans à s'en rendre compte ? (Entretien individuel, infirmier, milieu urbain, P2).

#### *5.2.7.2.3 Questionnement sur la situation vécue*

Le questionnement désigne le fait que plusieurs participants s'interrogeaient sur ce qu'ils vivaient en plus de souligner leur difficulté à reconnaître leur vécu d'intimidation. Quelques-uns mentionnent qu'ils cherchaient à savoir s'il s'agissait bel et bien de violence. Leurs incertitudes semblaient les rendre incapables de mettre des mots sur cette situation, qui demeure douteuse à la phase de l'ancrage. De manière générale, les participants sont d'avis que leur questionnement sur leur vécu d'intimidation ne leur a apporté aucune explication pour leur permettre de mieux comprendre leur situation au travail. Tous ont révélé être restés dans un état d'incompréhension :

C'est quoi l'affaire là ? Tu ne sais pas d'où ça vient, tu ne sais pas ce que tu as fait de mal (entretien individuel, infirmier, milieu urbain, P2).

Il y a plein de questionnement que je me pose et je n'ai pas la réponse exacte [...] Je n'ai toujours pas trouvé les raisons pourquoi les gens agissaient de manière intimidante. Je pense que je ne le saurai jamais. Je continue mon petit bonhomme de chemin avec cela (entretien individuel, clinicien, milieu urbain, P4).

C'est quoi ? C'est quoi les raisons de l'autre ? C'est quoi les motifs de l'autre ? C'est quoi sa façon de penser ? C'est quoi ? C'est quoi ses intérêts ? Et là, je me dis hey, j'étais la belle victime moi ? (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P12).

#### *5.2.7.2.4 Remise en question de soi*

La plupart des participants remettent en question leurs propres façons d'agir et de travailler, tout en cherchant les raisons qui pourraient expliquer les comportements de leur

intimidateur. Ce moment de remise en question en est un de prise de conscience de leur sentiment de mal-être au travail et de réflexion sur la nature de ce vécu singulier. C'est en cherchant des réponses à leurs questions sur ce vécu au travail, qui n'était pas encore considéré comme intimidant, que la plupart des participants ont reconnu l'existence d'un conflit avec l'intimidateur. En particulier, ils cherchaient à savoir s'ils avaient dit ou fait quelque chose pour provoquer cette situation conflictuelle qui perdurait :

Qu'est-ce que j'ai fait ? J'ai dit *coudon* [alors] qu'est-ce que j'ai fait là ? (entretien individuel, conseillère clinique, milieu urbain, P24).

Bon, là, je suis comme OK, je me remets en question et je me dis comment je peux faire ça autrement? Là, y'a pu ben ben de possibilité... (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P1).

Ça m'a rentré dedans ! Là, déjà que je me remettait souvent en question. Je me suis dit : « ben, c'est peut-être moi ? » Là, la grosse remise en question pis tout ça (entretien individuel, gestionnaire, milieu urbain, P20).

#### 5.2.7.2.5 Validation

Afin de valider leur sentiment de mal-être au travail, la plupart des participants expliquent qu'ils avaient tendance à partager ce qu'ils vivaient au travail avec des personnes extérieures au milieu de travail, telles que la famille, les amis ou des professionnels de la santé (ex. : psychologue). Ils expriment qu'ils ressentaient le besoin de valider ce vécu troublant, en partageant leurs doutes et leurs questionnements surtout auprès de leurs proches :

J'arrivais chez moi, j'en discutais avec mon conjoint. Il me disait : « ça fait quand même plusieurs années et personne ne t'a jamais dit ça [reproches] ». J'avais toujours eu de bonnes relations avec mes chefs de service qui me disaient, au contraire, que j'étais à mon affaire, que je savais où je m'en allais, que les infirmières avaient confiance. Donc, toujours du positif, à part les petites choses qu'on a à régler, mais jamais dans un *feeling* où je me sentais comme ça (entretien individuel, ASI, milieu urbain, P5).

La psychologue m'a dit de reconsidérer mon milieu de travail, car l'intimidation n'est pas une situation légère (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P3).

Des amis me disaient que c'était épouvantable ce que je vivais au travail ! (Entretien individuel, clinicien, milieu urbain, P4).

Cette validation est considérée, par la majorité des participants, comme une démarche qui leur apportait un soulagement et leur permettait de prendre du recul pour réfléchir autrement à ce sentiment d'inconfort ressenti au travail :

On se sent soulagée de sentir que finalement ce n'est pas juste notre vision à nous et que quelqu'un d'autre est capable de voir la même chose que nous (entretien individuel, ASI, milieu urbain, P5).

#### *5.2.7.2.6 Tentatives infructueuses de régler la situation*

Des participants indiquent qu'ils ont tenté de régler la situation, de leur propre chef, dans l'espoir de mettre un terme à la situation d'intimidation. Ils décrivent diverses actions menées en ce sens. Ils ont tenté de désamorcer la situation, en modifiant leur manière de communiquer et d'agir avec l'intimidateur, en essayant de créer des liens, en prenant un profil bas, en faisant preuve d'ouverture, en achetant la paix, en dénonçant de manière informelle, en présentant ou en recevant des excuses et en confrontant ou en prenant position :

Je prenais un profil bas tout le temps parce que je savais que c'était de cette façon que ça marcherait avec cette collègue [intimidatrice] [...] Comment puis-je régler cette situation [d'intimidation] autrement ? J'étais toujours en train de me réajuster pour essayer de créer un lien, essayer qu'on bâtit quelque chose ensemble (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P1).

J'essayais de m'ajuster en changeant ma façon de communiquer. Je cherchais à m'exprimer calmement (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P7).

Je ne voulais pas vivre de violence, alors, comment s'y prendre pour ne pas qu'il y ait une escalade de violence et se faire respecter en même temps ? C'est quoi le jargon que mon intimidatrice va comprendre ? [...] Il fallait donc arriver à dire wô [arrête-toi !] tout de suite (entretien individuel, IPS, milieu urbain, P15).

Je n'en pouvais plus là, je ne savais pas quoi faire ni comment rentrer dans ses grâces [...] je voulais juste qu'elle me foute la paix [...] Je voulais mettre un frein à ça [intimidation] j'avais même écrit à [son supérieur] mettez-moi au milieu d'une pièce, *pitch*ez-moi [lancez] vos tomates là, mais qu'il y ait une fin. Je ne suis plus capable ! Il faut que ça finisse. Je suis prête à tout pour qu'ils crèvent leur abcès (entretien individuel, conseillère clinique, milieu urbain, P24).

Pour éviter d'être en contact avec leurs intimidateurs, des participants mentionnent qu'ils faisaient tout ce qu'ils pouvaient pour travailler seuls, sans demander d'aide à leurs collègues, même s'il en avait besoin. D'autres indiquent qu'ils passaient par des collègues en qui ils avaient

confiance, pour demander, par exemple, des clarifications sur les soins à donner ou obtenir une opinion clinique. La plupart des participants affirment que leurs situations d'intimidation ont créé un bris majeur de communication qui perturbait le travail d'équipe, ce qui représente une menace réelle pour la clientèle :

Je ne viendrai plus faire aucun soin dans ta section. Tu t'arrangeras et si ton patient code [arrêt cardiorespiratoire] ben, tu rouleras toute seule ta civière au code. Moi, je ne viendrai pas t'aider. Ça [l'intimidation] ça va jusqu'au patient là ! (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P3)

C'étaient toujours des confrontations. Je ne pouvais plus parler dans l'équipe [...] elle [intimidatrice] m'avait dans le *target* [cible] C'est moi qu'elle voulait planter [terrasser]. À un moment donné, je me suis mise en retrait. Je me disais : « je vais passer par les filles. Sinon, si je lui parle directement, elle contrecarre tout et c'est le patient qui paye là. » C'est toujours le patient qui paye [...] On aurait pu éviter des troubles à ce patient-là si on avait travaillé en harmonie, il payait pour [l'intimidation] (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P21).

Des participants mentionnent qu'ils se sont totalement investis dans la prestation de soins qu'ils donnaient à leurs patients, afin de compenser les effets destructeurs de l'intimidation qu'ils subissaient. Ils expliquent qu'ils tentaient de maintenir une relation positive avec une sphère du travail, en particulier celle avec les patients et leurs familles :

Je me centrais sur le clinique [...] Pour moi, les moments où j'étais le mieux au travail, c'était près des familles, surtout quand je voyais qu'il y avait des résultats. Je sentais que ça... c'était une soupape pour moi, quand j'étais en lien avec la clientèle. Ça venait me confirmer que ce que je faisais était bien [...] Ça m'aidait (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P10).

Je me suis dit : « je vais me faire transférer ailleurs, même si j'aimais le milieu et la clientèle ». J'avais un lien, dans le sens que mes patients me connaissaient et je les connaissais. Il y avait des processus d'aide en cours que je ne voulais pas laisser tomber. J'avais un engagement, voilà ! J'avais un engagement auprès de mes patients [...] Je résistais à ça [intimidation] parce que je suis là, pour le patient (entretien individuel, IPS, milieu urbain, P15).

#### *5.2.7.2.7 Prise de conscience d'une impasse*

Malgré les efforts fournis, bon nombre de participants déplorent le fait qu'ils ont échoué et pris conscience de l'impasse dans laquelle ils s'engouffraient. À ce stade, des participants

expliquent qu'ils avaient l'impression de tourner en rond, puisqu'ils se butaient, la plupart du temps, au refus de l'intimidateur de régler la situation :

Peu importe l'angle d'approche que je prenais, je n'ai jamais réussi à créer quelque chose avec cette personne-là [son intimidatrice]. Je n'avais aucune prise (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P1).

Il n'y avait pas de sortie possible. Avec le temps, on essaie d'en faire une, mais on n'est pas capable (entretien individuel, ASI, milieu urbain, P5).

#### *5.2.7.2.8 Immobilisme ou loi du silence*

L'analyse indique que de nombreux participants dénoncent souvent l'omerta qui régnait dans leur organisation au sujet de l'intimidation. Pour certains, c'est ce qui semblait justifier pourquoi ils s'étaient figés dans une sorte d'immobilisme volontaire face à leur situation d'intimidation. Des participants révèlent qu'ils ont choisi de garder le silence et certains l'ont fait parce qu'ils étaient inconfortables avec le conflit interpersonnel :

Je n'aime pas la chicane, je n'aime pas quelqu'un qui a le ton élevé, je n'aime pas les conflits. Je suis prête à faire tellement de concessions pour ne pas qu'il y ait de conflits [...] Ce qui me paraît si méchant, je ne trouve pas les mots... Souvent, je vais me taire. Je garde le silence, c'est ça que je vais faire (entretien individuel, gestionnaire, milieu urbain, P20).

D'autres participants disent avoir gardé le silence pour éviter l'escalade de la situation, souvent par crainte de représailles, en acquiesçant aux demandes de l'intimidateur en se soumettant à une forme « d'aplaventrisme » pour utiliser l'expression de P12 (entretien individuel, infirmière, milieu urbain), ce qui les obligeait à se soumettre sans opposition :

Avec tout ce qui se passait, j'avais peur de perdre mon emploi. Il fallait que je me taise, il fallait que je dise : « oui, c'est ça oui ». Alors, j'ai continué comme ça, sauf que ça a commencé à être vraiment très difficile. C'est devenu encore plus agressif, elle [supérieure] a commencé à me traiter différemment des autres membres de l'équipe (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P6).

Les participants ayant déposé des plaintes contre leur intimidateur indiquent qu'ils étaient soumis à une règle du silence imposée par des membres de l'équipe de travail ou l'employeur. Dans ce cas, ils se sentaient muselés, croyant qu'ils ne pouvaient pas raconter leur expérience à

leurs collègues et à leurs proches, ce qui contribuait à augmenter leur sentiment de peur et d'isolement :

Tout le monde veut cacher cette vérité, c'est comme hey ! Ferme ta boîte (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P27).

L'employeur contrôlait jusqu'aux paroles, c'était infernal [...] J'ai passé un temps d'enfer ! J'étais seule et on [employeur] me dit : « il faut que tu gardes ça [plainte pour intimidation] confidentiel. Il ne faut pas que tu en parles ». Le gars du syndicat me dit : « c'est sérieux, ils viennent de te le dire c'est confidentiel. Pas un mot de ça à personne. Si tu racontes ça à quelqu'un, si c'est mis sur *Facebook*, tu peux perdre ton emploi ». Alors, moi je me ramasse avec la boule d'émotion [éclate en sanglots]. Je ne peux pas le partager, il ne faut pas que j'en parle ! (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P12).

Enfin, des participants ayant indiqué avoir quitté l'organisation en raison de l'intimidation qu'ils vivaient au travail rapportent qu'ils ont maintenu la posture du silence, en ne révélant pas les vraies raisons de leur départ, parce qu'ils considéraient qu'une éventuelle dénonciation comportait de sérieux risques pour leur carrière :

J'ai donné ma lettre de démission, mais je n'ai pas dit à l'organisation la vraie raison, parce que j'avais peur des répercussions et des références éventuelles. J'ai dit que j'avais d'autres projets, que je m'étais inscrite à l'université, alors que j'allais faire de l'agence privée (entretien individuel, gestionnaire, milieu rural, P25).

J'ai remis ma lettre de démission à la chef de service [...] Je me suis mise à pleurer et à expliquer un peu l'affaire en parlant de ma famille, mais pas de l'intimidation que je vivais. Je n'ai pas dit la vraie raison [...] Ce n'est pas parce que l'on quitte l'organisation qu'il n'y aura pas nécessairement de représailles (entretien individuel, infirmière, milieu rural, P26).

Une de mes collègues a quitté [...] elle a même été rencontrée par la directrice des soins infirmiers (DSI) pour savoir pourquoi elle quittait. Mais elle n'a jamais rien dit ! (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P29).

#### 5.2.7.2.9 (Dé)gradation comme conséquence de l'ancrage

Si la première phase (situation initiale : ç'a commencé comme ça !) se solde par un état de (dé)stabilisation, la phase d'ancrage semble entraîner une (dé)gradation de l'état de santé et de bien-être personnel et professionnel des participants et sur la qualité des soins. Les termes les plus fréquemment utilisés par la majorité d'entre eux pour refléter cet état vont dans le sens

d'être *dépassé, fragilisé, décompensé, écoeuré, stressé par les événements* et *plus renfermé sur soi-même*. Le choix du terme dégradation paraissait suffisamment pertinent pour illustrer les effets d'une accumulation et d'une gradation de l'intensité du vécu d'intimidation :

Quand tu vis ça [situation d'intimidation] au début, c'est comme un cœur qui compense. Mais si ça continue, il décompense et c'est là que les symptômes commencent (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P6).

Je commençais à avoir certains symptômes de stress. Je commençais à moins bien dormir, à moins bien manger, à être moins bien capable de m'occuper de mes enfants à 100 %, étant donné que je pensais souvent à ça [situation d'intimidation] (entretien individuel, infirmière, milieu rural, P26).

Plusieurs participants rapportent qu'ils étaient aux prises avec des troubles de sommeil et ressentaient de vives émotions et sentiments douloureux en lien avec cette expérience, qui se manifestaient par des moments de tristesse, de colère, de discrédit et de perte de confiance en eux :

Je me sentais discréditée tout le temps. Dans tout ce que je faisais, jamais il n'y avait quelque chose qui allait. Je ne faisais jamais la bonne affaire [...] Le climat de travail était glacial et ça me faisait perdre confiance en mes moyens (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P1).

Je sortais du département et je pleurais parce que ça ne marchait pas dans cette équipe-là (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P8).

De toutes les émotions ressenties, le sentiment d'être isolé et la peur sont les plus fréquemment évoqués par de nombreux participants. Ils semblaient se retrouver, la majorité du temps, complètement seuls pour se défendre contre l'intimidateur :

Je ressentais un sentiment incroyable d'isolement professionnel, de solitude ; je me sentais seule, j'étais vraiment seule (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P1).

Certaines [collègues] étaient au courant du *Facebook*, mais personne ne m'en a parlé, tout le monde faisait comme s'il n'y avait rien. Là, je me sentais encore plus toute seule (entretien individuel, gestionnaire, milieu urbain, P20).

Bref, la situation, qui suscite l'effet de surprise à la phase situation initiale : ç'a commencé comme ça ! continue de surprendre les participants, au cours des deux phases subséquentes

(l'ancrage : ça continue ! et l'impasse : être dedans !) et semble mener progressivement à faire passer leur statut d'infirmière à celui d'infirmière intimidée (cible d'intimidation).

### 5.2.7.3 Impasse : être dedans !

Au cours de cette phase, les participants expliquent qu'ils avaient l'impression que leur situation d'intimidation s'intensifiait sur le plan de la fréquence des comportements d'intimidation et s'incrétait de plus en plus dans leur quotidien au travail. Tout comme pour la phase d'ancrage, leur vécu d'intimidation leur paraissait comme quelque chose qui n'allait pas s'arrêter, du moins jusqu'à l'atteinte d'une limite (Figure 14). La phase de l'impasse est souvent désignée par des expressions comme *être dedans* ou *être plongé dans ça* [intimidation].

Je suis vraiment là-dedans là. T'sé, je suis vraiment là-dedans là. Ça comme fait heu ! [comme un choc] et en lisant l'article dans le magazine [réfère à la visibilité médiatique du projet doctoral] ça m'a fait comme OK c'est vraiment ça qu'on est en train de vivre. T'sé, dans le fond, de mettre des mots sur... oui, c'est de l'intimidation, de la violence au travail, de la violence verbale (entretien individuel, clinicienne, milieu rural, P19).

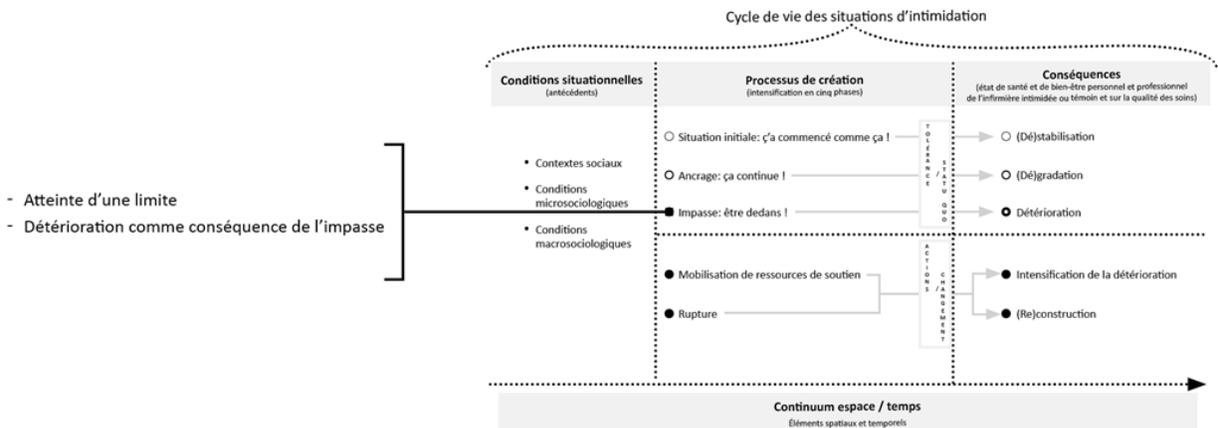


Figure 14. – Impasse des situations d'intimidation menant à la détérioration.

La majorité des participants expriment qu'ils se sentaient découragés par le fait de ne pas trouver d'issue, et complètement « coincés là-dedans » pour utiliser l'expression de P18 (entretien individuel, représentante syndicale, milieu rural) et comme expliqué par ce verbatim :

J'ai de la difficulté à dire c'est [situation d'intimidation] quoi exactement parce que ç'a tellement été en zigzag. Moi, j'appelle ça tricoter. Tu tricotes et tu

tricotes puis, à un moment donné, tu es pris dans un filet et tu te dis : « voyons, qu'est-ce que je fais là ? Je ne comprends plus et je ne suis pas capable de sortir (entretien individuel, ASI, milieu urbain, P5).

Tout comme les deux premières phases du processus de création des situations d'intimidation (situation initiale : ç'a commencé comme ça ! et ancrage : ça continue !), la phase de l'impasse : être dedans ! s'inscrit dans la tolérance et le statu quo de la situation d'intimidation. Pour la très grande majorité des participants, tolérer le vécu d'intimidation signifie qu'il perdure longtemps et s'endure souvent stoïquement. Plusieurs d'entre eux expriment qu'ils avaient pris leur mal en patience et étaient restés dans leur milieu de travail, malgré l'intimidation qu'ils vivaient :

On en vit tellement [de l'intimidation] de partout un peu [...] on n'en fait plus de cas parce que c'est notre quotidien. Tout le monde tolère ça (entretien individuel, clinicienne, milieu rural, P19).

#### 5.2.7.3.1 Atteinte d'une limite

L'analyse montre que la phase de l'impasse se poursuit, jusqu'à la survenue d'un moment charnière du vécu d'intimidation, qui marque l'atteinte d'un point de bascule mettant fin à la tolérance. Pour illustrer l'atteinte de cette limite, de nombreux participants parlent « d'atteindre un plafond de tolérance » (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P29), « d'un point d'arrêt » (entretien individuel, infirmière, milieu rural, P23), d'une situation qui était « juste trop ! » (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P10) :

Je n'étais plus capable de tolérer, je me sentais comme *a rat in a maze* [un rat dans un labyrinthe] (entretien individuel, infirmier, milieu urbain, P2).

C'était la dernière goutte de ma patience et j'ai débordé. Je n'en pouvais plus. C'était trop ! Je n'en pouvais plus de subir cette torture (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P6).

J'ai dit : « non, ça va faire ! » J'ai pris un rendez-vous aux ressources humaines et j'ai fait une plainte de harcèlement psychologique [forme d'intimidation] (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P11).

L'atteinte de la limite du vécu d'intimidation représente un moment déterminant qui a entraîné, pour plusieurs participants, un changement dans leur trajectoire professionnelle. Selon leurs dires, c'est à ce moment précis qu'ils ont décidé d'engager une action ferme et réfléchie en

mobilisant des ressources (quatrième phase), pour mieux composer avec la situation ou y mettre fin.

#### 5.2.7.3.2 Détérioration comme conséquence de l'impasse

Lors de la phase de l'impasse : être dedans! une détérioration de l'état de santé et de bien-être personnel et professionnel des participants et sur la qualité des soins nettement plus marquée que les deux premières phases est constatée. De nombreux participants expriment qu'ils étaient toujours dans un état de déstabilisation en plus de se sentir *tannés, atterrés, désemparés, envahis, dépassés, paralysés, complètement anéantis et noyés par le négatif* :

J'ai tellement essayé de l'enlever de mon cerveau [silence]. Elle [intimidatrice] disait toujours : « tu ne fais pas ça ! Tu ne fais pas ça ! Tu ne fais pas ça ! » et je me sentais comme un bonzaï. C'est quelqu'un qui veut me rendre en bonzaï et je ne peux pas être un bonzaï. Ce ne sont pas tous les arbres à qui l'on peut tailler les racines et les feuilles et qui peuvent rester dans le petit pot. Je ne pouvais pas ! Je me sentais tellement coincée que j'étouffais là-dedans. Je ne pouvais rien faire, rien, rien, rien de ce que j'avançais n'étais bon (entretien individuel, conseillère clinique, milieu urbain, P24).

La majorité des participants rapporte que leur vécu d'intimidation a directement porté atteinte à leur santé, soit avec des insomnies et des cauchemars, un appétit diminué, causant chez certains des pertes de poids significatives, des migraines ou le sentiment d'être en stress post-traumatique, avec une situation qui demeure constamment dans leurs pensées :

J'avais vraiment de la misère à dormir [émotive pleure] Je me couchais le soir et ça me revenait tout le temps. Ça [situation d'intimidation] me *popait* [venir à l'esprit] dans la tête. Ça me faisait tellement sentir pas bien avec moi-même... tellement pas bien (entretien individuel, étudiante/formation, milieu urbain, P14).

Je suis battante... je veux dire que tu choisis tes batailles. Tellement battante que je me suis causé des migraines neurologiques, mais c'est pire que ça, c'est comme un stress post-traumatique, mais va le prouver ? (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P29).

Certains participants soulignent à quel point ils avaient perdu leur estime de soi, leur confiance en soi et en leurs compétences professionnelles :

C'est [situation d'intimidation] un effet de domino et ça affecte toutes les sphères de ta vie. Ils [intimidateurs] te détruisent. Tu n'as plus d'estime, tu n'as plus de dignité, tu es humiliée, tu n'as plus confiance en toi, tu n'as plus confiance en personne [...] tu es isolée, tu ne sais plus comment tu vas t'en sortir. Tu ne vois pas d'issue ! (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P27).

On se sent trop diminué, on se sent comme de la merde et il n'y a même pas de respect (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P12).

Je me sentais comme quand on amène un mouton à l'abattoir (entretien individuel, conseillère clinique, milieu urbain, P24).

Différents sentiments de peur, dont celle de l'autre, d'avoir à subir plus d'intimidation ou de perdre son emploi, de même que le sentiment d'impuissance sont fréquemment évoqués :

Je me sentais complètement impuissante et sentais que personne ne pouvait intervenir dans ça [situation d'intimidation entre infirmières]. Comme étudiante, je n'étais pas protégée, je n'étais pas syndiquée, je n'étais rien (entretien individuel, étudiante/formation, milieu urbain, P14).

Il fallait que je me batte ! J'aimais mon département, j'aimais mon travail, j'adorais ce que je faisais et j'y croyais. Mais, il y avait toute cette machine-là [situation d'intimidation] qui était beaucoup plus forte que n'importe quoi d'autre... et là, je me disais [...] « je vais craquer, je n'y arriverai pas ! (entretien individuel, gestionnaire, milieu urbain, P20).

Plusieurs participants affirment que leurs situations d'intimidation leur ont fait vivre une forme de destruction, une sorte de vide intérieur, qui a provoqué de la tristesse et de la détresse psychologique avec des symptômes dépressifs :

Vers la fin, clairement, ça a affecté ma santé mentale, je pleurais souvent chez nous, je n'avais pas envie d'aller travailler (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P3).

Je ne vivais plus, je survivais (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P27).

Je croyais que c'était moi qui avais un problème. Je me suis réveillée en pleurant, ma tête ne voulait pas sortir du lit, on dirait que la voiture conduisait toute seule. Je suis restée dans mon bureau juste à pleurer. Pour ne plus avoir de contact avec elle [intimidatrice] j'allais démissionner [de ses engagements] j'étais prête à perdre toute mon ancienneté dans le réseau de la santé (entretien individuel, conseillère clinique, milieu urbain, P24).

Certains comparent ce qu'ils ont ressenti, à ce moment-là, à des étapes du deuil comme la colère et le fait de sombrer dans la dépression. Quelques-uns indiquent qu'ils ont eu des idéations suicidaires, en raison de leur vécu d'intimidation et même un plan suicidaire :

Je suis sous antidépresseurs, depuis environ deux mois, à la suite à des événements survenus au travail, qui ont conduit à mon congédiement d'un CSSS. J'ai eu des idées suicidaires. Je vois une psychothérapeute (e-témoignage, infirmière, milieu rural, P32).

Je ne dormais plus, je passais mes nuits à ruminer là-dedans [...] J'avais peur des réunions où j'étais pour être avec l'infirmière qui m'intimidait. Je pensais vraiment que je ne devais même plus être ici. J'avais vraiment des idées suicidaires. J'ai arrêté de travailler et pourtant, tout allait bien dans ma vie personnelle. Une chance que ça, ça allait bien parce que si ça n'avait pas été le cas, je ne serais probablement pas ici en train de vous parler, j'en suis certaine [...] Mon mari [...] prend beaucoup de médicaments. Je savais que je pouvais prendre certains médicaments et que personne ne me trouverait. J'avais un plan suicidaire [...] hey ! Ça m'amène des émotions de parler de ça ! (entretien individuel, ASI, milieu urbain, P5).

Ce soir-là, je me suis dit : « ben, on va passer à l'acte. Je vais passer à l'acte, je vais aller marcher sur la glace, il fait noir et personne ne va me voir » [émotive pleure] (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P12).

Des participants affirment que la détérioration de leur état de santé était étroitement liée à ce qu'ils vivaient au travail :

J'associe mon état de dépression directement à cette relation malsaine que j'ai vécue en milieu de travail. C'est à 100 % ça (entretien individuel, ASI, milieu urbain, P5).

C'était vraiment lié à mon métier (entretien individuel, étudiante/formation, milieu urbain, P14).

L'analyse montre que la qualité des soins est au cœur des préoccupations de la majorité des participants :

Le volcan, il n'est pas là [difficultés ne sont pas les conditions de travail] où est-ce qu'il est le problème ? C'est la qualité des soins ! (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P21).

Leurs vécus d'intimidation semblent avoir eu des effets négatifs sur la sécurité de la clientèle et la qualité des soins. Des participants parlent souvent de la pression, du stress et de la

nervosité que leur situation d'intimidation provoquait chez eux. Certains considèrent que cela affectait leur travail et leur comportement au point d'augmenter le risque d'erreurs graves dans la prestation de soins :

L'intimidation au travail peut atteindre le patient, car lorsqu'une infirmière est sous pression, stressée et en plus qu'elle a peur au travail, c'est sûr qu'il y aura des répercussions sur les patients. Tu n'es plus capable de penser comme il le faut. Tu ne vois plus rien. Tu vois seulement noir devant toi et tu sais que cet enfer va continuer. Un employé comme ça ne peut pas donner son 100 % (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P6).

Être sous tension c'est moins bon pour le patient. La qualité de tes soins dépend aussi de ton équipe et comment tu es heureuse dans ton travail. T'amener dans un état de stress intense peut provoquer l'erreur (entretien individuel, infirmière, milieu rural, P26).

À cause de l'intimidation que je vivais, j'étais tellement nerveuse que j'ai failli faire une erreur grave de médicament. J'aurais tué mon patient ; c'était vraiment grave (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P8).

#### 5.2.7.4 Mobilisation de ressources de soutien

L'analyse montre qu'au cours de la phase de mobilisation de ressources de soutien, des changements surviennent dans la progression de la situation d'intimidation (Figure 15). Plusieurs participants expriment qu'ils ont été tellement exaspérés par leur vécu d'intimidation qu'ils ont choisi de se protéger, en mobilisant toutes les ressources possibles pour arriver à mettre un terme à cette situation au travail :

Mon calvaire devait finir et ça pressait, peu importe ce que j'allais faire (entretien individuel, infirmière, milieu rural, P23).

La phase de mobilisation de ressources de soutien se décline en dix éléments principaux. Il est question : 1) de la mobilisation de ressources de soutien personnelles ; 2) de la mobilisation de ressources de soutien professionnelles ; 3) de dénoncer pour protéger la clientèle ; 4) des obstacles liés à la dénonciation ; 5) de dénoncer de manière informelle ; 6) de dénoncer à l'ordre professionnel ; 7) de dénoncer par le biais de la politique organisationnelle ; 8) de dénoncer par le biais du syndicat comme seule voie d'accès à une représentation ; 9) de la mobilisation de ressources externes à l'organisation ; et 10) de l'intensification des comportements

d'intimidation observée. L'intensification de la détérioration de l'état de santé et de bien-être personnel et professionnel de l'infirmière intimidée ou témoin et sur la qualité des soins représente la conséquence identifiée par la majorité des participants.

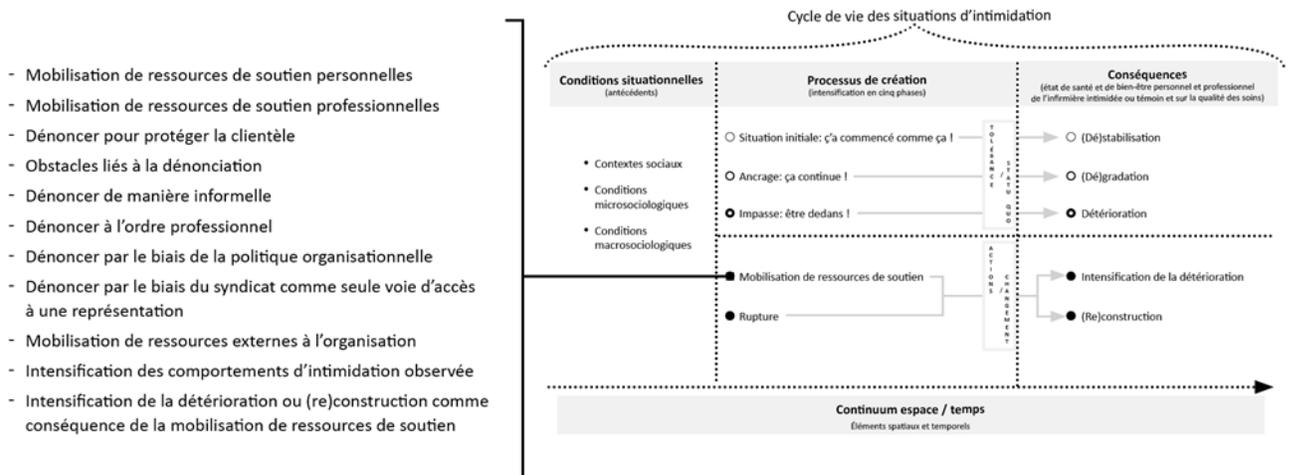


Figure 15. – Mobilisation de ressources vers l'intensification de la détérioration/(re)construction.

#### 5.2.7.4.1 Mobilisation de ressources de soutien personnelles

Des participants révèlent qu'ils bénéficiaient du soutien émotionnel de leurs proches, lorsqu'ils étaient en situation d'intimidation. P5 compare le soutien qu'elle a reçu de sa famille à une véritable bouée de sauvetage pour l'aider à passer à travers cette épreuve (entretien individuel, ASI, milieu urbain). Des propos similaires sont mentionnés par d'autres participants :

Si je n'avais pas eu le soutien de mon ami, je ne serais pas là (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P28).

J'étais avec des amis et ils m'ont dit : « on dirait que tu ne vas pas bien depuis un bout de temps ». J'ai été capable de leur dire : « c'est parce que je vis de l'intimidation au travail » et je me suis mise à pleurer... [émotive, pleurs] (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P10).

Sans le soutien de mon mari, je me serais peut-être enlevé la vie. Peut-être que je serais là, je ne sais pas. Il a été très aidant (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P6).

Le soutien émotionnel apporté par la famille et les amis semble avoir joué un rôle essentiel pour aider les participants intimidés. Plusieurs d'entre eux mentionnent avoir partagé leur

expérience avec leurs proches, qui les écoutaient et les conseillaient sur la manière d'interagir avec l'intimidateur. La plupart expriment qu'ils ont été réconfortés par leur présence et que cela faisait toute la différence, puisqu'ils se sentaient moins seuls. Le soutien émotionnel des proches semblait servir de modérateur des effets néfastes de l'intimidation sur le plan personnel. À l'inverse, des participants mentionnent qu'ils ne souhaitaient surtout pas informer leurs proches de la situation qu'ils vivaient au travail, parce qu'ils trouvaient difficile d'en parler, souhaitaient épargner leur souffrance à leurs familles, avaient honte de ce qui leur arrivait ou craignaient que leurs proches leur attribuent le blâme :

Mes parents ne le savaient pas, mon frère ne le savait pas, j'avais honte ! C'est sûr que j'avais honte [...] Mon frère, m'a toujours dit : « *you are a fighter* » [tu es une combattante] donc, si je lui avais dit ce que je vivais au travail, il m'aurait dit : « comment tu t'es retrouvée dans une situation pareille ? Est-ce que tu l'as créée cette situation ? » (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P29).

L'analyse révèle un affaiblissement du réseau de soutien social en raison du vécu d'intimidation. En effet, des participants croyaient qu'en ayant partagé la souffrance émotionnelle qu'ils ressentaient, au moment de leur vécu d'intimidation, ils étaient devenus une sorte de fardeau pour leurs proches, ce qui semble avoir érodé le réseau de soutien de certains d'entre eux, au fil du temps : « j'étais en train de faire mourir le monde qui était à côté de moi » (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P27). Selon ces participants, l'état de détresse dans lequel la situation d'intimidation les avait fait plonger influait sur leurs relations en dehors du milieu de travail. Ils mentionnent qu'ils avaient l'impression de ne plus être les mêmes aux yeux de leurs proches :

Tous les réseaux se coupent ! (entretien dyadique, infirmières, milieu rural, P27 et P28).

Quand tu vis quelque chose de difficile, après un certain temps, tu deviens un fardeau pour ta famille et pour tes amis qui ne veulent plus t'entendre. Ah ! Là, je me disais que j'étais en train de *cheaper* [altérer la qualité] mes relations. Je n'étais plus la personne joyeuse, le *fun* que j'étais (entretien téléphonique, enseignant/formation, P17).

J'avais des amies, mais je les ai toutes perdues à cause de ça [intimidation] Ça m'habitait trop. Je ne riais plus comme avant. Il y en a une qui me l'a dit et j'étais sous médication aussi [...] Il y en a deux qui m'accompagnaient à la cour et tout

à coup oups ! Je me suis retrouvée seule. J'avais changé (entretien individuel, clinicienne retraitée, milieu rural, P16).

Les conséquences négatives du vécu d'intimidation de certains participants sur leurs enfants sont soulignées par ceux qui souhaitent montrer l'étendue des effets préjudiciables qu'ils ont subis :

À cause de l'intimidation que j'ai vécue au travail, j'ai rencontré mon médecin qui m'a mis en arrêt de travail, puis le diagnostic est tombé : dépression majeure. J'ai dû me reconstruire complètement. J'ai dû prendre des antidépresseurs, des *boosters*, rencontrer médecins, psychologue. Étant maman de deux jeunes enfants à l'époque, j'ai perdu de beaux moments avec eux, qui ne reviendront jamais (e-témoignage, infirmière, milieu rural, P50).

#### *5.2.7.4.2 Mobilisation de ressources de soutien professionnelles*

Des participants ont mobilisé des ressources de soutien professionnelles en raison des effets délétères des situations d'intimidation qu'ils vivaient sur leur état de santé et de bien-être personnel et professionnel. Plusieurs d'entre eux indiquent qu'ils ont consulté un professionnel de la santé, en dehors de leur lieu de travail, tel que leur médecin de famille ou les services d'un psychologue, quelques fois obtenus par l'entremise du programme d'aide aux employés (PAE) offert par leur employeur :

J'ai décidé de prendre le programme d'aide aux employés parce que ça [situation d'intimidation] m'atteignait tellement que je voulais comprendre. Dans la vie, tu n'aimeras pas tout le monde, mais sa façon [intimidatrice] de s'adresser à moi... j'essayais de comprendre pourquoi ça venait tant me chercher [m'affecter]. Pourquoi c'était si viscéral (entretien individuel, gestionnaire, milieu rural, P25).

Dans l'ensemble, les participants parlent très peu du PAE, lorsqu'ils racontent leur vécu d'intimidation. Pour les quelques-uns qui ont eu recours à ce service de soutien, la plupart dénoncent l'accès limité de ses services avec un nombre insuffisant de séances qui leur ont été allouées, considérant la complexité de leur situation. Il ressort de l'analyse un manque de ressources de soutien organisationnel pour aider le personnel infirmier qui se trouve en situation d'intimidation :

À un moment donné, j'ai fini mes affaires avec le psychologue que je n'ai pas rappelé parce qu'on avait seulement le droit à six rencontres (entretien individuel, conseillère clinique, milieu urbain, P24).

#### 5.2.7.4.3 Dénoncer pour protéger la clientèle

Comme mentionné à la section 5.2.3.3.3 de ce chapitre, portant sur la posture de riposte ou de résistance de l'infirmière intimidée, l'analyse met en évidence le sens aigu de l'éthique de nombreux participants, dont plusieurs d'entre eux étaient prêts à dénoncer des inconduites et des injustices pour défendre leurs patients. Selon eux, les situations d'intimidation qui se produisaient dans leurs milieux de pratique avaient des effets préjudiciables sur la prestation de soins offerts à la clientèle. Or, même si des participants ont dénoncé l'intimidation pour se protéger eux-mêmes de ce qu'ils vivaient, le souci des retombées négatives sur la clientèle était au cœur de leurs discours, ce qui mettait de l'avant leur rôle de lanceur d'alerte. Pour eux, il fallait dénoncer haut et fort les inconduites et les pratiques non éthiques, qu'ils subissaient et dont ils étaient témoins, tout en étant conscients des risques qu'une dénonciation comportait pour eux, référant ainsi à une sorte d'engagement dans la *parrhèsia*<sup>10</sup> :

J'ai dénoncé ma situation à la direction, mais pour faire bouger des choses, il fallait que je prenne certains risques, même si c'était d'aller contre la direction (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P9).

Nous sommes deux infirmières qui vivons depuis quatre ans une histoire d'une grande tristesse et de grand désarroi [...] Nous avons au départ dénoncé à l'employeur des collègues de travail qui, à plusieurs reprises, ont fait des fautes professionnelles [...] pour avoir défendu les patients afin d'assurer la qualité des soins et la sécurité du public, nous subissons les contrecoups dans nos vies personnelles et professionnelles [...] heureusement que nous étions deux infirmières pour se soutenir, car bien souvent, lorsque nous avons parlé à des personnes ayant du pouvoir, les portes se sont refermées sur la loi du silence. Nous sommes vraiment à bout de souffle (extrait de la prise de contact, entretien dyadique, infirmière et clinicienne, milieu rural, P21 et P22).

---

<sup>10</sup> La parrhèsia est une activité verbale dans laquelle un locuteur exprime sa relation personnelle à la vérité et risque sa vie parce qu'il reconnaît que dire la vérité est un devoir d'améliorer ou d'aider les autres (ainsi que lui-même). Dans la parrhèsia, l'orateur utilise sa liberté et choisit la franchise au lieu de la persuasion, la vérité au lieu du mensonge ou du silence, le risque de mort au lieu de la vie et de la sécurité, la critique au lieu de la flatterie et le devoir moral au lieu de l'intérêt personnel et de l'apathie morale [traduction libre] Foucault, M. (2001). *Fearless speech*. SEMIOTEXT(E). (p. 19-20).

#### 5.2.7.4.4 *Obstacles liés à la dénonciation*

La description que font la plupart des participants de leur engagement dans le processus de dénonciation ou de plainte ressemble à un véritable labyrinthe truffé d'obstacles. Plusieurs mentionnent avoir fait une multitude de démarches auprès de nombreux acteurs collectifs pour obtenir de l'aide face à l'intimidation qu'ils vivaient et aux inconduites éthiques, dont ils étaient témoins « on a fait des plaintes partout » (entretien dyadique, clinicienne, milieu rural, P22). Tous les participants indiquent que les efforts qu'ils ont déployés n'ont pas permis de trouver une ressource d'aide qui pouvait répondre de manière efficace à leurs préoccupations.

#### 5.2.7.4.5 *Dénoncer de manière informelle*

Des participants révèlent qu'avant de dénoncer la situation sous forme de plainte formelle, ils ont cherché à obtenir de l'aide au sein de l'organisation, en dénonçant de manière informelle, souvent auprès de personnes qui occupaient des postes d'influence et de responsabilité. Lorsque le supérieur immédiat n'était pas en cause, des participants indiquent lui avoir parlé de ce qu'ils vivaient au sein de l'équipe de travail et lui avoir demandé, en vain, son soutien :

Le patron n'a pas dit un mot, sauf arrangez-vous entre vous autres ! (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P13).

J'avais beau demander de l'aide à mon chef d'équipe, il me répondait : « qu'est-ce que tu veux que je te dise ? Essayez de vous entendre ! Essayez de vous arranger ensemble » (entretien individuel, clinicien, milieu urbain, P4).

Devant l'inaction de leur supérieur immédiat, des participants ont décidé de dénoncer la situation, toujours de manière informelle, à d'autres acteurs au sein de l'organisation, parfois en rapportant « l'événement en allant plus haut dans l'organisation, *direct to the top* » (entretien individuel, infirmier, milieu urbain, P2) :

Le directeur des ressources humaines m'a dit : « tourne la page, passe à autre chose, on ne change pas le monde dans la vie » (entretien individuel, infirmière, milieu rural, P23).

J'ai appelé à la direction générale, j'ai contacté les ressources humaines, j'ai parlé avec un chef de communication, j'ai parlé partout et je disais haut et fort

à tous mes amis, oui, j'ai subi de la violence et de l'intimidation (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P11).

Une grande proportion des participants déplore la passivité et l'inaction de leur employeur pour régler les situations d'intimidation dénoncées. La majorité explique cette passivité et inaction sur le terrain par : l'absence du gestionnaire sur les lieux du travail, la banalisation de l'intimidation, le manque de volonté à régler ce type de situation, la gestion déficiente et désengagée, le leadership de type laisser-aller et des gestionnaires trop occupés pour s'attaquer à l'intimidation au travail. Des participants sont d'avis que cette inertie faisait en sorte que les situations d'intimidation semblaient se cristalliser dans les environnements de travail. Ainsi, malgré les dénonciations informelles, qui ont parfois suscité un certain étonnement auprès des ressources mobilisées, l'inaction de l'employeur est très tangible dans les propos de la majorité des participants :

L'employeur laissait passer, laissait passer et, à un moment donné, tu t'aperçois que ça fait cinq ans et personne n'a rien fait. Je n'étais pas la première à avoir des difficultés avec cette personne-là [l'intimidatrice] et l'employeur n'a jamais rien fait (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P1).

Quelques participants mentionnent que leur employeur a retenu les services d'une firme externe spécialisée en relation de travail pour « essayer de réduire les tensions qui existaient entre plusieurs membres de l'équipe » (entretiens individuels, clinicien(ne)s, milieu urbain, P4 et P7) et « expliquer ce qu'est l'intimidation et la violence psychologique » (entretien individuel, ASI, milieu urbain, P5). De leurs points de vue, ces interventions, bien que louables, étaient essentiellement centrées sur l'évaluation de la situation et l'éducation du personnel et n'ont pas eu les effets positifs escomptés, puisque l'état de la situation est demeuré le même. Selon eux, les évaluations qui ont été réalisées par sondage auprès des infirmières ne leur inspiraient pas confiance, puisque plusieurs craignaient des représailles, d'où leurs décisions de fournir des réponses évasives, qui ne reflétaient pas vraiment la réalité du terrain :

Les gens tremblaient tellement ils avaient peur. Je me disais : « ça n'a aucun sens ». Les ressources humaines ont mandaté une équipe de psychologues extérieurs pour qu'on fasse la paix, pour régler la situation d'équipe. Ils nous ont fait remplir un sondage par Internet, mais je savais qu'ils étaient déjà sur mon dos, alors je n'allais pas en ajouter un peu plus... J'étais vraiment neutre.

Je n'ai pas mis bon, ni pas bon. Ça n'a absolument rien donné. C'était même pire parce que toutes les relations se sont abîmées au point de crever. Ils ont nommé quelqu'un pour dire : « bon, tout est correct », mais ce n'était pas vrai (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P11).

Malgré leurs efforts de dénonciation, certains participants se sont butés à des refus et à des portes closes d'acteurs collectifs internes et externes, qui ne leur ont jamais offert le soutien dont ils avaient besoin, malgré les inquiétudes soulevées au sujet de la sécurité et la qualité des soins :

J'ai bien vu que ce n'était pas normal, je parlais à une infirmière, ma chef de département c'est une infirmière, et on lui parlait de qualité de soins et elle ne réagissait pas plus que ça. Elle nous laissait dans la marde. Nous autres, écoute, on était rendues *full* stressées. À un moment donné, je me suis dit : « coudonc, vas-tu attendre de faire une erreur avant de t'en aller là ? » Ça n'avait plus d'allure là icitte (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P21).

#### *5.2.7.4.6 Dénoncer à l'ordre professionnel*

Quelques participants racontent qu'ils ont contacté leur ordre professionnel en se référant à leur code de déontologie pour dénoncer l'intimidation qu'ils vivaient dans leurs milieux de pratique. Cette démarche semble plutôt avoir eu pour effet de conduire certains participants à « livrer le combat de leur vie » avec leur employeur, pour utiliser l'expression de P27 (entretien dyadique, infirmière, milieu rural). Des participants se sont trouvés dans l'obligation de porter plainte contre l'employeur pour ne pas être eux-mêmes blâmés, considérant la gravité des allégations dénoncées sur des inconduites et les risques pour la sécurité de la clientèle :

C'est marqué dans notre code de déontologie qu'il faut dénoncer, mais l'ordre m'a dit : « va voir ton syndicat et fais une plainte de harcèlement [forme d'intimidation] Il était pour aller rencontrer [l'intimidatrice] concernant les faits dénoncés pour la qualité des soins. L'ordre nous a dit : « si vous ne dénoncez pas, vous êtes aussi coupable. Vous n'avez pas le choix là, vous enclenchez le processus de plainte » (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P21).

#### *5.2.7.4.7 Dénoncer par le biais de la politique organisationnelle*

Les participants qui se sont engagés dans un processus de plainte formelle contre leur intimidateur rapportent qu'ils étaient convaincus que leur vécu d'intimidation allait au-delà de la relation conflictuelle entre collègues de travail et affirment que l'organisation pour laquelle ils

travaillaient était en grande partie responsable de leur situation. Selon eux, seulement quelques infirmières connaissaient l'existence de la politique contre l'intimidation dans leur environnement de travail. La plupart en ignoraient l'existence, puisque leur employeur ne faisait pas connaître la politique au personnel de l'organisation. De fait, tant le déploiement de la politique que la manière de l'appliquer demeuraient inconnus pour de nombreux participants, même ceux qui exerçaient des responsabilités de gestion :

Je ne connaissais pas la politique de tolérance zéro. Je n'étais pas au courant. Si on m'en a parlé, ça ne m'a pas fait sauter terriblement. Je n'avais pas beaucoup de lien avec les ressources humaines. Oui, je n'avais vraiment pas de lien c'est un gros centre hospitalier. Un petit centre tu as plus de liens, mais un gros centre, les ressources humaines sont plus loin, tu as moins de temps pour y aller. La politique, ce n'était pas vraiment quelque chose, qui était discuté dans les réunions de cadres ni son application (entretien individuel, gestionnaire, milieu urbain, P20).

D'autres participants indiquent qu'ils connaissaient l'existence d'une politique contre l'intimidation dans leur établissement. Toutefois, ils ne voulaient surtout pas l'utiliser par crainte de nuire à leur carrière et de se mettre des gens à dos. Pour cette raison, ils évitaient de recourir à la politique, laissant ainsi supposer qu'ils toléraient leur situation :

Je connaissais la politique, mais je suis contente de ne pas l'avoir utilisée ; j'ai réfléchi (entretien individuel, conseillère clinique, milieu urbain, P24).

Je ne voulais surtout pas m'embarquer là-dedans ! [processus de plainte] (entretiens individuels, cliniciennes, milieu urbain, P1 et P10).

C'est comme politique et tu ne dois pas te mettre personne à dos, parce qu'il n'y a rien qui dit que tu ne reviendras pas au CSSS un jour. Tu sais, question de garder de bons liens (entretien individuel, gestionnaire, milieu rural, P25).

Plusieurs participants perçoivent l'utilisation de la politique de tolérance zéro intimidation comme un processus complexe, inutile et nuisible, surtout ceux qui avaient choisi la voix de la dénonciation. Les politiques organisationnelles contre l'intimidation étaient davantage perçues comme une nuisance plutôt qu'un moyen efficace pour aider les personnes intimidées :

La plupart des gens n'utilisent pas la politique contre le harcèlement au travail [forme d'intimidation] ils prennent plutôt leur trou [préfèrent se taire] (entretien individuel, infirmier, milieu urbain, P2).

Je ne suis plus capable, mais on le sait que ça ne donnera rien de porter plainte. On [quelques membres de l'équipe] en a parlé ensemble et on a réalisé que ça ne donnera rien, le comportement va juste s'amplifier. J'ai l'impression que tout le monde a jeté la serviette. Elles se disent : « on va sacrer notre camp [fuir] et ça va être ben mieux de même ». Ce qui fait que, dans le fond, tout le monde fuit, tout le monde sacre leur camp (entretien individuel, clinicienne, milieu rural, P19).

Des participants racontent qu'à la suite du dépôt d'une plainte, leurs employeurs refusaient de mener une enquête interne, afin de relever des faits entourant la situation dénoncée. En revanche, des employeurs disaient mener une enquête, toutefois, plusieurs participants jugent qu'il s'agissait plutôt « d'une enquête bidon » (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P21), puisque, selon eux, elle était biaisée et partielle :

Elle [gestionnaire] faisait l'enquête sur son propre milieu de travail. J'avais peur que ce ne soit pas équitable (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, (P9).

Bon nombre de participants critiquent le fait que la plupart des gestionnaires et enquêteurs en sont venus à positionner leur vécu d'intimidation dans « le créneau du conflit de travail ou de la situation du patient agressif » (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P21). En désaccord avec ces idées véhiculées dans le RSSS, des participants insistent sur le fait que leur vécu d'intimidation ne relève pas du conflit de personnalités ou de la résistance aux changements. L'absence de reconnaissance de leur vécu d'intimidation a provoqué l'exaspération de plusieurs participants, au moment où ils ont vécu ces événements :

Qu'est-ce qu'on dit dans ce temps-là ? Il y a un conflit de personnalités ! Hey ! J'en ai marre du conflit de personnalités. Ce [l'intimidation] n'est pas une question de conflit de personnalités. C'est quelqu'un [intimidateur] qui ne veut pas accueillir un autre membre de l'équipe pour travailler avec lui, en lui mettant des bâtons dans les roues [...] En plus, l'autre [la cible] ne devrait rien faire et surtout ne pas trop faire de vagues (entretien individuel, IPS, milieu urbain, P15).

Des participants sont d'avis que la complexité de la politique limitait la possibilité d'aller au bout de la démarche. Pour ces raisons, plusieurs ont préféré garder le silence, rejoignant ainsi les tenants de l'immobilisme volontaire, mentionné à la section 5.2.7.2.8 de cette thèse :

C'est très difficile d'aller, jusqu'au bout de ce processus de plainte, les infirmières en sont incapables. Très souvent elles lâchent prise dans le processus de consultation auprès du syndicat (entretien individuel, ASI, milieu urbain, P5).

La plupart des participants soulèvent de sérieux doutes sur l'efficacité des politiques organisationnelles contre l'intimidation et affirment la nécessité de fournir du soutien à l'infirmière qui dépose une plainte contre son intimidateur, puisque cette démarche est comparable à celle des victimes de viol, dont l'identité est révélée à l'agresseur :

Je disais à mes infirmières [ses employées] : « si je dépose ta lettre [plainte] tu vas devoir rencontrer les responsables [ressources humaines] et ça va rester ». C'est quasiment comme une victime de viol, hein ? C'est aussi pire que ça ! J'ai dit : « tu vas devoir aller parler, mais je peux y aller avec toi [silence] est-ce qu'ils vont te garantir l'anonymat ? Je ne le sais pas. Il va falloir que tu négocies avec eux autres. Il va falloir que tu juges si tu peux faire confiance ». Je ne voulais pas leur dire des affaires qui n'étaient pas vraies [...] J'avais développé une bonne relation et je voulais qu'elles aient ça. Puis, elles ont dit : « on y va ! » Sauf qu'à un moment donné leurs noms ont sorti... [silence] (entretien individuel, gestionnaire, milieu urbain, P20).

Enfin, la politique de l'établissement contre l'intimidation (ou le harcèlement psychologique [une forme d'intimidation]) est décrite par plusieurs participants comme une sorte de guet-apens dans lequel certains d'entre eux disent être tombés. Selon leurs dires, l'utilisation de la politique les avait rendus plus vulnérables aux attaques de l'employeur, ce qui avait laissé place à un déséquilibre des forces entre les deux parties :

La politique contre le harcèlement c'est comme un piège parce que vous êtes obligé de soumettre des preuves tout de suite. Alors, l'employeur a le temps de préparer une riposte pour vous écraser (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P13).

#### *5.2.7.4.8 Dénoncer par le biais du syndicat comme seule voie d'accès à une représentation*

La majorité des participants ayant porté plainte de manière formelle mentionnent que la CNESST les a rapidement redirigés vers leur syndicat, en leur expliquant qu'il s'agissait de leur seule voie d'accès à une représentation en cas d'intimidation pour des employés syndiqués :

Je n'ai quand même pas eu le choix de passer par le syndicat parce que si on veut aller devant un tribunal, c'est seulement le syndicat qui peut me

représenter. La commission des normes du travail ne s'applique pas quand on est syndiqués (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P9).

Les participants qui n'étaient pas syndiqués ont, quant à eux, consulté leur association de cadre, lorsqu'il s'agissait de gestionnaires, la direction de l'établissement d'enseignement, dans le cas des étudiants, alors que les participants employés par une agence privée ne semblaient pas savoir où s'adresser, mis à part leur employeur. Dans tous les cas, ils n'ont pas obtenu de soutien qui répondait à leurs besoins. Ils ont plutôt été dissuadés de porter plainte ou informés que leur démarche était sans issue :

Mon employeur [agence privée] m'a dit de ne pas déposer de plainte parce qu'il était pour la refuser. Il me parlait de la prime d'assurance qu'il devait payer à la CNESST et que si je faisais une plainte pour harcèlement dans le RSSS, sa prime augmenterait. Je lui ai dit : « ils ont atteint mon intégrité, ma santé physique et mentale et tu veux que je me ferme la gueule, excusez-moi... » (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P29).

Le syndicat était donc identifié, par les participants syndiqués, comme étant l'unique ressource à mobiliser au sein de l'organisation pour les guider et les soutenir dans leur processus de plainte contre l'intimidation vécue au travail. Cependant, son inefficacité dans ce type de dossier fait consensus parmi ces participants :

Mon représentant syndical ne valait pas de la *chnoute* [ne valait rien] c'est mon gros paresseux. Il me disait : « tu sais, c'est une perception ! Toi, c'est ta perception, mais elle [intimidatrice], elle a une perception ». Je me suis dit : « il me niaise là ? Mon Dieu, mais je suis faite [ne pas pouvoir s'en sortir] (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P12).

La majorité des participants expriment leur profonde déception envers leur syndicat, qu'ils considéraient comme incapable de les accompagner pour qu'ils puissent sortir de leurs situations d'intimidation. Plusieurs mentionnent un manque de confiance et une insatisfaction généralisée :

Le syndicat n'est pas là pour te défendre, il est là pour te donner une jambette (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P28).

Je n'étais pas trop sûr qu'il [syndicat] était de mon côté. Avec ce que j'ai vécu, j'avais une certaine réserve. Je n'étais pas trop sûr qu'il était pour me donner le soutien que je souhaitais avoir dans une situation comme ça [intimidation] (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P9).

Plusieurs précisent qu'ils n'avaient même pas envisagé de contacter le syndicat pour obtenir de l'aide parce que, selon eux, cette démarche était inutile :

Dans l'optique où tu dirais : « moi, je vis du harcèlement psychologique à la job » ben, le syndicat n'en a rien à cirer [être indifférent] parce qu'il ne fait rien pour nous là (entretien individuel, clinicienne, milieu rural, P19).

Par ailleurs, étant donné la gravité de ce que les participants vivaient et devant l'absence de ressources pour les aider, plusieurs indiquent qu'ils n'ont pas eu d'autres choix que de contacter leur syndicat, même s'ils doutaient de la fiabilité de cette ressource. D'autres participants soulignent l'inaction ou les limites d'action du syndicat dans ce type de dossier, surtout lorsque le litige était appelé à se rendre en arbitrage :

Le syndicat me retournait directement à la direction, c'est moi-même qui ai dû demander qu'on me donne la conclusion de son enquête (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P9).

Moi je suis extrêmement déçu, il [le syndicat] ne peut rien faire [...] il aurait pu y avoir un grief (entretien individuel, infirmier, milieu urbain, P2).

Les quelques participants qui ont amené leur dossier en arbitrage déplorent les longs délais de traitement :

Mes demandes datent d'il y a deux ans. Depuis ce temps, j'ai quitté mon poste et le syndicat n'a rien fait depuis tout ce temps ? (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P13).

Alors qu'ils faisaient appel aux services du syndicat pour dénoncer une situation d'intimidation, des participants mentionnent qu'ils n'étaient pas soutenus par cette ressource. De leur point de vue, les interventions syndicales avaient plutôt exacerbé la situation et ses conséquences sur leur état de santé et de bien-être parce que le syndicat agissait de manière intimidante à leur égard :

Le syndicat ne m'a jamais soutenue. Il m'a plutôt engueulée. J'ai appelé au syndicat, dans le temps que ça chauffait, je leur ai demandé : « est-ce qu'il y a des postes affichés ? » Il m'a dit : « hey, *estie* [juron] de fatigante, t'appelles tout le temps », mais j'ai dit : « non, tu es là seulement le lundi. J'appelle pour savoir... » je suis en train de mourir et là, je braillais [pleurer]. La présidente était au courant, lui [représentant syndical] aussi. Ils n'ont jamais rien fait. Ils m'ont détruit complètement (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P27).

Des participants rapportent qu'ils ont fait l'objet de commentaires et de jugements désobligeants de la part de leur syndicat, alors qu'ils cherchaient à obtenir son soutien :

Le syndicat m'a dit au téléphone, avant que je reprenne mon travail, le lendemain : « oui, viens ici, mais si tu te sens encore harcelée ne viens plus jamais nous voir. J'étais fragile et ça m'a achevée là (entretien individuel, clinicienne retraitée, milieu rural, P16).

Enfin, des préoccupations concernant des liens de proximité entre des membres du syndicat et l'employeur, notamment en milieu rural, semblent avoir miné la confiance de plusieurs participants en cette ressource de soutien :

Qu'est-ce qui fait la force d'un syndicat ? C'est la solidarité. Ben, ça fait longtemps qu'on a passé *out* [ne pas se préoccuper] de la solidarité dans les syndicats parce qu'on est déçu de leurs comportements et il n'y a pas juste nous autres là [P21 et P22]. Les syndicats, ils font du vent dans les médias, mais dans les ici et maintenant et dans les faits, peut-être plus dans les petits milieux [milieu rural], le syndicat mange dans la main de l'employeur. Le syndicat c'est zéro pis une barre [plus que nul] (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P21).

#### *5.2.7.4.9 Mobilisation de ressources externes à l'organisation*

Pour ceux dont le syndicat avait refusé de les aider parce qu'un représentant syndical avait jugé par lui-même qu'il ne s'agissait pas d'intimidation, les participants mentionnent qu'ils étaient désespérés et ne savaient plus du tout vers qui se tourner. Certains trouvaient que leur situation était très grave « c'est sérieux là... c'était criminel » (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P21). Pour cette raison, ils manifestaient une ferme intention d'aller chercher de l'aide à l'extérieur de l'organisation.

Des participants ont décidé de recourir au service d'un avocat en pratique privée pour se défendre, mais leurs moyens souvent limités, dont les frais exorbitants et le manque d'avocats spécialisés en ce domaine, les ont obligés à cesser les procédures de plainte :

J'ai engagé un avocat pour la Commission des lésions professionnelles (CLP) parce que le syndicat ne voulait pas me défendre. Il fallait que je prouve que j'avais vécu du harcèlement (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P28).

J'ai dû me retirer à cause des frais, désistement, oui, des frais pour payer des experts [...] J'aimerais trouver un avocat [...] un avocat qui hum... est humain et qui connaît le harcèlement psychologique (entretien individuel, clinicienne retraitée, milieu rural, P16).

D'autres participants ont consulté le protecteur du citoyen, des comités d'éthique, leur député, la police, un organisme pour les victimes d'actes criminels, mais en vain :

J'ai déjà préparé des copies de lettres et dès que quelque chose se passe, c'est tout de suite une plainte à la police maintenant, parce que je ne peux plus en prendre (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P9).

Le contact avec les médias a été envisagé par quelques participants, mais la crainte de perdre leur emploi les a empêchés d'agir :

Comment ça se fait qu'on doit passer par les médias pour faire avancer des choses ? [...] On dirait qu'on est dans un monde, qui par dépit encourage ça. Au lieu de valoriser ou d'encourager un processus beaucoup plus serein, un processus qui justement défend une situation qui aurait un processus respectable envers tous. Il nous [infirmières] faudrait un défenseur du bon citoyen. Je ne sais pas comment dire parce que le respect, il n'y en a plus ! (entretien individuel, IPS, milieu urbain, P15).

Enfin, malgré leur recherche pour mobiliser des ressources de soutien, aucun des participants n'a trouvé d'organismes communautaires qui pouvaient répondre à leurs besoins, même si certains avaient été « très empathiques à ma cause. C'était la première place qui me comprenait ! » (entretien individuel, infirmière, milieu rural, P16). Ce verbatim témoigne aussi de cette réalité :

Et la société là, il me semble qu'il y avait plein de possibilités de cogner à des portes. J'ai téléphoné à plusieurs places pour qu'ils m'aident, mais je n'étais jamais la personne qui correspondait à leur clientèle ou le groupe ne pouvait pas m'aider (entretien individuel, infirmière, milieu rural, P16).

#### *5.2.7.4.10 Intensification des comportements d'intimidation observée*

Des participants révèlent qu'à partir du moment où ils ont mobilisé des ressources pour dénoncer leur vécu d'intimidation, soit de manière informelle ou formelle, ils ont constaté que leur situation s'aggravait. L'analyse montre l'existence d'un point de non-retour, en ce sens qu'il semblait ne plus y avoir de possibilité pour la plupart de ces participants de retrouver l'équilibre

dans leur milieu de travail. Selon eux, ce contexte de plainte avait contribué à multiplier les sources de comportements d'intimidation où l'employeur (ex. : ressources humaines, bureau de santé, gestionnaires) et même le syndicat, dans certains cas, étaient aussi perçus comme des intimidateurs en raison de leurs attitudes, leurs (in)actions et leurs comportements en réponse à la dénonciation qu'ils avaient faite « alors là, c'était [intimidation] rendu à deux endroits ! » (entretien individuel, ASI, milieu urbain, P5).

L'analyse montre que cinq comportements d'intimidation se sont intensifiés à la suite des démarches de dénonciation des participants. Le premier comportement d'intimidation intensifié est celui de la mise en doute des compétences par l'employeur, très souvent pour les obliger à retirer leur plainte d'intimidation. Dans le cas où ils avaient décidé de maintenir leur plainte, le suivi de compétence, qui a été mis en place pour les surveiller dans leurs activités professionnelles, avait pris des proportions démesurées qui rendaient leurs journées de travail intenable :

C'est tellement lourd mon affaire. Quand il a vu que je faisais un grief, l'employeur a dit : « on le sait que tu es une bonne infirmière, mais tu as posé un grief ; il est peut-être encore temps de l'enlever ton grief ». Il a décidé de m'évaluer sur mon propre département où je fonctionnais très bien. Il me faisait suivre, pas à pas, et ça a duré dix mois. Je ne sais pas comment j'ai fait pour réussir à faire ça (entretien individuel, clinicienne retraitée, milieu rural, P16).

Le deuxième comportement d'intimidation intensifié réfère à la surveillance accrue. Les participants qui faisaient déjà l'objet d'une surveillance accrue ont remarqué une intensification de cette surveillance, en raison de leur plainte pour dénoncer l'intimidation qu'ils subissaient au travail. Ils étaient convaincus que l'objectif ultime de l'employeur était de les congédier pour éviter toute poursuite qui pourrait éventuellement entacher la réputation de l'établissement et celle de ses gestionnaires :

L'employeur ne veut pas de harcèlement à son dossier pour ne pas nuire à la réputation de l'établissement. Il y a de la (sur)surveillance parce qu'on veut casser les gens qui font des plaintes de harcèlement surtout contre les gestionnaires, parce qu'un gestionnaire c'est intouchable [...] Dès que tu fais une plainte de harcèlement contre ton gestionnaire là, tu es sous surveillance et ils vont trouver n'importe quoi au niveau clinique pour te congédier. Il y a

des infirmières qui craquent et ne finissent pas leur journée (entretien individuel, représentante syndicale, milieu rural, P18).

L'employeur veut se débarrasser des cas problèmes (entretien individuel, clinicienne, milieu rural, P19).

Le troisième comportement d'intimidation intensifié correspond au fait d'être accusée à tort. Ceux qui ont fait l'objet de fausses accusations révèlent qu'elles s'étaient intensifiées, après le dépôt de leur plainte. Elles prenaient la forme de mensonges et de contre-discours, c'est-à-dire que les propos étaient désormais pris hors contexte et déformés « c'était toutes des affaires qui avaient été déformées » (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P27). Des participants soulignent qu'ils ont été considérés, par l'employeur, comme étant la source du problème :

Je trouve qu'on remet tout ça dans les mains des gens [...] Ben voyons, il y a une limite à ce que ce soit toujours la personne qui soit le problème (entretien individuel, milieu urbain, IPS, P15).

Mon employeur a essayé de minimiser la situation en disant que ce n'était pas vraiment un milieu toxique que c'était peut-être un peu plus moi le problème. Mais, les preuves étaient là (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P9).

Tout se retourne vers toi, comme si c'était toi la personne fautive (entretien individuel, gestionnaire, milieu urbain, P20).

Le quatrième comportement d'intimidation intensifié est celui des représailles touchant les conditions de travail. Des participants affirment qu'à partir du moment où ils ont mobilisé des ressources de soutien au sein de l'organisation (ex. : consulter le syndicat), en raison de leur vécu d'intimidation, ils subissaient des représailles qui se manifestaient par des refus de congé ou un horaire de travail inhabituel et contraignant, donnant ainsi à penser que la recherche de soutien aggravait le vécu d'intimidation :

À la minute qu'une infirmière consulte le syndicat, elle vit des représailles. Il y en a une qui l'avait consulté et quand la patronne l'a su, parce que tout se sait, bien elle a mangé la claque [recevoir des représailles insidieuses] Cela veut dire, que si elle demandait une fin de semaine de congé, elle ne l'avait pas. Si un soir, elle n'avait pas de gardienne, elle la mettait à l'horaire] pareil en lui disant que ce n'était pas son problème. Vraiment toutes sortes de choses comme ça pour l'amener à [dire] « je vais lâcher prise ». Les infirmières se font tellement ramasser qu'à un moment donné, elles quittent leur emploi ou bien elles

retournent dans leur ancien poste ou appliquent sur d'autres postes (entretien individuel, ASI, milieu urbain, P5).

Enfin, le cinquième comportement d'intimidation intensifié représente la menace à la poursuite de la carrière et au droit de travailler, soit au droit d'exercer la profession et au fait de nuire à la personne dans ses démarches pour obtenir un nouvel emploi. Des participants affirment que leur employeur avait menacé de leur faire perdre leur permis d'exercice professionnel et de leur donner de mauvaises références, surtout s'ils ne retiraient pas leur plainte :

J'ai subi du harcèlement psychologique de la part de plusieurs personnes [...] Je suis de retour au travail depuis une semaine, avec les agences privées, car je ne crois pas avoir un avenir dans le RSSS. Je ne sais pas si c'est possible pour moi d'y être engagée, car je n'ai pas de référence, étant donné que j'ai porté plainte pour harcèlement psychologique contre mon chef de service (e-témoignage, infirmière, milieu rural, P32).

J'ai fait une plainte pour harcèlement auprès de l'établissement de santé auprès duquel je travaille [...] Ce sont des milieux toxiques qui rendent souvent nos petits espoirs de devenir meilleure à chaque jour anéantis. De plus, je crois que notre dossier est catalogué [étiqueté en raison de la plainte] auprès de l'employeur et des syndicats... (e-témoignage, infirmière, milieu rural, P33).

Je suis barrée partout, ils [employeur, ressources humaines] m'ont barrée. J'ai dit au syndicat : « avec la lettre qu'ils m'ont faite, je ne pourrai jamais travailler nulle part ». Il m'a dit : « ah ben, c'est sûr que là tu oublies ça être infirmière » (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P27).

#### *5.2.7.4.11 Intensification de la détérioration ou (re)construction comme conséquence de la mobilisation de ressources de soutien*

Lors de la phase de la mobilisation de ressources de soutien, la détérioration de l'état de santé et de bien-être personnel et professionnel de l'infirmière intimidée ou témoin et sur la qualité des soins, telle que décrite à la phase précédente (l'impasse : être dedans !), semble s'intensifier pour plusieurs participants, même si l'analyse révèle une certaine (re)construction de certains d'entre eux. Dans l'ensemble, l'analyse montre que les conséquences des situations d'intimidation vécues aux phases de la mobilisation de ressources de soutien et de la rupture (cinquième phase) correspondent soit à l'intensification de la détérioration ou à la (re)construction. La (re)construction est décrite dans la prochaine section de ce chapitre.

### 5.2.7.5 Rupture

La cinquième et dernière phase du processus de création des situations d'intimidation est celle de la rupture (Figure 16). Tout comme la phase précédente (mobilisation de ressources de soutien), elle s'inscrit dans une perspective de mouvance par rapport au vécu d'intimidation en matière de changements qui surviennent en imposant une sorte de coupure avec la situation. L'analyse indique que la rupture correspond à la sortie du vécu d'intimidation.

Lors de cette phase, les intentions de départ des participants se concrétisent par un départ réel, volontaire ou non, comme s'il s'agissait de l'unique alternative possible pour mettre fin au cycle de vie de la situation d'intimidation. L'analyse indique trois formes principales de départ, soit la relocalisation et les départs volontaires et involontaires. Des participants mentionnent qu'ils se sentaient obligés de quitter leur poste ou leur milieu de travail, alors que pour d'autres, ce départ leur a été imposé par l'employeur, ce qui suppose que les situations d'intimidation peuvent entraîner des répercussions directes sur le maintien du lien d'emploi. Enfin, en raison des effets de cette expérience, pour certains participants, les conséquences sur l'état de santé et de bien-être personnel et professionnel de l'infirmière intimidée et sur la qualité des soins sont : l'intensification de la détérioration alors que pour d'autres leur état évolue progressivement vers une (re)construction difficile pour certains ou qui prend des allures positives pour d'autres, à court et moyen terme, reflétant ainsi ce qui reste des effets après une situation d'intimidation.

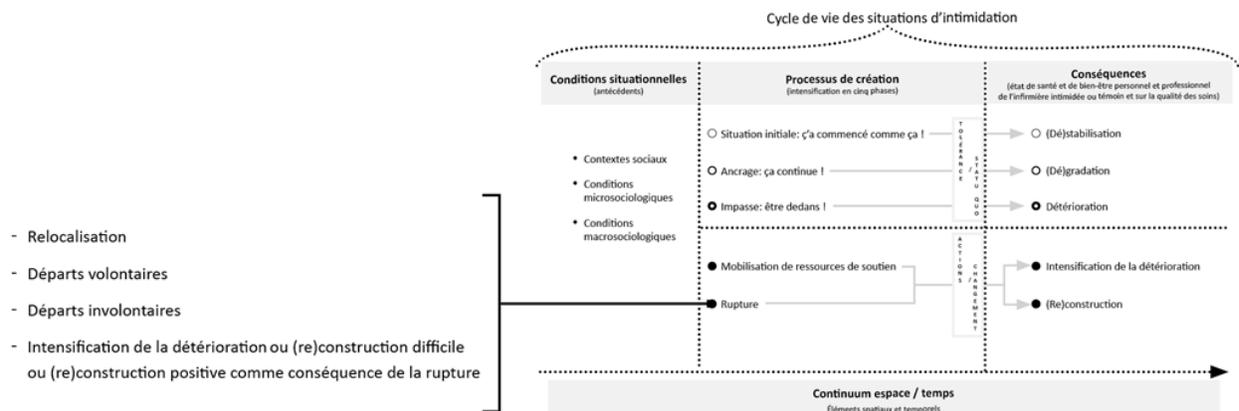


Figure 16. – Rupture menant à l'intensification de la détérioration/(re)construction

#### *5.2.7.5.1 Relocalisation*

D'abord, il peut s'agir d'une relocalisation de l'infirmière intimidée (plaignante) pour l'éloigner de l'intimidateur, en la transférant vers un autre poste ou établissement régi par le même employeur. Des participants expriment qu'ils se sont sentis déracinés par cette relocalisation. Plusieurs déplorent le fait qu'ils ont subi des pertes majeures sur le plan professionnel, surtout lorsque le domaine d'activités professionnelles (ex. : une spécialisation) dans lequel ils exerçaient et qui représentait leur objectif de carrière, qu'ils voyaient désormais anéanti. À noter que le scénario inverse, à savoir que l'intimidateur est celui qui était relocalisé, n'est pas rapporté par les participants :

En début de carrière, j'ai été victime d'intimidation [...] Je me suis battue longtemps avec la joie de la débutante, mais mes patrons m'ont fait comprendre que c'était perdu d'avance. Ils m'ont relocalisée sur un autre département, mais quand tu étudies pour un domaine en particulier... [déception] (e-témoignage, enseignante/formation, P31).

#### *5.2.7.5.2 Départs volontaires*

Des participants ont fait des demandes de congé différé ou d'études pour prendre un recul, pendant quelques mois, voire quelques années, au regard de ce qu'ils vivaient au travail. Ces derniers disent qu'ils n'ont pas exprimé le désir de mettre fin à leur lien d'emploi. En revanche, d'autres départs de l'infirmière intimidée se sont traduits par un changement de poste ou un bris définitif du lien d'emploi dans cette organisation :

Quand j'ai décidé d'appliquer sur un autre poste, je me suis dit : « là, c'est ma porte de sortie et je la prends ! » (entretien individuel, ASI, milieu urbain, P5).

On quitte le navire avant que ça coule. C'est clair ! Ce n'est pas le fun, on n'était pas bien, mais on a essayé (entretien individuel, clinicienne, milieu rural, P19).

Le départ de l'organisation signifie, pour plusieurs, le départ du RSSS, ce qui a mené plusieurs participants à offrir leurs services professionnels auprès d'agences privées :

Moi, je ne veux plus travailler dans le système de santé [RSSS] (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P29).

Je suis une de celles qui ont quitté le réseau de la santé. Ma carrière a été parsemée de vacheries (e-témoignage, clinicienne, milieu rural, P49).

Quelques participants évoquent le fait que leur vécu d'intimidation représentait pour eux un point culminant qui les avait conduits à réorienter leur carrière, non seulement en quittant leur emploi, mais aussi en abandonnant définitivement la profession. Les situations d'intimidation non résolues semblent avoir pour effet de réduire l'effectif infirmier :

Je suis un infirmier bachelier [...] J'ai entrepris des études [autre domaine que les sciences infirmières] afin de quitter ce milieu malsain, démoralisant et déprimant. J'adore m'occuper des patients, mais l'intimidation, les insultes, les « manigances dans le dos », la manipulation de l'esprit des collègues afin de briguer toute une équipe contre une ou deux personnes me donnent la nausée. J'en ai assez de me faire rabrouer parce que j'ose émettre une opinion contraire à celle de l'équipe ou du supérieur immédiat. J'en ai assez de sentir que je ne dois qu'appliquer les directives de tout le monde, alors que j'ai fait un bac durant lequel on nous a appris à développer notre autonomie, notre créativité, notre empathie. J'ai appris à l'université à être l'avocat de mes patients et de leurs familles [...] J'en peux plus ! J'ai très hâte d'en avoir fini (e-témoignage, clinicien, milieu rural, P34).

Après mon baccalauréat, j'ai vite déchanté, après trois ans de travail au point de démissionner et de retourner aux études pour compléter un baccalauréat [autre domaine] afin de sortir de cet enfer... (e-témoignage, clinicienne, milieu rural, P38).

#### *5.2.7.5.3 Départs involontaires*

Pour ce qui est des départs involontaires, des participants rapportent qu'ils se sont retrouvés en congé de maladie à cause de leur vécu d'intimidation. D'autres, qui se trouvaient dans un parcours de carrière plus avancé, révèlent avoir pris leur retraite prématurément, ce qui les a soulagés, contrairement à d'autres qui souhaitaient demeurer actifs sur le marché du travail :

Je suis infirmière à la retraite, retraite que j'ai devancée à cause d'une collègue, dont j'étais son souffre-douleur préféré. Devancée de trois ans et je n'ai jamais regretté ma décision (e-témoignage, infirmière retraitée, milieu rural, P43).

Le départ involontaire se solde, la majorité du temps, par un congédiement que les participants qualifient de déguisé, qui ne reflète pas la vérité sur ce qui s'est réellement passé dans le milieu de travail. Ces derniers considèrent plutôt leur congédiement comme un comportement d'intimidation, soit une injustice :

J'en ai deux-là [des infirmières] qui viennent d'être congédiées l'une après l'autre parce qu'elles ont fait des plaintes de harcèlement. Celle qui vient d'être congédiée ça fait 15 ans qu'elle travaille ici et il y en a une autre, 32 ans (entretien individuel, représentante syndicale, milieu rural, P18).

L'analyse indique que des participants, qui n'ont pas eu d'autres choix que de quitter leur milieu de travail, disent avoir subi des pertes financières. Pour certains, le stress financier a aggravé les conséquences de l'intimidation sur leur état de santé et de bien-être personnel et professionnel. Un endettement atteignant jusqu'à 60 000 \$ a été rapporté par quelques participants. Les situations d'intimidation ont également entraîné des pertes de salaire, puisque des participants révèlent qu'ils avaient réduit leurs heures travaillées pour éviter d'être en contact avec l'intimidateur. Un participant évoque ses pertes financières, en référant à des jours de suspension non rémunérés, que son employeur lui a imposés, alors qu'il avait été accusé injustement. D'autres soulignent que le changement de poste qu'ils ont été obligés de faire pour s'éloigner de leur intimidateur avait entraîné une baisse salariale. Des pertes financières, d'ancienneté et d'avantages sociaux en lien avec une démission, un congédiement ou une retraite prématurée sont dénoncées par de nombreux participants :

Ça n'a pas d'allure que moi pour défendre mes patients je suis obligé de payer de mon portefeuille et handicaper ma retraite (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P21).

Ce stress financier transparaît particulièrement dans le discours des participants qui ont dénoncé la situation et engagé des recours juridiques. Pour s'aider à faire face à l'intimidation, ils déclarent avoir été obligés de puiser dans les fonds de placement qu'ils avaient faits en prévision de leur retraite. De plus, même si quelques-uns d'entre eux ont accepté une médiation pour tenter de régler le litige avec leur employeur, ils mentionnent que la somme d'argent qu'ils se sont fait offrir était jugée insuffisante, puisqu'elle ne couvrait pas les frais encourus pour leur défense (ex. : avocat en pratique privée) :

J'ai tout sorti mes CELI [compte d'épargne libre d'impôt]. J'ai sorti les placements que j'avais. J'ai zéro argent. Là, je suis rendu à sortir mes REER [Régime enregistré d'épargne-retraite]. Demain, je dois appeler la banque pour sortir mon fonds de retraite, imposé à 30 % (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P27).

Au cours de la médiation, ils m'ont offert 40 000 \$. Moi, j'ai dit : « ça ne couvre même pas les frais de mon avocat et avec les impôts c'est seulement 20 000 \$ et avec tout ce que j'ai vécu... (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P28).

Des participants sont d'avis que les préjudices professionnels qu'ils ont subis sont déplorables. Plusieurs affirment qu'au moment où ils ont vécu de l'intimidation, ils bénéficiaient d'une stabilité d'emploi. Cependant, au moment de leur participation à l'étude, plusieurs d'entre eux avaient basculé dans une précarité d'emploi les laissant dans une incertitude financière. Des participants affirment que leurs noms ont été mis, selon eux, sur une liste noire, qui limitait leur accès à l'emploi dans le RSSS et que les prestations d'assurance-emploi leur ont été refusées ou limitées, parce qu'ils avaient démissionné ou avaient été congédiés. De plus, la précarité financière dont ils faisaient l'objet les a empêchés de recourir à des services de soutien psychologique pour les aider à se (re)construire, puisqu'ils n'avaient plus accès à des assurances salaire :

Je ne peux pas payer un psychologue parce que je n'ai pas les sous (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P27).

Je n'ai pas d'assurance [...] pour voir un psychologue (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P29).

Enfin, dans certains cas, les participants soulignent l'interruption, parfois brutale, de leur parcours de carrière, ce qui a contribué, pour certains d'entre eux, à altérer leur rapport à la profession :

J'ai fini par détester ma profession. C'est ça, j'ai aimé ma pratique en soins à domicile, mais je déteste être infirmière. Je ne suis plus capable de faire ce métier-là. Je ne conseillerais jamais cette profession à quelqu'un. Si je pouvais recommencer à zéro, jamais je ne deviendrais infirmière (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P6).

Les infirmières qui n'avaient pas démissionné m'ont dit : « on va travailler, mais c'est tout. On rentre pis on sort, on fait nos sept heures, pis il faut que ça finisse » (entretien individuel, ASI, milieu urbain, P5).

Je déteste ce métier maintenant (e-témoignage, clinicienne, milieu rural, P38).

Je suis passée de la plus passionnée du département à celle qui ne visait que des congés. Je révisais tous les soirs les cas complexes, je me perfectionnais [...] Maintenant j'essaye par tous les moyens de ne pas assister aux différents cours

offerts. Mon travail était ma passion, mes collègues ont éteint ma passion. Je fais encore du bon travail, mais ma flamme est éteinte (e-témoignage, clinicienne, milieu rural, P35).

#### 5.2.7.5.4 (Re)construction difficile comme conséquence de la rupture

L'analyse montre qu'à la phase de rupture avec la situation d'intimidation, certains participants rapportent qu'ils se sont (re)construits difficilement étant donné la persistance de quelques effets négatifs sur eux. Par exemple, certains rapportent avoir changé leur manière d'interagir avec les autres, en précisant que leurs relations professionnelles étaient désormais empreintes de méfiance, ce qui les incitait à maintenir une distance sociale :

Je suis en soutien avec les filles, mais je ne développerai pas de lien comme j'ai développé des liens antérieurement. Je pense que ça continue d'avoir des impacts, jusqu'à ce jour, puisque mon engagement dans une relation est maintenant différent (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P1).

On reste hum... [réflexion] polie au niveau des échanges professionnels, mais je suis toujours sur mes gardes pareil (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P13).

D'autres expriment qu'après les événements, ils ressentaient des sentiments de colère et de haine ainsi qu'un désir de vengeance qui persistaient envers l'intimidateur. Une nostalgie de leur milieu de pratique et de la clientèle côtoyée teinte leurs discours :

J'essayais de faire du lâcher-prise. Des semaines et des semaines et des années de lâcher-prise. Ça ne lâchait pas. Non, je me disais c'est trop d'injustices. J'avais de la colère, des blessures, ça revenait constamment (entretien individuel, clinicienne retraitée, milieu rural, P16).

Voilà mon aventure et je demeure avec un goût amer de cela. Mes patients et mes collègues me manquent (e-témoignage, clinicienne, milieu rural, P30).

Elle [intimidatrice] si je la vois, c'est les couteaux dans les yeux que je lui envoie. Eux autres [intimidatrices membres de la clique] je les rencontre, je soutiens le regard, mais c'est un regard haineux là... il reste de la colère (entretien individuel, infirmière, milieu rural, P26).

Parfois, j'ai des fantaisies de péter ses pneus (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P1).

Des participants déplorent le fait qu'ils gardaient toujours, même après plusieurs années, des traces de ce traumatisme et craignaient d'être marqués à jamais :

Ça va laisser des cicatrices éternelles (e-témoignage, clinicienne, milieu rural, P37).

Il est grand temps qu'on fasse la lumière sur le sujet, dépression, pensées suicidaires, sentiment d'exclusion sans cause réelle, profonde incompréhension, confusion et décision finale, tout quitter à notre détriment. Voilà la description de mon parcours psychologique. Aujourd'hui, je vais mieux, j'ai consulté, mais il reste des cicatrices profondes (e-témoignage, P51).

Je ne peux pas dire que c'est effacé, que c'est fini. Il va falloir qu'il coule beaucoup d'eau dans le Saint-Laurent, avant que je sois guérie d'elle [intimidatrice] (entretien individuel, conseillère clinique, milieu urbain, P24).

C'est le mouvoir pour tout le monde parce qu'ils m'ont tuée [émue] c'est un cancer qui me suit et je ne sais pas un jour si je vais m'en libérer (entretien dyadique, infirmière, milieu rural, P27).

Certains rapportent qu'ils ressentaient des malaises lorsqu'ils retournaient sur les lieux des événements :

Hier, j'ai passé dans le quartier où j'habitais et quand j'approchais surtout des rues où j'avais beaucoup de patients. Je ressentais les mêmes papillons dans l'estomac. C'est comme si tout était resté dans le subconscient. La même tension. Je pense que ça va rester avec moi pour toujours. Quand je passe là-bas. Tout revient ! (entretien individuel, infirmière, milieu urbain, P6).

Des rêves, de même que des réminiscences douloureuses des événements passés surgissaient, de temps en temps, dans l'esprit de certains participants :

Ça m'arrive encore quelquefois de rêver et quand je rêve à cette époque-là, c'est la [intimidatrice] qui me ridiculise et je me dis franchement, ça me choque. À chaque fois [émotive] je me dis : « pourquoi je rêve encore à ça occasionnellement ? (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P13).

Même si les événements s'étaient déroulés, il y avait plusieurs mois ou années, de vives émotions semblaient toujours présentes :

Je t'écoute parler et ça remonte encore [émotions] ah ! Moi, ça va être pour le reste de ma vie (entretien dyadique, infirmière, milieu urbain, P27).

J'ai des pincements au cœur quand j'y pense ! (e-témoignage, clinicienne, P47).

Des participants expriment qu'ils regrettaient de ne pas avoir été capables de mieux se défendre et auraient souhaité mobiliser des ressources extérieures à l'organisation, lorsqu'ils étaient en situation d'intimidation :

Avec le recul, j'aurais dû prendre un avocat (entretien individuel, gestionnaire, milieu urbain, P20).

Enfin, quelques participants mentionnent qu'ils sont demeurés complètement ébahis de constater l'absence de changement et l'aveuglement volontaire de l'organisation devant les comportements d'intimidation connus de certaines personnes dans le milieu :

Il n'y a rien qui change. C'est malheureux parce qu'elle [intimidatrice] est à nouveau [poste de cadre supérieur] Il y a quelqu'un qui l'a remis là et c'est malheureux [...] Les gens parlent et je me suis dit : « comment peut-on la placer dans de grandes positions ? » D'abord elle tue et j'étais à deux pas de ça. Et là, de l'autre à côté, tous les gens sont partis autour d'elle, mais ça ne se voit pas (entretien individuel, conseillère clinique, milieu urbain, P24).

#### *5.2.7.5.5 (Re)construction positive comme conséquence de la rupture*

La (re)construction de l'état de santé et de bien-être personnel et professionnel d'autres participants qui ont été intimidés prend plutôt des allures positives qui semblent leur permettre de poursuivre leurs projets de vie, sans trop de séquelles liées à leur vécu d'intimidation. L'analyse montre que le discours de ces participants met en évidence la fin de la situation et le soulagement que cela leur a apporté « c'est fini, enfin ! » (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P10), « je suis passé à travers » (e-témoignage, clinicien, milieu urbain, P41), « je m'en sors bien ! » (entretien individuel, gestionnaire, milieu rural, P25) et « je veux mettre ça de côté » (entretiens individuels, clinicienne et infirmière, milieu urbain, P1 et 8).

Des participants ont réussi à reconstruire leur confiance en eux après les événements. Néanmoins, même s'ils reconnaissent se sentir plus forts qu'au moment où ils étaient immergés dans la situation, ils continuent à prendre des moyens pour se protéger, par exemple, en restant loin de l'intimidateur, surtout lorsqu'ils disent être demeurés dans la même organisation :

Cette expérience m'a fragilisée, mais je me suis reconstruite. J'avais perdu ma confiance. J'ai rebâti ma confiance tranquillement pas vite sur les étages, en faisant partie de l'équipe volante. Je n'avais pas de contact quotidien avec les

mêmes personnes, ça me permettait d'être distante (entretien individuel, infirmière, milieu rural, P26).

L'intention de quitter la profession est toutefois restée dans l'esprit de certains d'entre eux :

Aujourd'hui, je suis plus forte et je songe à ne pas retourner dans ce domaine. Malgré le fait que j'adore mon travail (e-témoignage, infirmière, milieu rural, P50).

Des participants expriment qu'ils se sentaient mieux, depuis que la situation était terminée. Ils avaient l'impression d'avoir retrouvé une paix intérieure et réussi, jusqu'à un certain point, à mettre cette épreuve derrière eux :

Je dirais qu'au bout d'un an ma colère s'est estompée sans disparaître totalement. Je suis partie. Probablement avec le fait que c'est encore un peu présent, mais ça s'est estompé. Maintenant, j'ai le sentiment comme de vouloir boucler ça là. De mettre ça en arrière (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P1).

Pour certains, le fait de quitter le milieu de travail dans lequel ils avaient vécu de l'intimidation leur a permis de faire de nouvelles rencontres professionnelles enrichissantes et de retrouver leur passion pour la profession, ainsi qu'un équilibre sur le plan de leur santé et de leur bien-être :

Il y a une fin heureuse à cette histoire ! Et elle vécut de belles aventures grâce aux agences de placement ! Enfin, je fais connaissance avec de merveilleuses équipes de travail et je peux m'épanouir en milieu de travail, youpi ! (e-témoignage, infirmière, milieu rural, P32).

J'ai tout quitté pour travailler dans le privé. Mon avenir financier est précaire, mais j'ai retrouvé ma flamme et ma santé (e-témoignage, P51).

Dans certains cas, la (re)construction ne pouvait pas se faire sans une fracture complète avec la profession et une pensée désolante pour ceux qui sont restés dans le RSSS, comme en témoigne l'extrait suivant :

Je suis une des chanceuses qui s'en sort et je remercie la vie chaque jour de ne plus avoir à faire ce métier d'infirmière que je déteste maintenant [...] Celles qui sont prises dans l'engrenage du travail en milieu hospitalier n'ont plus l'énergie

de se battre pour faire bouger les choses et s'éteignent peu à peu (e-témoignage, clinicienne, milieu rural, P38).

Avec le recul, des participants se sont demandé s'ils avaient bénéficié, malgré tout, de certains apprentissages de ce vécu d'intimidation : « c'est une expérience, mais je ne suis pas certaine d'avoir appris tant de choses que ça. On dit, par contre, que les expériences, ça nous forme » (entretien individuel, clinicienne, milieu urbain, P1). Quelques-uns ont constaté qu'ils étaient maintenant capables de reconnaître l'intimidation et d'autres qu'ils avaient pris conscience de leur entourage, soit des personnes qui les avaient accompagnées, tout au long de cette épreuve. Certains précisent avoir découvert de nouveaux milieux de travail stimulants et favorables à leur autonomie et à leur développement professionnel. Cette épreuve semble avoir incité plusieurs participants à se montrer attentifs à leurs collègues de travail :

J'ai eu la chance d'être entourée d'une famille remarquable, qui m'a aidée à passer à travers de cette épreuve. Ensuite, j'ai travaillé à un autre endroit et ce fut un bel endroit pour apprendre. J'ai pu poser mes questions. J'ai appris à développer mon autonomie. J'avais une infirmière qui m'offrait son soutien. Elle m'appelait au travail pour savoir si tout allait bien. J'ai beaucoup apprécié. Je termine maintenant mon baccalauréat en sciences infirmières et je travaille à l'extérieur de ma région natale. Je suis si heureuse d'avoir réussi. Cette épreuve m'a permis d'être à l'écoute des besoins de mes collègues. J'ai un travail très satisfaisant (e-témoignage, clinicienne, P47).

Enfin, quelques participants affirment être arrivés à « finir [leur] carrière de façon positive » (entretien individuel, ASI, milieu urbain, P5), même s'ils avaient vécu un véritable enfer. Une participante était particulièrement fière de dire qu'elle avait réussi à se sortir de l'impasse des poursuites judiciaires qu'elle avait engagées pour cause d'intimidation au travail. Elle considère que son cas peut donner de l'espoir à ceux et celles qui ont dénoncé l'intimidation dans leur milieu de travail ou qui envisagent de le faire, puisqu'elle a réussi à gagner sa cause et à maintenir son droit de travailler. Cette participante précise toutefois que de simples excuses présentées par l'employeur auraient évité une poursuite en justice :

J'ai réussi à mener mon dossier jusqu'au bout, ce dont je suis fière. Mon histoire finit quand même bien et je ne suis pas restée amère face à ma profession que j'exerce toujours avec plaisir. Je suis en paix avec ça maintenant. C'est sûr que l'argent que j'ai eu [de l'employeur] c'est une consolation, ce n'est pas une réparation [...] Sérieusement, si l'employeur s'était excusé et qu'il avait fait son

mea culpa là-dedans eh bien, de l'argent, je n'en aurais pas demandé (entretien individuel, représentante syndicale, milieu rural, P18).

### 5.3 Synthèse des résultats

Les résultats révèlent la nature complexe et plurielle des situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière et mettent en évidence une conceptualisation de leur cycle de vie (Figure 17). La coconstruction théorique des situations d'intimidation (CTSI) permet de distinguer quatre regroupements dimensionnels interdépendants qui englobent les éléments constitutifs des situations d'intimidation.

Le premier regroupement dimensionnel est celui des conditions situationnelles (antécédents) qui rendent plus explicite le terreau fertile à la création de situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière. Il met en évidence trois dimensions constitutives des situations d'intimidation. La première dimension présente quatre contextes sociaux qui se posent en tant qu'élément de changement dans lequel se vivent les situations d'intimidation. Il s'agit des transformations du RSSS, des changements dans la composition des équipes de travail, des statuts d'emploi menant à une transition professionnelle et des transformations de la pratique infirmière. La deuxième dimension décrit les situations d'intimidation à partir de trois conditions microsociologiques que sont les ressources personnelles, les dynamiques interpersonnelles et les acteurs individuels. Ces conditions réfèrent à l'environnement social déchiré par des conflits non résolus, des alliances, des rivalités et des divisions, alimentant les dynamiques des acteurs individuels impliqués, soit les cibles, les intimideurs et les témoins. La troisième dimension éclaire quatre conditions macrosociologiques permettant de mieux saisir les structures à travers des conditions de travail, des lois et des politiques organisationnelles et gouvernementales, des acteurs collectifs internes et externes aux organisations et des discours sociaux dominants qui légitiment les situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière.

Le deuxième regroupement dimensionnel représente le processus de création des situations d'intimidation qui se décline en deux sous-processus, soit celui de la tolérance à la situation d'intimidation et celui de l'action menée pour y mettre fin. Le sous-processus de tolérance implique trois dimensions : 1) la situation initiale : ç'a commencé comme ça ! 2)

l'ancrage : ça continue ! et 3) l'impasse : être dedans ! alors que le sous-processus d'action implique les dimensions 4) mobilisation de ressources de soutien et 5) rupture. Dans l'ensemble, ces cinq phases suivent une logique séquentielle indiquant une relation unidirectionnelle de l'intensification de la gravité d'une situation d'intimidation. Cette intensification est représentée sur les figures par un cercle situé à côté de chacune des phases du processus de création des situations d'intimidation, dont la zone intérieure devient de plus en plus sombre.

Le troisième regroupement dimensionnel correspond aux conséquences sur l'état de santé et de bien-être personnel et professionnel de l'infirmière intimidée ou témoin et sur la qualité des soins. Il désigne les conséquences qui suivent la même logique séquentielle que le processus de création des situations d'intimidation, et sont en relation directe avec chacune des phases de ce processus, soit : la (dé)stabilisation, la (dé)gradation, la détérioration, l'intensification de la détérioration et la (re)construction.

Enfin, le quatrième regroupement dimensionnel est celui du continuum espace-temps qui permet de situer les situations d'intimidation dans le temps chronologique, le temps vécu, l'espace et le cyberspace.

La CTSI fait ressortir des éléments qui permettent de mieux circonscrire, de nuancer et de préciser la singularité d'une situation d'intimidation. L'interdépendance des regroupements dimensionnels, dont aucun n'occupe une position centrale, est dynamique ; des mouvements de réciprocité s'avèrent possibles entre eux. Sur la figure 17, la fluidité des relations entre les quatre regroupements dimensionnels est représentée par des lignes pointillées. Par exemple, les dimensions et sous-dimensions des regroupements conditions situationnelles et des conséquences sur l'état de santé et de bien-être personnel et professionnel de l'infirmière intimidée ou témoin et sur la qualité des soins, peuvent influencer sur les situations d'intimidation tant en amont (antécédents) qu'en aval (conséquences). Ainsi, lorsqu'une infirmière est intimidée ou témoin de situations d'intimidation, les conditions situationnelles (antécédents) circulent à travers les trois autres regroupements dimensionnels pour engager le processus de création d'une situation d'intimidation. Les conséquences des situations d'intimidation sur l'état de santé et de bien-être personnel et professionnel de l'infirmière intimidée ou témoin et sur la qualité

des soins se manifestent à travers chacun des regroupements dimensionnels qui impliquent tous un continuum espace-temps, reliant ainsi l'ensemble des dimensions de la CTSI. Au chapitre suivant, les principaux résultats sont discutés de manière à étendre la compréhension actuelle des situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière et à souligner les apports innovants aux savoirs existants de la présente étude.

## Cycle de vie des situations d'intimidation



Figure 17. – Coconstruction théorique des situations d'intimidation.

## Chapitre 6 – Discussion

Dans ce chapitre, les principaux constats et apports de la coconstruction théorique des situations d'intimidation (CTSI) sous-jacentes à la pratique infirmière aux savoirs scientifiques sont discutés. Ils sont suivis des contributions théoriques et méthodologiques, des critères de scientificité et des limites de cette étude. Des recommandations pour la pratique infirmière, la gestion des soins infirmiers, la formation en sciences infirmières et le politique, ainsi que des pistes de recherche terminent ce chapitre.

### 6.1 Principaux constats et apports de la CTSI aux savoirs scientifiques

Une coconstruction théorique des situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière, selon le point de vue d'infirmières et d'infirmiers québécois les ayant vécues à titre de cibles ou de témoins dans le cadre de leur pratique, a été élaborée en réponse au but de cette étude. La CTSI met en évidence quatre regroupements dimensionnels interdépendants englobant des facteurs individuels, relationnels, organisationnels et sociétaux qui caractérisent le cycle de vie de ce type de situations : 1) des conditions situationnelles (antécédents), 2) un processus de création, 3) des conséquences sur l'état de santé et de bien-être personnel et professionnel de l'infirmière intimidée ou témoin et sur la qualité des soins, ainsi qu'un 4) continuum espace-temps (Figure 17 du chapitre précédent). Ces regroupements fournissent une description des dimensions constitutives des situations d'intimidation qui se sont avérées porteuses durant l'analyse étant donné qu'elles permettaient de délimiter l'objet d'étude. Ils fournissent des leviers de réflexion et d'action concernant les situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière. Ces constats sont discutés dans les prochaines sous-sections du chapitre en fonction de l'état des connaissances.

#### 6.1.1 Conditions situationnelles (antécédents)

Les résultats de cette étude révèlent que les séances d'orientation, les périodes d'approbation, l'obtention d'un nouveau poste et l'accueil au sein d'une nouvelle équipe constitueraient des moments propices à la survenue de situations d'intimidation sous-jacentes à

la pratique infirmière. La CTSI indique que ces moments pourraient marquer le début du vécu d'intimidation de l'infirmière.

À première vue, il appert que ces quatre moments de transitions professionnelles vécus en situation d'intimidation sont peu documentés dans les écrits. En effet, la plupart des écrits infirmiers portant sur les expériences de transitions professionnelles abordent surtout les conditions personnelles (ex. : les croyances, les significations, le bien-être émotionnel, les capacités d'adaptation, les compétences) de même que les conditions sociales (ex. : soutien organisationnel), lesquelles sont considérées comme essentielles pour réussir une transition professionnelle (Duchscher, 2009; Gemme et al., 2020; Meleis et Trangenstein, 1994).

L'étude d'Hallaran et al. (2023) indique, par exemple, que la période d'orientation d'une infirmière agirait comme facilitateur lors d'une transition professionnelle dans le cadre d'un environnement de travail sain. Ces auteurs soulignent cependant que ces transitions suscitent des préoccupations lorsque l'intimidation devient un obstacle à leur réussite. Afin de pallier cette difficulté, des auteurs (Frederick, 2014; Latham et al., 2008; Latham et al., 2013) proposent des programmes de mentorat/préceptorat comme facilitateur de transition professionnelle. Frederick (2014) indique qu'en contexte d'intimidation au travail, le mentorat/préceptorat représente une solution qui vise l'adoption d'attitudes de respect et une communication ouverte. La communication, la collaboration et la résolution de conflits efficaces comme composantes d'un programme de mentorat/préceptorat pourraient contribuer à améliorer le soutien aux collègues (Latham et al., 2008) afin qu'ils puissent mieux composer avec de potentielles situations d'intimidation sur le terrain. De manière générale, il s'avère que les interventions proposées dans les écrits à ce sujet présentent des faiblesses quant aux preuves scientifiques de leur efficacité.

De plus, le sentiment d'avoir été mal accueilli par certains membres d'une équipe de soins lors d'une transition professionnelle est en partie discuté dans les écrits recensés. En effet, la plupart des écrits portent sur les difficultés rencontrées par des étudiantes en sciences infirmières (Bowllan, 2015; Minton et Birks, 2019) ou des infirmières nouvellement diplômées qui font leur entrée sur le marché du travail (Ashley et al., 2016). La majorité des écrits se concentrent sur des facteurs qui ont un impact direct sur les expériences de transition positives ou négatives tels que

les changements de rôle, le besoin de soutien, l'écart entre la théorie et la pratique, la peur liée au sentiment d'être inexpérimenté dans le nouveau domaine d'activité (Gohery et Meaney, 2013), la socialisation et la culture (Farnell et Dawson, 2006). Or, contrairement à ce que la CTSI révèle, les écrits évoquent peu le moment d'accueil d'une infirmière expérimentée qui passe d'un domaine de pratique à un autre. Dans ce cas, il semble que cette infirmière soit souvent appelée à assumer un rôle de novice lors de ce changement de statut d'emploi, ce qui pourrait créer des difficultés, notamment lorsque le programme d'orientation s'avère inadapté à ses besoins (Dellasega et al., 2009). Le manque de reconnaissance de l'expertise professionnelle par des collègues ou l'employeur pourrait provoquer des tensions durant la période de transition d'une infirmière (Cangelosi et al., 2009). Cette période permettrait d'ailleurs d'éclairer l'intention de celle-ci à demeurer en poste dans les organisations de santé (Dellasega et al., 2009). La CTSI révèle ainsi des éléments quant aux moments de transitions professionnelles propices à des actes d'intimidation perpétrés à l'endroit de l'infirmière novice ou expérimentée qui a choisi de s'orienter vers de nouveaux rôles spécialisés au cours de sa carrière.

À la lumière des résultats de la présente étude, il semble que les comportements d'intimidation de collègues ou de l'employeur à l'égard de l'infirmière nouvellement admise dans une équipe de travail, constitueraient un facteur de stress majeur, contrairement au fait d'assumer un nouveau rôle d'infirmière, et auraient le potentiel de nuire à la réussite de la transition professionnelle. Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre chez les infirmières, de difficultés de rétention et de nombreux mouvements du personnel infirmier au sein des organisations de santé, une réflexion s'impose sur les conditions pouvant complexifier les transitions professionnelles des infirmières, notamment celles des infirmières expérimentées afin de mieux répondre à leurs besoins en tenant compte de potentielles situations d'intimidation liées à ces moments de changement de carrière. Il devient impératif de sensibiliser les acteurs des organisations de santé sur l'importance d'accorder une attention particulière aux moments des transitions professionnelles pour mieux soutenir les infirmières confrontées à ces réalités.

Par ailleurs, des écrits abordent la notion de valeur comme exerçant une influence potentielle sur des situations d'intimidation. Ils traitent essentiellement des valeurs de justice et de respect comme notion prépondérante de l'intimidation au travail (Saunders et al., 2007) de

même qu'entre infirmières (Dumont et al., 2012) et d'altération des relations de confiance du personnel infirmier en situation d'intimidation (Logan et Malone, 2018; Trépanier, Fernet, Austin, et al., 2016). À ce titre, il semble que le conflit de valeurs jouerait un rôle catalyseur dans les réactions d'insatisfaction du personnel soignant, notamment lors de conflits sociaux dans les organisations de santé (Mejri et Brasseur, 2020). Une étude, celle de Sawa et Sawa (1988), révèle d'ailleurs que le conflit de valeurs personnelles d'un individu pourrait induire chez lui des changements de comportement significatifs, notamment lorsque la valeur en question est saillante dans son système de valeurs, ce qui rejoint la notion de valeur décrite au sein de la CTSI.

À cet égard, peu d'écrits documentent le conflit de valeurs (Mejri et Brasseur, 2020) et aucune étude recensée n'aborde les valeurs de l'infirmière intimidée qui, lorsque combinées à sa capacité d'affronter l'intimidateur, semblent mobiliser la force dont elle a besoin pour prendre la décision de mettre un terme à sa situation d'intimidation, comme l'ont exprimé plusieurs participants à l'étude. Ces résultats résonnent avec la notion de sentiment de cohérence de l'approche salutogénique d'Antonovsky, telle que proposée par Lindström et Eriksson (2012), qui donnerait aux personnes la confiance en leur capacité à trouver des ressources individuelles ou environnementales et à les utiliser dans une visée de promotion de la santé. Selon ces auteurs, le sentiment de cohérence d'une personne jouerait un rôle modérateur lors d'une exposition à la violence en milieu de travail sur ses réactions cognitives, psychosomatiques et psychologiques face au stress.

L'approche salutogénique prend appui sur deux concepts clés, soit le sentiment de cohérence prédisposant une personne à un degré de confiance durable et dynamique et les ressources de résistances générales (ex. : physique, émotionnelle, relationnelle, macrostructurelle) fournissant les conditions favorables au développement du sentiment de cohérence pour qu'une personne, un groupe ou une société puisse composer avec les événements difficiles de la vie. En se basant sur l'approche salutogénique, il est possible de penser qu'elle pourrait se révéler bénéfique lors de situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière puisqu'elle est centrée sur les ressources de santé et sur le processus de promotion de la santé. Le développement, la mise en place et l'évaluation d'activités de promotion de la santé en collaboration avec divers partenaires permettraient d'agir en amont de situations

d'intimidation dans les milieux d'enseignement et clinique pour contribuer à rendre ces milieux plus sains et sécuritaires.

Bon nombre d'écrits portant sur des critères semblables aux valeurs et aux capacités de l'infirmière, tels qu'exposés par la CTSI, abordent des stratégies et des programmes éducatifs élaborés très souvent par des experts pour aider les infirmières à gérer des situations d'intimidation. En général, ils abordent le renforcement de compétences sociales et émotionnelles (Kim, 2020), l'affirmation de soi (Karakas et Okanli, 2015), le renforcement de la résilience (Courtney-Pratt et al., 2018) et des stratégies de *coping* (Mills et al., 2019). D'autres programmes mettent l'accent sur l'acquisition de connaissances déclaratives, de compétences et de capacités pour outiller le personnel infirmier essentiellement dans une visée de changements comportementaux à l'aide, par exemple, de la répétition cognitive (*Teaching cognitive rehearsal*) utilisée comme stratégie d'adaptation et de communication efficaces pour apprendre à répondre à l'intimidateur (Armstrong, 2017; Griffin et Clark, 2014; Smith, 2011), de l'apprentissage actif pour favoriser une interaction coopérative (Roberts et al., 2018), de la simulation et du débriefage virtuels (Mallette et al., 2011) et de modules d'apprentissage en ligne (Palumbo, 2018; Thompson et George, 2016). Dans l'ensemble, la recherche sur les interventions mobilisatrices de ressources personnelles se concentre surtout sur des actions dont la responsabilité incombe à l'individu qui doit s'outiller pour évoluer dans un environnement de travail à risque d'intimidation. Peu d'études ont examiné les effets à long terme de ces interventions, centrées uniquement sur la personne, dans la lutte contre l'intimidation (Johnson, 2013). Dès lors, les interventions recensées semblent s'inscrire davantage dans une perspective préventive plutôt que de promotion de la santé comme le propose l'approche salutogénique mentionnée précédemment.

Toujours en lien avec les valeurs de l'infirmière, Sastrawan et al. (2019) soutiennent que des environnements de travail complexes et dynamiques pourraient représenter une menace pour l'intégrité professionnelle de l'infirmière. Selon ces auteurs, l'intégrité professionnelle renvoie au domaine de l'intégrité personnelle qui concerne les activités professionnelles, l'intégrité personnelle et professionnelle étant indissociable. Ils mentionnent qu'il peut s'avérer difficile pour une infirmière de maintenir son intégrité, alors qu'elle est confrontée à des situations menaçantes dans son milieu de pratique. À l'instar de ces auteurs, tout comme l'illustre

la CTSI, une infirmière pourrait juger subjectivement des situations qui menacent son intégrité et prendre des décisions en prenant appui sur ses valeurs personnelles et ses expériences vécues. Les résultats de la présente étude viennent ainsi montrer la portée du système de valeurs de l'infirmière dans la trajectoire que prendra son vécu d'intimidation. Dès lors, la gestion de telles situations indique la nécessité pour l'infirmière de mieux saisir la nature des situations d'intimidation comme menace à l'intégrité pour qu'elle puisse identifier des stratégies efficaces pour composer avec ces situations.

L'angle d'exploration de cette étude a également mis en lumière des dynamiques interpersonnelles, telles que la formation d'alliances informelles (en cliques) entre des membres du personnel d'une organisation qui pourrait jouer un rôle d'influence sur les situations d'intimidation. Ce constat rejoint les propos d'Hutchinson, Wilkes, et al. (2010) affirmant que des réseaux organisationnels informels peuvent inciter certains membres du personnel, jouant un rôle à divers niveaux hiérarchiques d'une organisation, à s'engager dans des actes d'intimidation et contribuer à la tolérance de ce type de situations dans les organisations de santé. Seulement quelques travaux, ceux d'Hutchinson et al. (2006a) et d'Hutchinson, Wilkes, et al. (2010), abordent la formation d'alliances informelles (en cliques) au sein de la pratique infirmière en situation d'intimidation, révélant ainsi la nécessité d'études empiriques sur ce sujet.

Dans la présente étude, pour une majorité de situations d'intimidation qui ont abordé la formation d'alliances informelles (en cliques), il appert que les situations pourraient être qualifiées de normalisées et de légitimées en raison de règles informelles établies par des membres de ces alliances. Ce type de règles fait écho à ce que Molinier (2006) décrit comme des règles informelles sociales (ex. : convivialité), langagières (ex. : conditions d'intercompréhension), techniques (ex. : façon de faire) et éthiques (ex. : valeurs et normes de référence) construites au fil du temps en fonction des personnes qui constituent le collectif de travail. Selon cet auteur, il s'agit de la face cachée du travail, en ce sens qu'une personne prend connaissance de ces règles à ses dépens, c'est-à-dire en les transgressant involontairement. Tout comme Becker (1985), la CTSI laisse supposer qu'au moment où un membre du groupe transgresse les règles informelles ou normes sociales établies, il est possible qu'il soit perçu par d'autres comme l'*outsider* dans l'équipe, c'est-à-dire celui à qui certains membres ne peuvent faire confiance et avec lequel ils

pourraient aller jusqu'à refuser catégoriquement de travailler. Dans ce contexte, les membres d'un groupe de travail peuvent considérer une infirmière comme étant incompatible avec les normes sociales qu'ils ont établies (Karatuna et al., 2020). La transgression des règles informelles pourrait ainsi marquer le début d'un vécu d'intimidation pour une infirmière qui n'y adhère pas. Ces résultats soulignent la pertinence de se pencher sur les dynamiques sociales au sein d'une équipe de soins pour tenter de rendre explicites ses modes d'autorégulation informelle afin de faciliter l'intégration de l'infirmière nouvellement admise dans ce nouvel espace social de travail.

Dans la même ligne de pensée, les alliances informelles (en cliques) rapportées par les infirmières rencontrées dans la présente étude s'avèrent être synonymes d'exclusion et de stigmatisation envers certaines infirmières qui paraissent rejetées d'emblée par le groupe dominant de l'équipe de soins. Ces résultats trouvent une résonance avec le concept d'*othering* proposé par Canales (2010; 2000) pour mieux saisir comment les infirmières interagissent avec celles perçues comme étant différentes d'elles-mêmes, en prenant appui sur deux processus : l'exclusion et l'inclusion. L'autrice explique leurs différences en référant à la façon d'utiliser le pouvoir, à la personne qui l'utilise et aux conséquences qui y sont associées. À cet égard, la CTSI permet de distinguer des alliances informelles formées, par exemple, à partir de cliques de type racial, selon le type de spécialités cliniques ou encore par des liens de parenté ou de la communauté, où la force des liens entre les membres et leur pouvoir sur les autres pourraient exercer une influence sur la manière dite *appropriée* de travailler dans l'équipe de soins et la survenue de situations d'intimidation. À l'instar des suggestions de Canales (2000), il devient impératif de sensibiliser les infirmières à l'importance de faire preuve d'ouverture et d'autoréflexion pour mieux comprendre les différents points de vue des membres de son équipe, afin d'éviter la stigmatisation de certains d'entre eux.

La CTSI permet également de mettre en lumière une forme de *contagion* entre les membres qui forment des alliances informelles (en cliques), quant aux attitudes et comportements d'intimidation que certains auraient adoptés envers l'infirmière intimidée. Ce constat qui se dégage de cette étude trouve une résonance avec les propos d'Hutchinson (2013), qui aborde la notion de contamination entre les membres des cliques en décrivant le jeu émotionnel stratégique qu'utiliserait l'intimidateur pour affirmer son pouvoir sur les autres et

influencer leurs attitudes et opinions. Il semble d'ailleurs que certaines personnes, exposées à des modèles ayant des comportements d'intimidation dans l'environnement de travail, seraient susceptibles de s'engager dans ce même type d'actions (O'Leary-Kelly et al., 1996). Similairement, Hutchinson, Wilkes, et al. (2010) défendent l'idée qu'il est possible qu'en raison de l'association entre des acteurs prêts à tolérer ou à s'engager dans des actes d'intimidation, que les personnes soient socialisées selon des normes de tolérance à l'égard de ces actes qui ne sont pas socialement désapprouvés. Becker (1985) affirme d'ailleurs que les normes sociales établies par le groupe définissent les situations et les modes de comportement. À l'instar de Becker (1985) ainsi que d'Hutchinson, Wilkes, et al. (2010), la CTSI révèle la possibilité qu'une infirmière novice ou expérimentée nouvellement embauchée puisse être socialement influencée par des règles de relations sociales ou des modes de comportement établis par certains membres d'alliances informelles (en cliques) qui les ont jugés socialement acceptables.

À la lumière des résultats de la présente étude, il appert que la CTSI permet d'élargir la notion de socialisation professionnelle d'une infirmière en la situant dans un contexte de situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière. En général, la socialisation de nouveaux employés résulterait d'un processus de découverte et d'adaptation, notamment à la culture de leur environnement de travail (Lalonde et McGillis Hall, 2017). Dans la présente étude, la notion de socialisation professionnelle d'une infirmière, telle que semble l'indiquer la CTSI, prendrait appui sur l'intériorisation de normes, de valeurs dominantes, d'attitudes, de comportements et de rôles liés à la profession, comme le décrivent certains auteurs (Birks et al., 2018; Corney, 2008; Randle, 2003; Smith et al., 2016), mais également sur la qualité des dynamiques interactionnelles et la conformité aux règles informelles pour que l'infirmière y soit acceptée sans devenir une cible d'intimidation dans son milieu de pratique. Les résultats de cette étude soulèvent ainsi une préoccupation quant à la présence d'alliances informelles (en cliques) dans les milieux de pratique en lien avec la socialisation des infirmières et le *soin*. Il semble qu'aucune étude n'a exploré ces particularités de la pratique infirmière en situation d'intimidation, énonçant ainsi deux pistes à considérer pour la recherche. Enfin, il importe de considérer le déploiement des mesures favorisant les relations interpersonnelles exemptes de violence, de contraintes ou de discrimination dans les organisations de santé.

### **6.1.2 Pratique infirmière en situation d'intimidation (processus de création)**

La CTSI met en évidence trois particularités inhérentes à la pratique infirmière en situation d'intimidation. D'abord, les résultats de cette étude donnent à penser que les divergences idéologiques en matière de conception du *soin* contribueraient au processus de création des situations d'intimidation. À cet égard, Crawford et al. (2019) soulignent que les interprétations divergentes de la pratique infirmière pourraient servir de déclencheur de ce type de situations, sans toutefois aborder les divergences sur la conception du *soin*. Aucune étude empirique témoignant de divergences idéologiques en lien avec la pratique infirmière en situation d'intimidation n'a été identifiée dans les écrits recensés. Cependant, une étude, celle de Pickering et al. (2017), révèle que les façons différentes d'exercer une profession sur la base d'idées, d'opinions et de visions, parfois antagonistes avec l'intimidateur, exposent de façon répétée la personne intimidée à des conflits avec ses propres attentes concernant la manière de *soigner*. Selon ces auteurs, ses idéaux sur la façon d'offrir des soins de qualité aux patients seraient constamment remis en question par l'intimidateur, ce qui rejoint l'idée des divergences idéologiques exposée au sein de la CTSI.

De plus, les résultats de la présente étude mettent en évidence que les différents niveaux de formation aux infirmières semblent exercer une influence sur le vécu d'intimidation dans les milieux de pratique. Le mépris de certains individus envers les différences de niveau de formation représenterait un déterminant organisationnel propice à la création de situations d'intimidation en contexte infirmier (Koh, 2016). L'étude de Daly et al. (2020) révèle que les divisions en fonction du diplôme obtenu pourraient contribuer aux situations d'intimidation entre infirmières en dévalorisant les infirmières ayant une formation d'un niveau différent. La perception de compétences des infirmières (ex. : intégration de connaissances, pensée critique pour soigner de manière éthique et sécuritaire) représenterait d'ailleurs un indicateur prépondérant de la perception d'intimidation dans les organisations de santé (Obeidat et al., 2018). Dans la présente étude, la CTSI révèle des préjugés défavorables relatifs à la qualité de la formation universitaire de premier cycle, particulièrement en ce qui concerne la perception d'un manque de compétences et d'autonomie dans l'application de gestes techniques, soit les compétences psychomotrices permettant d'effectuer des activités de soins. Cela dit, les différentes formations

offertes aux infirmières, qui s'avèrent spécifiques au contexte québécois (collégiale, universitaire 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> cycle) et mènent à des titres d'infirmières variés, semblent poser pour plusieurs participants à l'étude un défi d'intégration à une équipe de soins, particulièrement pour une infirmière qui détient une formation universitaire de premier cycle, ce qui la rendrait plus vulnérable à devenir une cible d'intimidation. La CTSI éclaire ainsi les divisions internes au sein de la profession infirmière qui paraissent propices au développement de situations d'intimidation en montrant les difficultés rencontrées par l'infirmière intimidée ayant un profil de compétence distinct. Dans ce contexte, il est possible de croire que les différents niveaux de formation au sein de la profession infirmière pourraient expliquer certaines divergences idéologiques en matière de conception du *soin* qui pourraient précipiter ou exacerber des situations d'intimidation dans les organisations de santé. La rareté des écrits sur ce sujet indique une piste de recherche à explorer.

La CTSI permet donc de mieux comprendre les différents niveaux de formation aux infirmières comme source potentielle de dévalorisation et de division interne pouvant mener certaines infirmières à s'intimider les unes les autres. Au Québec, le débat actuel porte sur l'idée de faire du baccalauréat la norme d'entrée à la profession infirmière étant donné que différentes lacunes sont observées entre la formation collégiale et universitaire, notamment sur le plan des compétences et les risques de préjudice pour la population y étant associés (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2022). Souvent évoquée au cours des dernières décennies, cette proposition se révèle toujours pertinente puisqu'un seul niveau d'entrée dans la profession pourrait contribuer à réduire la présence de situations d'intimidation dans les milieux de pratique, du moins à long terme. À ce titre, le rapport des états généraux de la profession infirmière souligne la nécessité de prévoir des mesures pour soutenir cette transition concernant la norme d'entrée à la profession infirmière (Boucher, 2021), ce qui pourrait permettre d'éviter d'aggraver des situations d'intimidation dans les organisations de santé ou celles qui pourraient en résulter.

Les résultats de cette étude indiquent également que l'organisation des services et des soins aux patients orientée vers des activités professionnelles surveillées et quantifiées aurait transformé la signification de *soigner* des infirmières rencontrées qui aurait ainsi pris un sens opposé à leur vision du *soin*, ce qui pourrait avoir contribué à précipiter ou à exacerber leurs

situations d'intimidation. L'infirmière qui évolue et se construit à travers la signification qu'elle accorde à sa pratique infirmière dans des contextes de soins à forte tendance commercialisée serait susceptible de perdre ses repères moraux et le sens qu'elle donne à son travail (Austin, 2011). Tout comme D'Cruz et Noronha (2010), la CTSI permet de croire qu'une infirmière intimidée ou témoin pourrait se dissocier de son environnement de pratique et développer une perte de sens pour sa profession. Les divergences idéologiques sur le sens accordé au *soin* exprimées par les participants à l'étude indiquent qu'elles pourraient polariser la manière de *soigner* les patients dans des environnements de travail où des situations d'intimidation se produisent. Dans les écrits infirmiers, il semble que cette divergence idéologique ne soit pas évoquée comme une dimension constitutive de l'intimidation entre infirmières. Par conséquent, des recherches sur ce sujet s'avèrent nécessaires.

La deuxième particularité inhérente à la pratique de l'infirmière en situation d'intimidation dévoilée par la CTSI laisse voir que l'infirmière intimidée ou témoin se heurte à sa propre compréhension de son environnement de travail qui entrerait en conflit avec ses attentes par rapport à ce que devraient impliquer des soins sécuritaires pour les patients. À ce titre, Houck et Colbert (2017) soutiennent qu'un environnement de travail toxique peut contribuer à une prestation de soins sous-optimaux. Dans ce contexte, il semble, comme l'illustre la CTSI, que l'infirmière intimidée aurait tendance à développer des stratégies pour adapter sa pratique à la culture de son milieu de travail toxique, afin de répondre aux besoins des patients. Pickering et al. (2017) expliquent que ce type d'adaptation résulterait d'un compromis entre les idéaux de la personne intimidée pour la prestation de soins et les réalités de l'environnement de travail toxique. En l'occurrence, les résultats de la présente étude montrent que les situations d'intimidation auraient exercé une influence sur des activités de la pratique des infirmières intimidées ou témoins qui ont nécessité une adaptation, faute de soutien adéquat au regard de ce qu'elles vivaient au travail. Les participants à l'étude ont explicitement identifié l'organisation des soins, la priorité de soins, l'accès aux informations nécessaires pour assurer le suivi des patients, la communication et le soutien entre collègues comme activités cliniques saillantes qui pourraient entraîner des conséquences graves sur la qualité des soins. La CTSI met donc en évidence le fait que les situations d'intimidation pourraient affecter certaines activités de la

pratique infirmière et, conséquemment, la qualité des soins aux patients. Ce constat qui se dégage de cette étude justifie la pertinence de documenter la pratique infirmière en situation d'intimidation et ses effets potentiels sur la qualité des soins.

À l'instar de Pickering et al. (2017), la CTSI met en lumière une stratégie d'adaptation de la pratique infirmière par la mise en œuvre de solutions de contournement, qui permettraient à l'infirmière intimidée de fournir la prestation de soins aux patients en tentant de résoudre des problèmes par elle-même, en évitant les intimidateurs et en surmontant la surcharge de travail. Cependant, contrairement à Pickering et al. (2017), qui font état du désengagement de la personne intimidée se manifestant par une sorte de détachement émotif lors de la prestation de soins, les résultats de la présente étude s'en distinguent. En effet, ils révèlent que la plupart des participants à l'étude se seraient totalement investis dans la prestation de soins qu'ils ont donnée à leurs patients, afin de compenser les effets destructeurs de l'intimidation qu'ils subissaient, et ce, malgré leur état de stress intense et de nervosité provoqué, selon les dires des participants à l'étude, par la lourdeur de leur vécu d'intimidation. La CTSI permet donc de mieux saisir comment les situations d'intimidation peuvent engager un processus d'adaptation de la pratique de l'infirmière intimidée ou témoin pour assurer la prestation de soins aux patients.

Le concept d'adaptation est présent dans les écrits théoriques de même que dans la recherche empirique en sciences infirmières, principalement sous une perspective centrée sur le patient (Pepin et al., 2017). Aucune étude ne semble toutefois s'être concentrée sur l'adaptation de la pratique de l'infirmière intimidée ou témoin au regard de la prestation de soins. En effet, la plupart des écrits recensés se sont surtout centrés sur le développement de stratégies d'adaptation des infirmières et des étudiantes en sciences infirmières, afin de les préparer à d'éventuelles situations d'intimidation dans leur milieu de travail pour qu'elles puissent renforcer leur capacité à s'adapter de manière positive à l'adversité dans les organisations de santé (Courtney-Pratt et al., 2018; Smith, 2011). L'étude de Taylor (2016) considère l'évitement et l'isolement comme des stratégies d'adaptation de l'infirmière intimidée pour éviter les conflits avec l'intimidateur. Bien que ces stratégies s'apparentent à l'idée de *contournement* décrite au sein de la CTSI, cette autrice n'aborde pas l'adaptation de la pratique infirmière en matière de

prestation des soins aux patients. La rareté des écrits empiriques en sciences infirmières sur ce sujet souligne la pertinence de le considérer pour la recherche.

Enfin, la troisième particularité inhérente à la pratique de l'infirmière en situation d'intimidation mise en lumière par la CTSI indique que l'infirmière intimidée aurait tendance à dénoncer son vécu d'intimidation à travers la dénonciation d'inconduites professionnelles et de situations non éthiques constatées dans son milieu de pratique pour se protéger et assurer la sécurité des patients et la qualité des soins. À l'instar de Jackson et al. (2014), les résultats révèlent que l'infirmière intimidée serait encline à dénoncer sa situation, notamment en raison de ses préoccupations liées à une prestation de soins sous-optimaux. La perception d'un risque de compromission de la qualité des soins semble être au cœur de l'acte de dénoncer un vécu d'intimidation. Plus spécifiquement, comme le laisse supposer la CTSI, l'infirmière intimidée exercerait sa pratique en se souciant de protéger à la fois la clientèle et son propre bien-être. Ce constat n'est pas sans rappeler le concept de parrhèsia de Foucault (2001) impliquant qu'une personne privilégie le devoir moral en prenant la *voix* pour dénoncer des faits dans le but d'aider les autres, y compris elle-même, tout en reconnaissant l'existence des risques qui y sont associés.

En outre, la dénonciation représente un dilemme éthique complexe (Jackson et al., 2014) qui laisse peu de choix aux infirmières confrontées à des inconduites professionnelles dans le cadre de leur pratique (Firtko et Jackson, 2005). Parce qu'elles s'avèrent non conformes aux principes de bienveillance de la profession infirmière et soulèvent un questionnement d'ordre éthique en raison de leurs impacts potentiels sur les patients, de telles inconduites pourraient mener à la dénonciation comme acte d'*advocacy* (Andersen, 1990). Abbasinia et al. (2020) considèrent que la sécurité des patients, la qualité de la prestation de soins et la protection des droits des patients seraient les principales raisons justifiant un acte d'*advocacy* au sein de la pratique infirmière. Or, la notion d'*advocacy* mise en lumière au sein de la CTSI, bien qu'elle soit similaire à celle décrite par Abbasinia et al. (2020), documente son utilisation lors de situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière. En effet, la façon dont la dénonciation est rapportée dans les résultats de la présente étude met plutôt en lumière une forme d'engagement politique et moral de l'infirmière intimidée. Dans ce cas, cette dernière semble faire le choix de dénoncer des inconduites professionnelles qu'elle lie à son vécu d'intimidation pour retrouver sa

dignité et défendre ses valeurs fondamentales en suivant les principes de ce qui s'apparente à l'*advocacy* (Abbasinia et al., 2020) et à la parrhèsia<sup>11</sup> (Foucault, 2001). Cette étude souligne ainsi la pertinence de mettre en place des mécanismes de dénonciation qui permettraient d'assurer la protection des dénonciateurs et de faire un suivi des plaintes, d'autant plus qu'en raison de sa connotation négative, la dénonciation dissuaderait plusieurs infirmières de dénoncer des inconduites professionnelles (Jackson et al., 2014).

Des écrits sur l'éthique de la dénonciation évoquent le courage moral, l'intégrité, le sens du devoir éthique et l'engagement des infirmières envers l'intérêt du patient (Gagnon et Perron, 2020; Moore et McAuliffe, 2012), des facteurs qui concordent avec la notion de dénonciation exposée au sein de la CTSI. Cette idée d'engagement des infirmières représenterait d'ailleurs une caractéristique essentielle pour se porter à la défense des droits des patients (Abbasinia et al., 2020), l'*advocacy* étant considéré comme un élément fondamental de la pratique infirmière (Ahern et McDonald, 2002). L'étude de Blackmore (2001) montre que l'engagement de l'infirmière dans un acte d'*advocacy* pourrait être motivé soit par ses valeurs et ses croyances personnelles ou parce qu'elle estime qu'il fait partie du rôle de l'infirmière et que son code de déontologie l'incite à la défense de droits et intérêts des patients. Au Québec, l'article 48 du Code de déontologie des infirmières et infirmiers stipule qu'une infirmière, dans ses relations avec ses collègues de travail, ne doit pas adopter un comportement intimidant qui pourrait nuire à la qualité des soins (Québec, 2023). Or, la CTSI met en évidence le fait que la référence à cet article prévu dans ce Code de déontologie aurait motivé la dénonciation de situations d'intimidation puisque les inconduites professionnelles constatées pouvaient, du point de vue des participants à l'étude, affecter négativement la prestation de soins aux patients. Ces résultats invitent donc à la réflexion sur l'application du Code de déontologie des infirmières et infirmiers du Québec lors de la dénonciation de situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière qui pourraient entraîner des conséquences sur la qualité des soins.

---

<sup>11</sup> La parrhèsia est une activité verbale dans laquelle un locuteur exprime sa relation personnelle à la vérité et risque sa vie parce qu'il reconnaît que dire la vérité est un devoir d'améliorer ou d'aider les autres (ainsi que lui-même). Dans la parrhèsia, l'orateur utilise sa liberté et choisit la franchise au lieu de la persuasion, la vérité au lieu du mensonge ou du silence, le risque de mort au lieu de la vie et de la sécurité, la critique au lieu de la flatterie et le devoir moral au lieu de l'intérêt personnel et de l'apathie morale [traduction libre] *ibid.*(p. 19-20).

Enfin, agir en tant que défenseur des droits et intérêts des patients peut exposer les infirmières à des situations conflictuelles sur le lieu de travail (Munday et al., 2015) et entraîner des représailles (Blackmore, 2001). De fait, les résultats de la présente étude trouvent une résonance dans certains écrits où la dénonciation est abordée comme un danger réel pour les dénonciateurs, en ce sens qu'un climat hostile de travail peut se développer à la suite d'une dénonciation (Ahern et McDonald, 2002; Firtko et Jackson, 2005; Gagnon et Perron, 2020; Greene et Latting, 2004; Jackson et al., 2014; Jackson et al., 2010; Ray, 2006; Rolland, 2009; Wilmot, 2000). La CTSI reflète, à l'instar de Jackson et al. (2010), la prédominance d'actes d'intimidation proférés par certains membres du personnel ou l'employeur à l'endroit de l'infirmière qui a dénoncé des inconduites dans son milieu de pratique. Dès lors, il est possible de croire que ces actes d'intimidation envers l'infirmière qui dénonce son vécu d'intimidation à travers des inconduites professionnelles ou des situations non éthiques pourraient contribuer à exacerber sa situation d'intimidation, y compris les conséquences qui y sont associées. Ce constat pousse à la réflexion et au soutien des infirmières qui prennent la parole pour se porter à la défense des patients en tentant d'apporter des changements dans leur milieu de pratique au bénéfice des patients et du bien-être au travail.

### **6.1.3 Conséquences sur l'état de santé et de bien-être personnel et professionnel de l'infirmière intimidée ou témoin**

La CTSI met en évidence diverses conséquences des situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière sur l'état de santé et de bien-être personnel et professionnel de l'infirmière intimidée ou témoin. Les résultats montrent que ces conséquences seraient susceptibles de se produire, de se transformer et de se terminer suivant le cycle de vie des situations d'intimidation (Figure 17). En effet, la CTSI permet de constater l'évolution des conséquences allant du début d'une situation d'intimidation à sa sortie. Aucune étude ne semble aborder les conséquences des situations sous cet angle.

De manière générale, les résultats de cette étude trouvent une résonance avec ceux obtenus dans d'autres études (Goh et al., 2022; Lever et al., 2019; Shorey et Wong, 2021). Plus spécifiquement, ils indiquent que les situations d'intimidation pourraient entraîner des conséquences physiques, telles que des troubles du sommeil et des maux de tête, ainsi que des

conséquences psychologiques, telles que la détresse psychologique, la dépression de même que des idéations et plans suicidaires.

La CTSI met en évidence le fait que les infirmières intimidées semblent traverser un processus de deuil. En effet, plusieurs participants à l'étude ont exprimé que leurs situations d'intimidation leur ont donné l'impression d'avoir vécu une forme de deuil professionnel et social. Ce constat s'aligne sur les résultats de l'étude de Zackius-Shittu (2014) révélant que les participantes auraient traversé des étapes du deuil semblables à celles décrites par Kubler-Ross (1969), soit le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation, au cours de leur expérience d'intimidation au travail. Selon cette autrice, les participantes ont exprimé qu'elles se seraient senties injustement traitées et traumatisées en plus de perdre une partie d'elles-mêmes dans leur milieu de travail. Il semble d'ailleurs qu'une personne exposée à des actes d'intimidation sur son lieu de travail pourrait être marquée à vie puisque ce type de situations est susceptible d'entraîner un traumatisme psychologique grave, soit des blessures internes difficiles à guérir (Hallberg et Strandmark, 2006). Or, une grande majorité des participants à la présente étude a souligné les conséquences de leur vécu d'intimidation qui sembleraient liées à des effets à long terme.

À cet égard, le cycle des conséquences des situations d'intimidation, tel que décrit au sein de la CTSI, indique que l'infirmière intimidée semble traverser un processus de (dé)stabilisation, de (dé)gradation, de détérioration, d'intensification de la détérioration et de (re)construction de son état de santé et de bien-être en raison de son vécu d'intimidation, ce qui s'apparente aux étapes de deuil de Kubler-Ross (1969), à l'exception de la phase de (re)construction. En effet, cette dernière va au-delà de l'acceptation de la situation et comprend des éléments de réflexion qui semblent mener l'infirmière vers une nouvelle compréhension de la situation ainsi que d'elle-même, notamment après la sortie de son vécu d'intimidation. La CTSI met donc en lumière deux processus de (re)construction de l'infirmière intimidée, soit celui de la (re)construction difficile montrant la persistance d'effets négatifs du vécu d'intimidation à la sortie de la situation et de la (re)construction positive révélant une forme de retour à l'équilibre. L'étude de D'Cruz et Noronha (2012) aborde, comme l'illustre la CTSI, l'expérience d'intimidation au travail sous l'angle de l'instabilité et de la discontinuité qu'elle a provoquées sur l'histoire de vie, *avant* et *après*

l'événement, des personnes intimidées. Selon ces auteurs, la recherche d'explications et d'aspects positifs lors d'un processus de reconstruction pourrait aider la personne intimidée à assurer la continuité de son parcours de vie. Dans un contexte où la santé psychologique au travail représente une préoccupation importante au Québec (Gouvernement du Québec, 2022a), il devient indispensable de déployer un réseau de soutien intra et extraorganisationnel pour les infirmières en situation d'intimidation afin de promouvoir un accès à des services de soutien adaptés à leurs besoins, d'autant plus que les résultats de la présente étude mettent en exergue le manque de ressources adaptées aux réalités des infirmières intimidées ou témoins.

Dans la même ligne de pensée, les résultats de la présente étude laissent croire que les situations d'intimidation seraient susceptibles de compromettre l'identité professionnelle de l'infirmière intimidée. D'Cruz et Noronha (2010) affirment que l'expérience d'intimidation aurait tendance à s'aggraver et à créer des perturbations identitaires, ce qui nécessitera un travail de reconstruction de l'identité pour la personne intimidée. Les résultats de la présente étude corroborent des propos qui rapportent que l'infirmière intimidée pourrait subir une sorte de destruction de ses valeurs et croyances, notamment à l'égard de son rapport à la profession en raison de son vécu d'intimidation. La notion de rapport à la profession, telle qu'illustrée au sein de la CTSI, met ainsi en évidence la façon dont l'infirmière intimidée vit sa profession et la signification qu'elle lui accorde considérant les effets préjudiciables qu'elle subit en raison de sa situation d'intimidation, ce qui la mènerait progressivement vers une phase de (re)construction. Or, le rapport à la profession de l'infirmière en situation d'intimidation semble peu documenté dans les écrits, ce qui représente une piste à considérer pour la recherche. Ainsi, le travail identitaire en contexte de situations d'intimidation renvoie, tout comme l'illustrent les résultats de la présente étude, aux tentatives des personnes intimidées de reconstruire leur identité suivant les menaces subies lors de leur expérience qui aurait morcelé leur sentiment d'identité et de la sortie de cette situation pour recréer l'équilibre (D'Cruz et Noronha, 2012), tirer des leçons de cette expérience (Zackius-Shittu, 2014) et donner un nouveau sens à leur vie (Hallberg et Strandmark, 2006).

Par ailleurs, la CTSI met en évidence que les situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière pourraient représenter une expérience émotionnelle pour l'infirmière

intimidée ou témoin. Les résultats indiquent que les participants à l'étude auraient ressenti de vives émotions et des sentiments douloureux (ex. : déception, colère, peur, injustice) en lien avec leur expérience d'intimidation dans leur milieu de pratique. Branch et al. (2013) soutiennent que ce type d'expériences pourrait être considéré comme des événements affectifs puisque les personnes réagissent souvent émotionnellement aux situations difficiles, telles que celle où des actes d'intimidation sont proférés à leur endroit, ce qui exercerait une influence sur leur bien-être. L'étude de Brotheridge et Lee (2010) montre d'ailleurs que l'exposition répétée à des actes d'intimidation pourrait exacerber le niveau d'émotions ressenties de la personne intimidée. L'intimidation au travail contribuerait à maintenir des tensions émotionnelles chez la personne intimidée (D'Cruz et Noronha, 2012). La CTSI offre ainsi une illustration empirique des conséquences émotionnelles des situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière. Peu d'études se concentrent sur les émotions et l'intimidation en milieu de travail (Branch et al., 2013), ce qui démontre la pertinence de considérer ce sujet comme une piste pour la recherche.

D'autres résultats de la présente étude portent sur le parcours de carrière d'une infirmière intimidée. En effet, la CTSI indique que cette infirmière pourrait subir un changement de trajectoire ou une interruption brutale de son parcours de carrière, en l'exposant au risque de licenciement et à la difficulté à se trouver un nouvel emploi. De fait, la CTSI semble indiquer qu'une rupture avec une situation d'intimidation pourrait entraîner des répercussions directes sur le maintien en emploi de l'infirmière intimidée, ce qui laisse croire que la présence de ce type de situations dans les organisations de santé pourrait contribuer à la crise actuelle de rétention de la main-d'œuvre infirmière et, conséquemment à la perte d'expertise. L'étude d'Hallberg et Strandmark (2006) montre qu'une personne intimidée dans son milieu de travail perd souvent son emploi et qu'en raison des rumeurs qui se propagent à son sujet, elle se retrouve très souvent dans l'impossibilité d'obtenir un nouvel emploi équivalent. En l'occurrence, les résultats de la présente étude révèlent que l'infirmière en situation d'intimidation ne subit pas que des conséquences sur sa santé, son bien-être, sa vie sociale, sa dignité et son identité professionnelle, mais également sur son parcours de carrière. Ce constat rejoint les propos de Bloom (2019) affirmant que les situations d'intimidation nuiraient à la carrière des infirmières exposées à ce type de situations. Dans un contexte où l'exode du personnel infirmier des organisations de santé

vers d'autres secteurs d'activité pourrait s'expliquer, en partie, par la survenue de situations d'intimidation dans certaines organisations de santé, il apparaît primordial de déployer les efforts nécessaires pour lutter contre ce fléau, soutenir l'infirmière intimidée dans son plan de carrière et éviter la perte d'expertises infirmières dans un souci de qualité des soins.

Enfin, à l'opposé des écrits qui abordent uniquement les coûts associés à l'intimidation au travail en contexte infirmier pour les organisations (Edmonson et Zelonka, 2019; Johnson et Benham-Hutchins, 2020; Koh, 2016), la CTSI met en relief les mécanismes liant les situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière, à la précarité de l'emploi de l'infirmière intimidée et au stress financier qui y est associé. D'abord, la notion de précarité de l'emploi, telle que décrite au sein de la CTSI, met en lumière la vulnérabilité de l'infirmière intimidée en raison de sa fragilité face à son vécu d'intimidation, le mal-être et l'incertitude ressentie dans son milieu de pratique, la dégradation de son état de santé et de bien-être personnel et professionnel, la privation de certains de ses droits fondamentaux au travail (ex. : intégrité, sécurité), la limitation de son accès à l'emploi, notamment après la dénonciation de son vécu d'intimidation, et l'exposition à un système de soutien et de protection sociale (ex. : loi, politique organisationnelle) qui paraît défaillant en matière d'intimidation au travail. Ces résultats démontrent ainsi la nécessité de renforcer les actions visant la protection des droits des salariés et de la santé au travail pour un mieux-être collectif.

De plus, la CTSI identifie et décrit certains facteurs expliquant le stress financier de l'infirmière intimidée, notamment celle qui s'est engagée dans une dénonciation de son vécu d'intimidation, d'inconduites professionnelles ou de situations non éthiques constatées dans son milieu de pratique. C'est le cas, par exemple, avec la réduction des heures de travail pour éviter d'être en contact avec l'intimidateur ou la perte de prestations d'assurance-emploi refusées pour cause de démission ou de congédiement souvent qualifié de *déguisé* en raison d'une décision qui ne paraît pas fondée sur des motifs justes et suffisants. Le risque évident de marginalisation et d'exclusion du marché du travail des personnes intimidées représenterait un coût considérable pour la société (Hallberg et Strandmark, 2006). Ainsi, les résultats de la présente étude permettent d'enrichir le corpus de connaissances sur la santé financière de l'infirmière intimidée, ce qui souligne la pertinence d'approfondir la réflexion sur les coûts financiers, sociaux et humains

pouvant se répercuter sur les personnes, les familles, les organisations de santé et la société en raison de situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière.

#### **6.1.4 Continuum espace-temps**

Les résultats de cette étude montrent que les situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière peuvent se produire dans une multitude d'espaces sociaux et de contextes. Ce constat rejoint les propos de Barber (2012), qui affirme que l'intimidation se produirait dans tous les environnements de travail, y compris ceux liés aux domaines des soins de santé. Plus spécifiquement, dans le domaine infirmier, elles surviendraient au sein des milieux d'enseignement et cliniques (Courtney-Pratt et al., 2018), d'où la nécessité de déployer des actions stratégiques dans ces milieux pour lutter contre la présence de situations d'intimidation.

Le cyberespace, tel que le courrier électronique et les réseaux sociaux (ex. : plateforme *Facebook*), représente un élément saillant de la notion d'espace de la CTSI. En effet, il appert que les réseaux sociaux pourraient être utilisés comme moyens d'action par des intimidateurs pour diffuser, par exemple, des publications mensongères, portant atteinte à la réputation de l'infirmière intimidée. Choi et Park (2019) affirment que la cyberintimidation constitue une forme importante d'intimidation au travail dans le domaine infirmier. Selon ces auteurs, les technologies de la communication ont contribué à optimiser la pratique infirmière, mais elles ont également augmenté le risque de cyberintimidation dans ce domaine. La CTSI offre une illustration empirique des situations d'intimidation qui ne se limitent pas seulement à l'espace physique et téléphonique du milieu de travail, puisque celles-ci pourraient s'immiscer dans l'espace privé par l'entremise du cyberespace, allongeant ainsi le temps d'exposition de l'infirmière à des actes d'intimidation.

Cette proximité entre les espaces sociaux personnels et professionnels fait écho aux travaux de Bouffartigue (2019), qui aborde la notion de *brouillage* entre le temps de travail et le temps de non-travail pour refléter l'effritement des frontières entre l'espace privé et l'espace professionnel. Selon cet auteur, ce *brouillage* contribue à créer une zone de tensions, qui représente un véritable enjeu contemporain dans le monde du travail. Or, tout comme l'illustrent les résultats de la présente étude, la cyberintimidation persiste tant que l'infirmière intimidée a

accès au cyberespace, contrairement aux actes d'intimidation en présentiel qui cessent dès que l'infirmière intimidée se trouve en dehors du lieu de travail. Au Québec, des leviers législatifs permettent actuellement de considérer des actes d'intimidation, y compris la cyberintimidation, comme étant passibles de poursuites judiciaires. Le Code criminel, la Charte des droits et libertés de la personne, le Code civil du Québec, la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP) et la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) en sont quelques exemples (Pelletier et al., 2022). Des efforts d'éducation juridique auprès des infirmières s'avèrent nécessaires pour renforcer les connaissances et éclairer les actions permettant de faire valoir leurs droits, notamment en matière de santé au travail.

Par ailleurs, les résultats de cette étude montrent que la mesure du temps pour identifier le moment de la survenue des situations d'intimidation en matière de repères chronologiques (ex. : date, mois, saison) a été moins abordée par les participants à l'étude que le temps subjectif, qui représente un élément saillant de la notion de temps décrite au sein de la CTSI. En effet, la CTSI illustre que le temps des situations d'intimidation serait qualifié à travers le langage (ex. : ça perdure !), mettant ainsi en évidence un temps vécu, c'est-à-dire un temps ressenti dans le milieu de travail qui aurait mené à des interprétations subjectives des vécus d'intimidation. Ce constat rejoint les propos de Martuccelli (2017) qui aborde la subjectivité sous l'angle du travail subjectif que les travailleurs effectuent, c'est-à-dire que le travailleur réagit à ce qu'il perçoit en lui donnant un sens qui influe sur ses conduites. Einarsen et al. (2020) reconnaissent la nature subjective de l'intimidation au travail et soulignent que le sens que donne une personne à sa situation d'intimidation peut différer selon les personnes impliquées et les contextes, ce qui limite la possibilité de parvenir à un accord absolu sur ce qui constitue une situation d'intimidation. À cet égard, les résultats de la présente étude s'apparentent à cette conception de la subjectivité. Le temps subjectif, tel que décrit au sein de la CTSI, rejoint également le concept de temporalités rapporté dans les travaux de Bouffartigue (2019), qu'il désigne comme la diversité des qualités des temps vécus à travers des activités, soit le travail. Les résultats de la présente étude apportent donc des précisions sur le plan temporel de la subjectivité inhérente aux situations d'intimidation. Étant donné la nature diffuse et la mesure difficile des situations d'intimidation, la notion de subjectivité devrait être prise en considération pour mieux comprendre la façon dont les

infirmières intimidées ou témoins vivent cette expérience. L'exploration des perceptions et de la subjectivité entourant des situations d'intimidations sous-jacentes à la pratique infirmière représente une piste à considérer pour la recherche.

## **6.2 Contributions théoriques et méthodologiques de l'étude**

Cette étude doctorale met en évidence des résultats novateurs pour les sciences infirmières. Elle se distingue en particulier par ses référents théoriques et paradigmatiques (cf. chapitre 2) de même que par ses repères méthodologiques (cf. chapitre 4) explicités dans les prochains paragraphes.

### **6.2.1 Apport des référents théoriques**

Les référents théoriques de cette recherche doctorale sont la perspective interactionniste critique telle que conceptualisée par Sandström et Fine (2003), Burbank et Martins (2010) de même que Martins et Burbank (2011) qui a permis de mieux circonscrire l'objet d'étude, soit des situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière et le paradigme constructiviste social/constructionniste social inspiré de la pensée de Charmaz (2014) qui a guidé le parcours méthodologique de cette étude.

#### **6.2.1.1 Conception interactionniste critique des situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière**

Une perspective théorique interactionniste critique (Burbank et Martins, 2010; Martins et Burbank, 2011; Sandström et Fine, 2003) a permis d'appréhender des situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière sous l'angle d'une synergie micromacrosociologique. Elle a guidé le parcours méthodologique (Figure 3) ainsi que le processus analytique (Figure 5) de cette étude pour délimiter les dimensions de cet objet d'étude de même que leur interrelation. À ce jour, aucune étude en sciences infirmières ne propose une conception interactionniste critique des situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière. En effet, dans les écrits infirmiers, la majorité des études aborde différentes conceptions de l'intimidation *entre infirmières* (Corney, 2008; Gaffney et al., 2012; Hartin et al., 2019; Mott, 2014). En guise de rappel, au départ, l'objet de la présente étude portait sur l'intimidation *entre infirmières*. Cependant, en raison du caractère réducteur de cette expression constaté au cours de l'analyse, ne permettant

pas de mettre en évidence la complexité de ce type de situations, l'expression *situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière* a donc été privilégiée. En allant au-delà de la relation *entre infirmières*, les participants à l'étude ont abordé les éléments répartis dans les quatre regroupements dimensionnels interdépendants de la CTSI (Figure 17). Cela dit, cette étude met en lumière une conception interactionniste critique des situations d'intimidation inusitée.

En outre, bien que l'intimidation *entre infirmières* soit reconnue comme étant multidimensionnelle, elle continue d'être appréhendée de manière unidimensionnelle. En effet, bon nombre d'études sur ce sujet prennent essentiellement appui sur des conceptions centrées soit sur la personne (Katrinli et al., 2010; Ma et al., 2017), les relations entre les individus (Farrell, 1997) ou encore la relation entre l'individu et son environnement de travail (Hutchinson et Hurley, 2013; Olsen et al., 2017; Trépanier, Fernet, Austin, et al., 2016). Malgré quelques conceptions multidimensionnelles recensées (Einarsen et al., 2020; Farrell, 2001; Johnson, 2011), cette tendance à l'unicité du regard dans la recherche sur l'intimidation au travail ou *entre infirmières* pourrait s'expliquer du moins en partie par le manque de modèles théoriques dynamiques permettant d'en saisir toutes les dimensions (Branch et al., 2013). Or, à la lumière des conceptions recensées, il appert que les approches proposées ne conceptualisent pas l'intimidation *entre infirmières* comme une *situation micromacrosociologique*, telle qu'illustrée dans la présente étude.

La perspective interactionniste critique qui sous-tend cette étude a contribué à la coconstruction théorique des situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière pour répondre au but de cette étude. Ce faisant, elle a permis de broser le portrait du cycle de vie de ce type de situations qui délimite ses contextes sociaux, ses conditions micro et macrosociologiques, son processus de création, ses conséquences sur l'état de santé et de bien-être personnel et professionnel de l'infirmière intimidée ou témoin et sur la qualité des soins de même que le continuum espace-temps dans lequel ces situations évoluent. Ce référent théorique a ainsi servi à trouver des leviers de réflexion et d'action pour contribuer à la lutte contre ce fléau qui sévit dans les organisations de santé. Les résultats, présentés au chapitre 5 ainsi que la CTSI (Figure 17), fournissent des indicateurs pouvant aider à mettre au jour des situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière. La conception interactionniste critique des

situations d'intimidation élargit donc les limites de la compréhension de l'objet d'étude en mettant en lumière certains éléments auparavant peu ou pas abordés.

#### 6.2.1.2 Apport du paradigme constructiviste social/constructionniste social

Une posture constructiviste sociale/constructionniste sociale inspirée de la pensée de Charmaz (2014) a été utilisée en tant que référent paradigmatique pour soutenir les différentes étapes de cette étude doctorale.

Elle a servi d'assise dans cette étude en présumant que ni les données ni les théories ne sont découvertes, mais plutôt construites à travers l'interaction du chercheur avec les participants (Charmaz, 2014). En accord avec cette posture, le recours aux théories provenant de la recherche en sciences infirmières et d'autres domaines (ex. : psychologie organisationnelle, gestion, sociologie) ainsi qu'aux résultats de recherche dans le domaine de l'intimidation au travail et *entre infirmières* a permis à la doctorante d'aiguiser sa sensibilité théorique, comme le recommande Van der Maren (2014). Des concepts préexistants ont donc été utilisés comme concepts sensibilisants (*sensitizing concepts*) modifiables (Charmaz, 2014). Ces derniers ont été considérés comme une source d'information dont la pertinence et l'utilité pour la coconstruction théorique des situations d'intimidation ont été jugées par la doctorante pendant le parcours méthodologique de cette étude doctorale.

Cette posture paradigmatique reconnaît ainsi la place du chercheur dans sa propre recherche, contrairement à d'autres postures qui préconisent son objectivité (Charmaz, 2014). Sous cet angle, la doctorante fait donc partie du monde étudié, la coconstruction théorique issue de cette étude étant ancrée tant dans l'expérience des participants que dans celle de la doctorante. Cette posture paradigmatique s'est révélée particulièrement pertinente pour aborder des situations d'intimidations sous-jacentes à la pratique infirmière. En effet, en étant basée sur la proximité et le dialogue entre le chercheur et les participants, elle a permis de mieux comprendre ce sujet sensible. Plus spécifiquement, elle a aidé à interpréter la compréhension des points de vue des participants à l'étude qualifiés d'*acteurs socialement compétents*, pour utiliser l'expression de Savoie-Zajc (2007), puisqu'ils étaient les seuls à pouvoir communiquer, dans leur langage, l'interprétation de la compréhension de leur expérience vécue de façon singulière.

Bien qu'il soit possible qu'une autre posture paradigmatique puisse mener vers une compréhension différente des dimensions de la CTSI, il demeure que la posture qui sous-tend cette étude a aidé à porter un regard élargi sur l'objet d'étude afin d'approfondir la compréhension des différents processus inhérents aux situations d'intimidation étudiées. La présente étude vient donc confirmer la pertinence d'adopter une telle posture pour faciliter l'exploration de ce type de situations sous-jacentes à la pratique infirmière.

## **6.2.2 Apport des repères méthodologiques**

L'apport des repères méthodologiques tels que l'approche interprétative/exploratoire, la phase initiale exploratoire ou le travail pilote ainsi que des enjeux liés à la recherche sensible sont discutés dans les prochains paragraphes.

### **6.2.2.1 Approche interprétative/exploratoire**

Cette recherche qualitative a privilégié une approche interprétative/exploratoire intégrant les principes issus de la théorisation ancrée constructiviste (Charmaz, 2014), de l'analyse situationnelle (Clarke et al., 2015) et de l'analyse dimensionnelle (Schatzman, 1991; Schatzman et Strauss, 1973) (cf. chapitre 4) pour répondre au but de cette étude. Cette approche interprétative/exploratoire a notamment permis la coconstruction théorique des situations d'intimidation (CTSI) sous-jacentes à la pratique infirmière basée sur l'interprétation compréhensive des réalités vécues par des infirmières intimidées ou témoins. Elle a également permis de mettre en relief le caractère dynamique et évolutif des situations d'intimidation dans le temps, l'espace et selon différents contextes. Aucune étude empirique utilisant cette approche ne figure dans les écrits, notamment en sciences infirmières.

### **6.2.2.2 Phase initiale exploratoire ou travail pilote**

Une phase initiale exploratoire ou le travail pilote (Charmaz, 2014; Lees et al., 2022; Whiting et al., 2021) réalisé au début du parcours méthodologique (cf. section 4.3.1) a permis de cerner l'objet d'étude. Ce travail pilote a guidé la planification de cette étude en créant un espace de réflexivité pour que la doctorante puisse éclairer ses décisions méthodologiques afin

d'orienter la trajectoire de l'étude doctorale. Un tel travail pilote a contribué à renforcer la crédibilité de l'étude sur le plan méthodologique.

Le travail pilote qui sous-tend cette étude a ainsi permis de produire une première conceptualisation des situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière. Cette dernière a été présentée et discutée avec des acteurs concernés (ex. : infirmière, gestionnaire du RSSS, représentant syndical) à l'aide d'activités de transfert de connaissances lors de colloques et de congrès régionaux, dont une à l'échelle internationale. Des conférences ont été organisées à la suite des deux derniers moments de visibilité médiatique du projet doctoral (cf. section 4.3.3). Ces rencontres ont contribué à nourrir la réflexion de la doctorante sur les dimensions émergentes de la CTSI. Elles ont également permis d'identifier des concepts sensibilisants (*sensitizing concepts*) à explorer au cours des phases subséquentes de cette étude. La présente étude vient donc confirmer la valeur ajoutée du travail pilote en matière de rigueur méthodologique dans le cadre d'une recherche qualitative.

#### 6.2.2.3 Enjeux liés à la recherche sensible

L'approche méthodologique privilégiée dans cette étude a permis d'appréhender des situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière sous l'angle de la recherche sensible (*sensitive research*) puisque cet objet d'étude présentait un potentiel de menace pour les participants. Ces menaces correspondent à ce que Lee et Renzetti (1990) décrivent comme étant soit une menace intrusive de la sphère privée qui renvoie aux recherches présentant un risque de situations anxiogènes pour le participant, soit une menace relative à la sanction où les recherches pourraient révéler des informations stigmatisantes ou discriminantes en lien avec des comportements illégaux ou illicites du participant ou encore une menace liée au politique qui pourrait résulter de recherches où le pouvoir est remis en question. Or, dans la présente étude, cette approche de recherche sensible s'est révélée particulièrement pertinente pour aborder des questions liées à des situations d'intimidation qui survenaient en milieu de travail. En effet, l'objet d'étude comportait un potentiel anxiogène pour les participants à l'étude en abordant des situations liées à la violence ainsi qu'un risque de sanction liée à l'emploi, révélant ainsi le caractère sensible de cette étude. Plus spécifiquement, une telle approche de recherche sensible

a aidé la doctorante à prendre des précautions particulières lors du recrutement pour éviter les préjudices potentiels sur les participants.

À cet égard, cette étude menée auprès de participants nécessitait la composition d'un échantillon diversifié. Le recrutement a donc fait appel à des volontaires à l'extérieur des milieux de pratique à l'aide d'une liste de participants potentiels disponibles par l'entremise de l'OIIQ. Cette manière de faire visait à donner aux participants potentiels l'assurance que l'étude doctorale était libre de tout lien avec les milieux institutionnels afin qu'ils puissent se sentir plus enclins à livrer leurs témoignages. Cependant, une visibilité médiatique simultanée et non planifiée du projet de recherche doctorale qui a été générée par des articles dans les journaux et des entretiens radiophoniques a permis de le faire connaître, ce qui s'est avéré bénéfique sur le plan de son apport au recrutement (cf. section 4.3.3).

L'étude de Demazière et Zune (2019) indique que l'utilisation de la *visibilisation* comme stratégie de recrutement permet de signaler l'intention de recherche, notamment à travers des médias pour susciter l'intérêt de personnes répondant aux critères de sélection dans le but d'obtenir des contacts qui pourraient éventuellement se transformer en rencontres réelles. Cette stratégie laisse toutefois supposer un biais méthodologique puisque certaines personnes répondant à l'appel pourraient exprimer un besoin d'espace de parole et d'écoute possiblement en raison de l'affaiblissement de leur réseau de soutien social (Gagnon et al., 2019). Dans la présente étude, il est possible de croire que le vécu d'intimidation de certains participants pourrait avoir affaibli leur réseau de soutien social et, pour certains, leur participation à l'étude pourrait être liée au fait qu'elle offrait un espace relationnel d'échange qui répondait à un besoin de parler de leur situation. Ce biais a été pris en compte lors de l'analyse de leurs récits d'expériences.

Par ailleurs, une approche de recherche sensible comme celle qui sous-tend cette étude a également aidé la doctorante à faire preuve de vigilance lors des entretiens pour éviter les effets potentiellement préjudiciables sur les participants à l'étude. Cette approche de recherche sensible a privilégié divers outils de collecte de données, dont l'entretien intensif, qui paraissait un choix judicieux étant donné les enjeux sensibles de cette étude. Gagnon et al. (2019) indiquent

que dans tous les cas, mais spécifiquement en contexte de recherche sensible, l'entretien implique des considérations éthiques de la part du chercheur. Selon ces auteurs, la conduite d'entretiens doit assurer le respect et le bien-être des participants en plus de requérir un encadrement favorable au développement d'un lien de confiance entre le chercheur et les participants afin qu'ils puissent livrer leurs témoignages. Ils précisent que ce cadre de confiance s'avère primordial dans le cas de questions d'ordre personnel éprouvantes, comme c'est le cas dans la présente étude.

L'angle d'approche de la recherche sensible utilisé à travers l'approche interprétative/exploratoire privilégiée dans cette étude a permis à la doctorante de créer une certaine proximité avec les participants qui faisaient preuve d'ouverture et d'intérêt, donnant ainsi à penser qu'une relation de confiance s'est établie. À cet effet, une telle approche de recherche sensible a permis de mettre en lumière la pertinence de l'intérêt et de la satisfaction manifestés par les participants à l'étude au regard du processus de la recherche. Cette approche sensible a permis de mettre en relief les apprentissages que certains des participants ont révélé avoir réalisés lors de leur participation à cette étude. Les conversations lors des entretiens semblent avoir aidé plusieurs participants à réfléchir sur leurs vécus d'intimidation, en ce sens qu'ils ont pris conscience de leur cheminement et de leur capacité à mettre des mots sur cet événement survenu dans leur parcours de carrière et leur histoire de vie. Cette étude confirme ainsi la valeur ajoutée de la recherche sensible pour l'étude de situations d'intimidation.

Une approche de recherche sensible, telle que celle préconisée dans la présente étude, a permis de créer un climat d'échange et de respect qui a mené la doctorante à engager des conversations donnant accès en profondeur aux vécus d'intimidation d'infirmières intimidées ou témoins. Sous cet angle, il a été possible d'obtenir une richesse de données découlant de révélations privées sur un sujet sensible dont certaines informations peuvent s'avérer difficiles à transmettre. Malgré la sensibilité du sujet, les participants ont partagé leurs récits d'expériences en affichant une certaine sérénité. Même si certains participants ont été envahis par leurs émotions, ils insistaient pour poursuivre l'entretien en soulignant que cette rencontre leur faisait du bien ! La doctorante a ainsi été à même de constater la richesse des données obtenues dans le cadre de cette étude guidée par une approche de recherche sensible.

Une telle approche de recherche s'est ainsi révélée pertinente pour étudier un objet comme des situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière et contribuer à l'enrichissement du corpus de connaissances existantes en sciences infirmières portant sur des sujets sensibles.

## **6.3 Critères de scientificité**

La démarche d'évaluation de la CTSI repose sur les critères de crédibilité, d'originalité, de résonance et d'utilité proposés par Charmaz (2014). Ces critères, explicités dans les prochains paragraphes, sont étroitement liés au paradigme constructiviste social/constructionniste social de cette étude, comme le proposent Fossey et al. (2002). Ils considèrent autant la finalité que les conditions dans lesquelles se situe l'étude, comme le recommandent Birks et Mills (2015).

### **6.3.1 Crédibilité**

La doctorante défend la crédibilité de l'étude doctorale en s'appuyant sur cinq éléments proposés par Charmaz (2014). D'abord, le premier élément de crédibilité représente l'atteinte d'un niveau de familiarité avec le contexte ou l'objet d'étude. Dans cette étude, celle-ci a été établie à travers la diversité des récits d'expériences rapportés et l'identification d'infirmières touchées par l'objet d'étude. Celles-ci ont été considérées comme des informatrices fiables pour décrire et interpréter les situations d'intimidation. L'atteinte d'un niveau de familiarité a également été établie par le fait que la doctorante est elle-même infirmière, qu'elle connaît le RSSS en raison de ses nombreuses années d'expérience professionnelle à titre d'infirmière clinicienne, de gestionnaire et d'enseignante en sciences infirmières. Ce faisant, elle utilisait un langage commun avec les participants, permettant ainsi la compréhension et le partage de savoirs expérientiels.

Le deuxième élément de crédibilité correspond au fait d'obtenir une richesse de données suffisantes pour soutenir l'argumentaire. Il repose sur la profondeur, le nombre de données et leur validation. Dans cette étude, la profondeur des données a été obtenue à partir des questions posées lors des entretiens qui étaient formulées de manière à obtenir des informations pertinentes en tenant compte du contexte spécifique de chacun des récits d'expériences. Les participants pouvaient raconter leur vécu d'intimidation sans être restreints par un cadre rigide

de questions déterminées préalablement. La profondeur a également été obtenue grâce aux échanges informels et aux entretiens intensifs dont la durée était suffisamment longue pour explorer sous la surface de l'expérience décrite, soit au-delà de la mise en contexte de la situation racontée. Dans plusieurs cas, ce n'est qu'après plus d'une heure d'entretien que le participant commençait à s'ouvrir réellement sur son vécu d'intimidation. Par exemple, P26 révélait à 1 heure 16 minutes de son entretien le début de son vécu d'intimidation en exprimant : « la vague a commencé comme ça ! », puis, à 1 heure 42 minutes, elle révélait l'état dans lequel elle se trouvait : « j'étais déstabilisée ». Dans le cas de P20, celle-ci a évoqué l'ampleur de sa situation à 2 heures 26 minutes en affirmant que « ça se corsait de plus en plus » et en extériorisant son ressenti à 2 heures 57 minutes par : « je vais craquer ! », montrant ainsi la pertinence d'avoir mis en place des conditions favorables aux échanges.

Concernant le nombre de données, il est démontré par l'utilisation des nombreuses interactions (plus de 17 000) entre la doctorante et les participants ainsi que par les autres sources de données utilisées (ex. : documents invoqués, journal de bord). L'atteinte de la saturation des données témoignait du caractère suffisant des données riches, pertinentes et inclusives obtenues.

Pour ce qui est de la validation des données, le *member checking*, comme décrit par Thomas (2017), a été utilisé comme autre moyen de renforcer la richesse des données en retournant vers les participants pour faire valider la transcription de leur propre entretien et solliciter des points de vue et des réflexions au fil des avancées de l'étude. Dans cette étude, la transcription intégrale de l'enregistrement de l'entretien individuel a été envoyée aux participants, par courriel, afin qu'ils puissent examiner, commenter ou corriger leurs propos. Ce retour a toutefois été fait uniquement auprès des huit premiers participants, car la doctorante a constaté qu'ils ne se situaient plus dans le même espace de dialogue que celui du moment de leurs entretiens.

La plupart des participants sollicités pour le *member checking* signifiaient à la doctorante qu'ils ne souhaitaient pas plonger à nouveau dans les événements en lisant leur récit d'expériences. Ils estimaient que leur participation à l'étude leur avait permis de fermer la boucle

avec ce vécu violent rencontré durant leur parcours professionnel et qu'ils souhaitent passer à autre chose dans leur vie personnelle et professionnelle. En réponse à cette sensibilité exprimée, la doctorante a mis fin au *member checking*. Selon Thomas (2017), cette stratégie peut créer une sorte d'intrusion supplémentaire pour les participants et apporte peu ou pas de changements substantiels aux résultats d'une étude. Lors des entretiens intensifs subséquents, les seules raisons évoquées pour revenir vers les participants étaient de clarifier certains propos de la transcription.

Le troisième élément de la crédibilité concerne l'identification de dimensions couvrant un large éventail d'observations empiriques (Charmaz, 2014). Dans cette étude, il prend appui sur les dimensions constitutives de la CTSI, présentées dans le précédent chapitre (Figure 17). Ces dimensions couvrent les observations issues de l'analyse de l'ensemble des sources de données qui proviennent principalement des participants.

Quant au quatrième élément, il représente l'existence de liens logiques forts entre les données collectées, l'argumentaire et l'analyse (Charmaz, 2014). Dans cette étude, il repose sur la comparaison et la triangulation des méthodes de collectes de données et des données, elles-mêmes collectées auprès des participants (ex. : entretiens, e-témoignages) et de la doctorante (ex. : journal de bord). Le recours à plusieurs sources de données permet d'expliquer les interprétations et les décisions méthodologiques, afin de bien saisir la logique et les arguments soutenant la coconstruction théorique (Charmaz, 2014). Les schémas intégrateurs réalisés pour chacun des entretiens, l'illustration de la conceptualisation initiale, celle de la CTSI et l'utilisation de verbatim évocateurs, lors du développement de l'argumentaire, démontrent aussi la force des liens logiques entre les données, l'argumentaire et l'analyse.

Le cinquième élément de la crédibilité d'une étude selon Charmaz (2014) réside dans le fait que la recherche apporte suffisamment de preuves pour permettre au lecteur de procéder à une évaluation de manière indépendante et d'être en accord avec les affirmations du chercheur. Dans cette étude, la description du parcours méthodologique (Figure 3), du processus analytique (Figure 5), les exemples de codifications (Tableau 2), d'un schéma d'entretien (Annexe I), des cartes analytiques (Annexes J et K) ainsi que le nombre de verbatim évocateurs utilisés aux fins

d'argumentation assurent tous la crédibilité de cette étude doctorale en apportant des preuves pour permettre une évaluation indépendante de la coconstruction théorique.

Par ailleurs, toujours en lien avec le critère de crédibilité de l'étude doctorale, Chiovitti et Piran (2003) de même que Charmaz (2014) proposent de relater les propos des participants lors de la codification, afin de renforcer la construction théorique et la crédibilité des résultats. Un certain nombre de codes *in vivo* et de verbatim fournis par les participants a été utilisé afin que leur voix ou le langage populaire résonne dans la CTSI.

Enfin, comme mentionné à la section 6.2.1.2, Charmaz (2014) propose au chercheur de prendre conscience de l'influence des constructions préexistantes sur les participants à l'étude. Elle l'invite à préciser la manière dont la recension des écrits est utilisée dans son étude. Dans la présente étude, une recherche documentaire avancée a interrogé 50 bases de données au début du parcours doctoral et s'est poursuivie au fil des avancées de la recherche, comme le proposent Charmaz (2014) de même que Clarke et al. (2015).

### **6.3.2 Originalité**

Le critère d'originalité correspond au côté novateur de la recherche, en ce sens que les résultats fournissent un nouveau regard conceptuel de l'objet d'étude (Charmaz, 2014). La doctorante défend l'originalité de l'étude doctorale par le fait que les résultats, présentés dans le chapitre précédent, offrent une nouvelle compréhension des situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière. Dans cette étude, l'utilisation du critère d'originalité reflète comment la CTSI propose de nouvelles perspectives et fait évoluer la compréhension de l'objet étudié. Plus spécifiquement, l'originalité de l'étude doctorale est démontrée par les dimensions de la CTSI qui apportent de nouvelles idées, l'analyse qui fournit un nouveau compte-rendu conceptuel des données, ainsi que la CTSI qui représente un apport significatif d'un point de vue théorique et social en plus de démontrer comment les concepts révèlent des aspects qui demeurent souvent méconnus des situations d'intimidation.

Selon Charmaz (2014), les critères de crédibilité et d'originalité sont ceux qui introduisent les critères de résonance et d'utilité d'une étude. En fait, ce sont les personnes qui prendront

connaissance de cette thèse qui seront les mieux placées pour juger de la rigueur des méthodes utilisées et de l'utilité de cette coconstruction théorique (Birks et Mills, 2015; Charmaz, 2014; Cooney, 2011). La démonstration de la résonance et de l'utilité de l'étude doctorale, qui sont les deux derniers critères de scientificité proposés par Charmaz (2014), est présentée dans les prochains paragraphes.

### **6.3.3 Résonance**

Le critère de résonance se définit comme la nécessité de coconstruire une théorie porteuse de sens aux yeux des personnes pour lesquelles elle peut s'avérer pertinente (Charmaz, 2014). Elle prend en considération la globalité de l'objet étudié et sa capacité à établir des liens avec les sociétés, les organisations et les personnes (Charmaz, 2014). Dans cette étude, la doctorante défend la résonance par le fait que 1) les dimensions constitutives de la CTSI représentent l'interprétation de la compréhension des participants de leurs situations d'intimidation survenues dans leurs milieux de pratique, 2) des liens entre la société québécoise, des organisations, des groupes et des personnes sont établis et, 3) la CTSI a un sens pour les personnes concernées. L'application du critère de résonance tenait compte de la recherche de variantes conceptuelles à l'aide des méthodes d'échantillonnage et d'analyse, y compris la comparaison constante différée (Schatzman et Strauss, 1973) et l'interprétation de la compréhension des situations d'intimidation. Le fait que la CTSI ait un sens pour des personnes concernées a été démontré avec la présentation de la première conceptualisation de la CTSI, issue de la phase initiale exploratoire (voir section 4.3.1) comme mentionné précédemment à la section 6.2.2.2 de ce chapitre.

### **6.3.4 Utilité**

Le critère d'utilité représente la contribution de l'étude au développement des connaissances, à savoir l'aspect pratique de la coconstruction théorique (Charmaz, 2014). La doctorante souligne l'utilité de l'étude doctorale par le fait que 1) l'analyse offre des interprétations que les participants peuvent utiliser dans leur vie de tous les jours, 2) les dimensions proposent des processus transférables hors du domaine infirmier et, 3) l'étude

contribue non seulement à la connaissance, mais également à un monde meilleur, comme le préconise Charmaz (2014).

Cette étude ne fournit pas de conclusions généralisables, mais la CTSI pourrait être transférable à d'autres domaines d'activités du monde du travail. Les résultats pourraient intéresser des acteurs concernés qui se retrouvent dans ce type de situations ou qui travaillent dans le domaine de la santé au travail. L'infirmière en situation d'intimidation, qu'elle soit ou non connaisseuse, peut utiliser la CTSI pour reconnaître et interpréter la compréhension de son vécu d'intimidation, l'étude doctorale étant ancrée dans l'univers infirmier. À cet égard, plusieurs participants considéraient cette étude pertinente en déclarant, très souvent : « il faut que ça serve ! »

Pour ce qui est d'un monde meilleur au regard de situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière, ce serait celui où les acteurs individuels et collectifs des organisations de santé se sentiraient concernés et s'impliqueraient activement pour lutter contre l'intimidation et promouvoir la santé et la sécurité au travail. La CTSI vient outiller les personnes légalement responsables d'assurer un milieu de travail exempt de violence, afin qu'elles puissent répondre aux exigences pour lesquelles elles sont mandatées.

## **6.4 Limites**

Cette étude comporte certaines limites. D'abord, une des limites de l'étude réside dans un biais de sélection (Fortin et Gagnon, 2022), de sorte que seules des infirmières qui se sentaient suffisamment disposées à raconter leur vécu d'intimidation se sont portées volontaires pour participer à l'étude. Il est possible de croire que les situations d'intimidation et les interprétations de la compréhension des infirmières qui ont choisi de ne pas participer à l'étude auraient mené à d'autres constats. Une autre limite concerne le fait que seul le point de vue des infirmières qui considéraient avoir été intimidées ou témoins a été obtenu au cours de la présente étude. Il est également possible qu'un biais relatif à la désirabilité sociale (Polit et Beck, 2017) ait influencé les participants au cours des entretiens, en ce sens que ces derniers pourraient avoir tenu des propos montrant une image d'eux-mêmes conforme à certaines normes socialement acceptables, plutôt qu'en fonction des événements qui se sont réellement passés (Latkin et al., 2017). Selon

Wemmers (2017), le fait de se faire intimider représente pour certaines personnes une situation socialement perçue comme honteuse puisque revendiquer un statut de *victime* peut paraître peu valorisant pour plusieurs d'entre elles. Dans ce cas, il est possible de croire que des participants aient voulu se distancier de cette étiquette de victime à connotation négative et exposer une image positive d'eux-mêmes, soit celle de l'infirmière intimidée qui se défend contre l'intimidateur. Afin de minimiser ce biais, la doctorante a adopté une posture d'ouverture, assuré la confidentialité des entretiens et considéré les participants comme étant les experts de leurs propres expériences vécues.

Une autre limite se rapporte à l'objet d'étude lui-même. Dès le début du parcours de la recherche, il a été présenté comme un problème social complexe, sensible et difficile à cerner qui relève du domaine de l'implicite. Les résultats de cette étude font état de ce constat et, sans contredit, ces caractéristiques imposaient un défi méthodologique qui apparaît toujours pertinent. Ainsi, chercher à rendre explicite ce qui ne l'est pas d'emblée constitue une limite à la compréhension de cet objet d'étude. D'ailleurs, comme il n'existe pas de définition consensuelle de la notion d'intimidation, il est possible de croire que son utilisation dans la présente étude pourrait ne pas trouver un écho dans des environnements de travail où les événements, actions et comportements sont décrits comme étant du harcèlement psychologique ou des incivilités.

La dernière limite porte sur l'abondance et la diversité des données recueillies qui ont probablement complexifié leur gestion et leur analyse. À ce titre, la CTSI prend appui sur plus de 17 000 interactions entre la doctorante et les participants et de nombreuses sources de données variées, telles que les fiches contacts, le journal de bord et les mémos de la doctorante, les verbatim issus des entretiens intensifs, les e-témoignages, les documents invoqués et les questionnaires autoadministrés. Afin de pallier cette limite, le recours à des outils tels que des logiciels et la cartographie ont permis de simplifier l'organisation et l'analyse des données qualitatives et ainsi éviter à la doctorante d'être submergée par une masse d'informations. Cela dit, l'abondance des données obtenues dans cette étude laisse croire qu'il y a place pour effectuer une analyse secondaire des données. La CTSI doit ainsi être considérée comme étant ouverte à d'éventuelles modifications advenant de nouvelles études menées pour affiner chacun des regroupements dimensionnels qui la composent. Il s'agit d'une nouvelle conceptualisation des

situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière ; ainsi la manière dont les dimensions interagissent entre elles pourrait être davantage explicitée. Or, elles feront l'objet de publications ultérieures, tout comme plusieurs données et certains éléments analytiques qui n'ont pas été inclus dans cette thèse.

## 6.5 Recommandations

Cette dernière section du chapitre propose neuf recommandations pouvant inspirer les infirmières de même que les organisations impliquées, directement ou indirectement, dans la lutte contre l'intimidation en milieu de travail. Elles découlent de besoins exprimés par les participants à l'étude et d'une lecture attentive des résultats obtenus permettant ainsi de mettre en évidence des pistes de réflexion et d'action pour la pratique infirmière, la formation en sciences infirmières, la gestion des soins infirmiers, le politique et la recherche. Il est question de :

- 1) sensibiliser les acteurs impliqués, directement ou indirectement, dans des situations d'intimidation au sein des organisations de santé ;
- 2) rehausser et bonifier la formation initiale et continue des infirmières ;
- 3) optimiser les mesures entourant les transitions professionnelles ;
- 4) reconnaître la formation d'alliances informelles (en cliques) ;
- 5) réfléchir sur les divisions internes au sein de la profession infirmière ;
- 6) mettre des ressources à la disposition de l'infirmière en situation d'intimidation ;
- 7) optimiser l'efficacité des politiques de tolérance zéro intimidation ;
- 8) optimiser les modalités entourant la gestion de situations d'intimidation ;
- et 9) poursuivre la recherche sur l'intimidation en contexte infirmier.

### **6.5.1 Sensibiliser les acteurs impliqués, directement ou indirectement, dans des situations d'intimidation au sein des organisations de santé**

Les résultats de cette étude prouvent l'importance de déployer au sein des organisations de santé une pratique infirmière exempte de situations d'intimidation pour assurer la santé et le bien-être au travail, ainsi que la qualité des soins. Les infirmières et les acteurs impliqués, directement ou indirectement, dans ce type de situations sont encouragés à réfléchir au sujet de leur manière de concevoir l'intimidation au travail et *entre infirmières* pour en développer une compréhension qui les aiderait à reconnaître l'existence de ce problème dans leur milieu de pratique. La volonté d'aborder la question des situations d'intimidation dans les organisations de

santé serait toutefois fortement associée à la perception que les acteurs de ces organisations accordent au degré d'importance de ce risque majeur pour la santé et la sécurité au travail (Hallberg et Strandmark, 2006). Au Québec, la Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail au Québec oblige les employeurs à agir en ce qui concerne les risques psychosociaux liés au travail dans le cadre de leur programme de prévention (Gouvernement du Québec, 2023a).

Inspirées de la CTSI, des activités de sensibilisation aux risques inhérents du travail, comme l'intimidation, pourraient servir à nourrir la réflexion d'acteurs concernés, ce qui pourrait les amener à se demander comment intervenir pour aider les infirmières en situation d'intimidation. Il s'avère primordial que les infirmières reconnaissent les facteurs qui précipitent ou exacerbent de telles situations. De concert avec les membres de leur équipe de soins, elles peuvent jouer un rôle majeur dans la lutte contre l'intimidation, notamment en réfléchissant sur des stratégies à construire à partir des besoins spécifiques de l'équipe de soins.

Le développement de programmes de formation visant à accroître les connaissances sur l'intimidation pourrait faciliter sa reconnaissance dans les organisations de santé (Armstrong, 2017; Castronovo et al., 2016). Des activités d'éducation pour la santé offrant aux acteurs davantage de contrôle sur leur santé et leur environnement professionnel pourraient les inciter à prendre des décisions réfléchies (Guimond-Plourde, 2015). Ce faisant, une structure devrait être mise en place dans les organisations de santé pour assurer le soutien des équipes de soins. Par exemple, le comité de santé au travail formé de représentants de l'employeur et de travailleuses et travailleurs devrait être mobilisé en ce sens.

### **6.5.2 Rehausser et bonifier la formation initiale et continue des infirmières**

La CTSI met en évidence la pertinence que les étudiantes, le corps professoral et les professionnels œuvrant dans le domaine de la formation (ex. : gestionnaire, coordonnateur de stage) en sciences infirmières ainsi que les infirmières dans leurs différents rôles au sein des organisations de santé (ex. : soignante, gestionnaire, conseillère) développent des compétences réflexives sur les situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière. À cet effet, la CTSI donne des repères pour déceler et interpréter précocement ce type de situations qui

pourraient toucher les infirmières tant dans les milieux de formation en sciences infirmières que dans les organisations de santé pour ainsi éviter des conséquences sur leur santé.

Des formations stimulant la réflexivité devraient être mises en place dans les milieux de formation et les organisations de santé. Étant donné le caractère insidieux de cette forme de violence, des mises en situation n'apparaissent pas appropriées puisqu'à la lumière des résultats de la présente étude, il est possible de croire qu'elles pourraient exacerber le vécu d'intimidation de l'infirmière intimidée qui y participe, l'intimidateur pouvant faire partie de cette activité d'apprentissage. La tenue d'un journal pour documenter des perceptions et des expériences d'intimidation constitue, quant à elle, une avenue intéressante pour conduire subséquemment à une prise de conscience individuelle et collective du problème (Rutherford et al., 2019).

Des activités de réflexion comme stratégie visant un changement d'attitudes et de comportements du personnel infirmier en prônant la civilité (Jenkins et al., 2013; Kerber et al., 2012) représentent des stratégies éducatives qui démontrent une faisabilité pratique pour aborder l'intimidation et tenter de réduire ses effets sur la santé et le bien-être de la personne (Kerber et al., 2012). Des stratégies d'apprentissage actif permettant d'appliquer les nouvelles connaissances apprises sur l'intimidation, notamment à l'aide de techniques de communication efficaces, constituent également des avenues pertinentes à considérer puisqu'elles pourraient aider les infirmières à reconnaître des situations d'intimidation au travail et à renforcer la confiance en leur capacité à réagir à de potentielles situations au sein d'une équipe de travail (Armstrong, 2017; Ceravolo et al., 2012; Sauer et al., 2018).

Bien que ce type de situation demeure toujours, à ce jour, un sujet tabou dans les milieux de pratique, il s'agit d'un problème bien réel qui nécessite d'être intégré au cursus de formation des infirmières ainsi que dans les programmes de formation continue pour mieux outiller les étudiantes et les infirmières. Le développement de compétences pour assurer un niveau plus élevé de professionnalisme des infirmières, une pratique éthique infirmière afin de limiter l'adoption de comportements intimidants contraires à l'éthique dans les milieux de pratique, des connaissances en santé et sécurité au travail, y compris le problème d'intimidation et ses impacts

potentiels sur la santé et la qualité des soins, devraient faire partie intégrante des programmes de formation initiale et continue en sciences infirmières.

Dans les organisations de santé, ces programmes pourraient être offerts par une conseillère clinique en soins infirmiers ou un membre du comité de santé et sécurité au travail, tous formés à cet effet, ou encore par une firme extérieure spécialisée dans ce domaine. Il importe de préciser que l'implantation d'une intervention pour lutter contre l'intimidation ne repose pas sur la simple élaboration et la mise en place d'un programme avec un contenu spécifique. Une intervention répétée multidimensionnelle qui répond aux besoins du milieu de soins s'avère une approche plus appropriée, contrairement à la mise en place d'une intervention unique (Gamble Blakey et al., 2019). Ainsi, même si la formation n'est pas l'unique solution pour prévenir de telles situations de violence au travail, elle constitue une base pertinente pour la création d'une culture de respect et de dignité au travail.

### **6.5.3 Optimiser les mesures entourant les transitions professionnelles**

Les résultats de cette étude permettent, sans conteste, d'entrevoir des transitions professionnelles en tant que moments propices pouvant marquer le début de situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière, notamment lors de séances d'orientation, de périodes de probation, de l'obtention d'un nouveau poste et de l'accueil dans une nouvelle équipe. Pourtant, l'accueil, l'orientation et l'intégration des nouveaux employés font partie des obligations prévues au Plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023 (Gouvernement du Québec, 2019a). Or, à l'instar de ce plan d'action et considérant la manière dont semble se dérouler l'accueil d'infirmières novices et expertes, dans certaines équipes de soins, comme l'illustre la CTSI, il s'avère pertinent de porter une attention particulière aux transitions professionnelles en mettant en place des activités de sensibilisation aux risques inhérents à ce type de transitions.

Des auteurs indiquent que des stratégies de soutien et des interventions visant à faciliter les transitions infirmières peuvent contribuer à favoriser leur bien-être, leur rétention de même que la sécurité des patients (Ashley et al., 2016). De ce point de vue, tout comme la CTSI le propose, le fait de cibler des conditions qui facilitent ou entravent le processus de transition des

infirmières permettrait aux acteurs impliqués dans ce type d'expérience de changement de mettre en place une structure de soutien pour les infirmières susceptibles d'être confrontées à des actes et des événements pouvant précipiter des situations d'intimidation.

En contexte d'intimidation au travail, Rush et al. (2014) indiquent que des programmes de mentorat/préceptorat centrés sur l'accès à du soutien, en cas de besoin, offrent un environnement de travail favorable au nouveau personnel, souvent victime d'intimidation tout au long de son processus de transition. Des programmes de transition professionnelle devraient ainsi prendre en considération les réalités que vivent les infirmières expérimentées qui, tout comme les infirmières novices, ont besoin de soutien dans un contexte de transition professionnelle (Rush et al., 2014). La reconnaissance du bagage expérientiel pourrait certainement contribuer à réduire les tensions durant la période de transition d'une infirmière, notamment celles des infirmières expérimentées. L'adaptation des programmes d'orientation aux besoins des infirmières en intégrant des stratégies et des contenus éducatifs spécifiques constitue une avenue présentant le potentiel de consolider leur engagement dans leur nouvelle fonction.

#### **6.5.4 Reconnaître la formation d'alliances informelles (en cliques)**

Les résultats de cette étude soulignent la pertinence de reconnaître les dynamiques sociales au sein d'une équipe de soins puisqu'elles permettent d'entrevoir la formation d'alliances informelles (en cliques) qui pourraient marquer le début d'un vécu d'intimidation pour une infirmière. Or, les dynamiques sociales et organisationnelles qui font que des situations d'intimidation se produisent et perdurent dans les organisations de santé, comme l'illustre la CTSI, méritent d'être réfléchies comme un possible terreau fertile à l'exclusion et à la stigmatisation de certains individus. À la lumière des résultats de la présente étude, les situations d'intimidation semblent davantage situées au sein des structures sociales organisationnelles, contrairement à un conflit interpersonnel. Afin de lutter efficacement contre l'intimidation, l'adoption d'un angle d'approche centré sur les individus semble plutôt augmenter la vulnérabilité d'une infirmière intimidée aux effets de l'intimidation.

Dans ce contexte, des acteurs au sein des organisations de santé, tels que les gestionnaires, sont encouragés à déployer des mesures favorisant les relations interpersonnelles exemptes de violence, de contraintes ou de discrimination, afin qu'elles puissent se construire dans l'harmonie, le respect et l'égalité dans l'espace social de travail, comme souligné dans le Programme national de santé publique (Gouvernement du Québec, 2015b). Le développement de compétences, comme la communication interpersonnelle, à l'aide d'activités d'apprentissage actif favorable à la socialisation professionnelle et à la cohésion au sein de groupes (ex. : groupes de discussion) s'avère être une avenue à considérer pour renforcer les liens du collectif de travail.

### **6.5.5 Réfléchir sur les divisions internes au sein de la profession infirmière**

La CTSI illustre que certaines divisions internes au sein de la profession infirmière seraient propices au développement de situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière. Ces divisions portent essentiellement sur le profil de compétences distinct des infirmières en raison des différentes formations aux infirmières spécifiques au contexte québécois (collégiale, universitaire 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> cycle) menant à des titres d'infirmières variés. Elles portent également sur les différents systèmes de valeurs personnelles (ex. : respect, justice, confiance) et les divergences idéologiques sur le sens accordé au *soin*.

Les infirmières devraient réfléchir sur les divisions internes de la profession concernant le profil de compétences distinct à la lumière des résultats de la présente étude en se concentrant sur le fait que des situations d'intimidation pourraient résulter de la confusion des responsabilités et rôles impartis aux infirmières, selon leur niveau de formation.

Cette confusion possiblement alimentée, en partie, par des divergences idéologiques sur la vision du soin semble se répercuter régulièrement dans les activités professionnelles sur le terrain, comme l'illustre la CTSI. Des acteurs membres de la direction des soins infirmiers (DSI) au sein des organisations de santé, dont les activités portent principalement sur le contrôle de la qualité de l'activité professionnelle et du développement de la pratique professionnelle, pourraient mettre à la disposition des infirmières une diversité d'activités d'apprentissage et libérer du temps pour réaliser ces activités.

Plus spécifiquement, ils pourraient créer des espaces de parole sous forme d'ateliers qui donneraient l'occasion aux infirmières d'aborder les difficultés rencontrées dans l'exercice de leurs activités professionnelles au regard de divergences en matière de vision du *soin*. Des gestionnaires pourraient, par exemple, mettre le sujet à l'ordre du jour de réunions d'équipe. En donnant la parole aux infirmières, celles-ci pourraient partager leurs différents points de vue concernant le *soin*. Ces aspects relatifs à la division interne de la profession devraient également être pris en considération dans les programmes de mentorat/préceptorat mis en place pour faciliter la socialisation entre les infirmières.

### **6.5.6 Mettre des ressources à la disposition des infirmières en situation d'intimidation**

La CTSI met en évidence un manque de ressources adaptées aux besoins des infirmières intimidées ou témoins et montre l'inadéquation de la réponse des ressources en place, révélant qu'au moment où une infirmière intimidée ou témoin consulte une personne-ressource, elle n'obtient pas nécessairement une aide répondant à sa situation. Les résultats de cette étude révèlent de nombreuses barrières humaines et structurelles pouvant affecter l'évolution de situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière.

La CTSI illustre les difficultés rencontrées par l'infirmière intimidée qui tente d'obtenir de l'aide auprès de ressources issues de son réseau informel et formel de soutien, composé d'acteurs individuels et collectifs intraorganisationnels (ex. : collègues membres de l'équipe de soins, gestionnaire, syndicat) et extraorganisationnels (CNESST, CLP, CRT, organismes communautaires). Les résultats indiquent que l'environnement sociétal québécois semble déficient en matière de ressources adaptées et efficaces (ex. : psychologique, économique, sociale, juridique) pour répondre aux besoins spécifiques de l'infirmière intimidée ou témoin. L'importance du soutien apporté à la personne intimidée est pourtant soulignée par de nombreux auteurs (Branch et al., 2013; Pariona-Cabrera et al., 2020; Wilson, 2016).

L'accès à diverses ressources de soutien s'avère d'autant plus pertinent dans le cas où l'infirmière intimidée s'engage dans un processus de plainte. À cet égard, la CTSI met en exergue un labyrinthe de ressources intra et extraorganisationnelles qui apparaît déroutant pour

l’infirmière cherchant de l’aide dans sa démarche de dénonciation de son vécu d’intimidation, d’inconduites professionnelles ou encore de situations non éthiques. Ainsi, les résultats mettent en lumière la pertinence de considérer ces diverses contraintes rencontrées par l’infirmière intimidée, laquelle devrait se voir proposer par des acteurs jouant un rôle clé dans les cas d’intimidation en milieu de travail, tels que des gestionnaires, des membres des ressources humaines ou du syndicat, des solutions concrètes adaptées à ses besoins, comme ceux exposés au sein de la CTSI.

À la lumière des résultats de la présente étude, il devient essentiel de réfléchir au développement, à la mise en œuvre et à l’évaluation d’un projet pilote centré sur le déploiement d’un réseau de soutien par l’entremise d’un organisme indépendant, dont la mission première serait d’informer, de former et de soutenir la personne (syndiquée ou non) qui se retrouve en situation d’intimidation dans le cadre de son travail. Cet organisme devrait obtenir le financement et le soutien du gouvernement du Québec (ex. : ministère de la Santé et des Services sociaux, ministère du Travail) pour agir dans le cas de situations d’intimidation au travail en offrant, par exemple, des services de soutien et d’accompagnement psychosocial/légal.

Cette recommandation prend appui sur les résultats de la présente étude ainsi que sur l’examen attentif de nombreux plans d’action gouvernementaux effectués lors de la recension des écrits de cette étude. Les plans d’action consultés ont été élaborés au cours de la dernière décennie, dont plusieurs mettent en évidence l’absence d’action concrète dans les organisations de santé concernant des situations d’intimidation (Commission des normes de l’équité de la santé et de la sécurité du travail, 2020; Gouvernement du Québec, 2015a, 2015b, 2017a, 2017b, 2019b, 2021b, 2022b, 2023c).

Malgré le déploiement de ces nombreux plans stratégiques à l’échelle du Québec qui intègrent des objectifs de santé et de bien-être au travail, force est de constater qu’ils ne semblent pas, notamment selon les dires des participants, avoir réussi à mettre en place une structure de soutien efficace dans les organisations de santé ou organismes communautaires, permettant d’offrir au travailleur intimidé une réponse à ses besoins, comme ceux mis en relief par la CTSI. Dans le cas où des ressources de soutien existent déjà, il convient de les identifier, de

les faire connaître, de les adapter, si besoin il y a, et de s'assurer de leur disponibilité partout au Québec dans une visée d'assurer un accès à des services de soutien adaptés aux réalités du travailleur intimidé dans le cadre de ses fonctions.

Ainsi, dans cette étude, plusieurs participants ont exprimé leur désir de s'engager dans une telle *cause*, à savoir celle de mettre en place un organisme semblable à celui proposé dans cette thèse. Or, c'est à travers l'action politique des infirmières elles-mêmes qu'il s'avère possible d'entrevoir la réalisation d'un tel projet pilote. Le soutien de leurs associations professionnelles, des établissements d'enseignement ou encore de conseils locaux, régionaux ou nationaux représente une voie qui pourrait être empruntée pour accompagner des infirmières dans cette action politique au bénéfice des travailleurs et, conséquemment, des infirmières (Pepin et al., 2017).

### **6.5.7 Optimiser l'efficacité des politiques de tolérance zéro intimidation**

Au Québec, l'élaboration et la mise en œuvre de politiques de tolérance zéro intimidation au sein des organisations de santé répondent aux exigences de la Loi sur les normes du travail (Gouvernement du Québec, 2023b). Des auteurs abordant ce type de politiques révèlent que leur échec s'explique possiblement par le fait qu'elles sont élaborées essentiellement dans le but de se conformer aux exigences d'ordre légal (Coursey et al., 2013), par manque d'engagement envers la politique (Gamble Blakey et al., 2019), en raison d'une diffusion passive auprès du personnel (Bambi et al., 2017), de la difficulté à comprendre son application ou encore de la complexité des situations d'intimidation (Gamble Blakey et al., 2019).

Dans la présente étude, la CTSI met en évidence des difficultés rencontrées par les infirmières intimidées en lien avec la politique de tolérance zéro intimidation de leur organisation de soins. En effet, des acteurs internes à l'organisation (patronaux et syndicaux) semblaient contrecarrer son application afin de protéger leurs propres intérêts en banalisant, en ignorant ou en refusant des plaintes. Selon de Maillard et Kübler (2016), des acteurs défavorables aux politiques organisationnelles de tolérance zéro intimidation pourraient utiliser différents moyens pour retarder ou détourner leur mise en œuvre puisqu'ils représentent des intérêts patronaux.

Les résultats de la présente étude soulignent donc la pertinence de mettre en place des mécanismes structurés entourant ces politiques au sein des organisations de santé.

Gamble Blakey et al. (2019) affirment que les politiques de tolérance zéro intimidation s'avèrent nécessaires pour définir les normes et les limites comportementales du personnel ; cependant, ils sont d'avis que leur inefficacité résulte possiblement du fait qu'elles sont utilisées comme une intervention unique. Une politique de lutte contre l'intimidation serait susceptible de récolter plus de succès en étant utilisée conjointement avec des stratégies de formation (Rayner et Lewis, 2011).

De ce point de vue, le développement d'une intervention, prenant appui sur une approche participative communautaire inspirée du plan d'action proposé par Strandmark et Rahm (2014), pourrait constituer une avenue intéressante pour aborder la politique de tolérance zéro intimidation en tenant compte d'autres cibles d'intervention. Ancrés dans la promotion de la santé, le développement, la mise en œuvre et l'évaluation de cette intervention sont à prendre en considération advenant qu'elle s'inscrive dans une perspective de recherche. Toutefois, l'application d'une activité d'apprentissage actif développée à la lumière de cette approche paraît tout à fait judicieuse.

En effet, cette activité viserait à faire obstacle aux situations d'intimidation en mettant en place des conditions favorables à la collaboration. Sous cet angle, cette activité qui se déroulerait en plusieurs séances où les modalités seraient fixées par les participants et selon les réalités de l'organisation serait basée sur l'engagement de toutes les parties concernées (ex. : infirmière, gestionnaire, syndicat) dans l'organisation de santé. De plus, elle prendrait appui sur un système de valeurs humanistes prônant le respect, la tolérance et l'empathie. La prise de conscience des situations d'intimidation, le maintien d'un équilibre des forces et des faiblesses au sein d'une équipe et l'adoption d'une approche de résolution de conflits dans un climat d'ouverture seraient au cœur de cette activité qui devrait faire l'objet d'une évaluation auprès des participants.

Dans ce contexte d'apprentissage actif favorable aux échanges, il serait opportun d'aborder les modalités entourant la politique de tolérance zéro intimidation de l'organisation de santé. Plus spécifiquement, cette activité permettrait d'aborder des sujets tels que : l'élaboration,

la diffusion, l'interprétation (approche) et l'application de la politique de tolérance zéro intimidation. Elle pourrait également susciter la réflexion sur la mise en place d'un système de signalement anonyme des situations d'intimidation étant donné que la dénonciation met à risque la protection des dénonciateurs, le suivi des plaintes, les mécanismes de dénonciation dont la plupart réfèrent au supérieur immédiat, l'absence de neutralité des personnes responsables des plaintes d'intimidation qui pourrait compromettre la protection de la personne intimidée ou encore l'accompagnement des personnes intimidées dans leurs démarches de dénonciation.

Enfin, la CTSI souligne la pertinence de privilégier une approche de gestion des plaintes basée sur la justice réparatrice afin de renforcer les relations prosociales au travail plutôt que de se centrer sur le blâme et la punition, comme le propose Hutchinson (2009). La politique de tolérance zéro intimidation d'une organisation de santé ne devrait pas être appliquée de manière punitive en blâmant la personne intimidée, comme l'illustre la CTSI. Dans ce contexte, l'activité d'apprentissage actif recommandée offrirait un espace social favorable à la discussion sur ce sujet.

### **6.5.8 Optimiser les modalités entourant la gestion de situations d'intimidation**

La CTSI met en évidence les difficultés rencontrées par l'infirmière intimidée ou témoin dans le cadre de sa pratique. En contexte de situations d'intimidation en milieu de travail, le personnel a besoin de se sentir soutenu lorsqu'il est confronté à ce type de situations (Edward et al., 2014). Or, dans la présente étude, les pratiques de gestion semblaient précipiter ou exacerber le vécu d'intimidation de l'infirmière intimidée ou témoin, soulignant ainsi la nécessité d'optimiser les modalités de gestion des situations d'intimidation dans les organisations de santé. En effet, l'infirmière gestionnaire joue un rôle crucial dans la prévention d'actes d'intimidation entre les infirmières (Bambi et al., 2019). L'infirmière leader doit donc reconnaître l'importance, pour le personnel infirmier, d'avoir un emploi valorisant et contributif à son développement professionnel, le respect, la reconnaissance et le renforcement étant liés à la participation au travail (Akerjordet et al., 2018).

Une solution aux situations d'intimidation dans les organisations de santé repose sur la participation active de la direction des soins infirmiers (DSI) qui doit adopter des stratégies connues et fondées sur des données probantes (Myers et al., 2016). Ces stratégies peuvent ainsi contribuer à optimiser la manière de traiter les situations d'intimidation dans l'organisation de santé. Gilbert et al. (2016) indiquent que l'infirmière qui exerce un rôle de leader à tous les niveaux hiérarchiques d'une organisation occupe une place stratégique pour lutter contre l'intimidation. Ces auteurs précisent cependant que le manque de compétences du gestionnaire et le peu de soutien qu'il offre à son personnel peuvent sérieusement nuire aux actions qu'il mettra en place pour composer avec les situations d'intimidation qui sévissent dans l'organisation de santé.

Des auteurs considèrent que certains styles de leadership exercés par les personnes chargées de gérer des situations d'intimidation pourraient influencer leur manière de traiter ce type de situations (Frederick, 2014; Hutchinson et Jackson, 2013b; McPherson et Buxton, 2019; Scott et Timmons, 2017). Bortoluzzi et al. (2014) constatent que le style de leadership participatif adopté par le gestionnaire jouerait un rôle clé dans la prévention de situations d'intimidation. Selon ces auteurs, il suppose que le gestionnaire écoute les suggestions du personnel infirmier et en implique les membres dans le processus décisionnel, ce qui contribuerait à réduire les tensions au sein des équipes de travail infirmières. Le leadership participatif semble contribuer à la création de conditions favorables à l'autonomisation du personnel infirmier sur le lieu de travail (Laschinger, Wong, Grau, et al., 2012). Un autre style de leadership favorable à la gestion des situations d'intimidation correspond au leadership éthique, qui est lié à des normes éthiques et d'intégrité, pouvant décourager la maltraitance au travail comme l'intimidation (Islam et al., 2019). Le style de leadership éthique peut inciter le personnel infirmier à adopter un comportement positif leur permettant de faire entendre leur voix pour contribuer à l'amélioration des services offerts à la clientèle (Islam et al., 2019). Enfin, le style de leadership promoteur de la santé qui prend appui sur la psychologie positive (Snyder et Lopez, 2007) ainsi que l'approche salutogénique (Lindström et Eriksson, 2012) représentent un autre style de leadership qui serait favorable à un climat de travail positif et exempt de situations d'intimidation dans une organisation de santé (Akerjordet et al., 2018). Dans ce contexte, il appert que des

formations auprès des gestionnaires dans le cadre de leur formation continue représentent une avenue intéressante. Néanmoins, la complexité des situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière demeurant difficile à saisir dans son intégralité fait en sorte que le style de leadership ne peut pas être l'unique solution (Bortoluzzi et al., 2014), d'où la pertinence des interventions multidimensionnelles.

Au Québec, le Plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023 prône la création d'environnements de travail sains, sécuritaires, respectueux des personnes et favorables à la santé, à la sécurité et au bien-être du personnel (Gouvernement du Québec, 2019a). Il comprend le programme de sensibilisation et de formation en santé, en sécurité et en qualité de vie au travail offert aux gestionnaires et au personnel cadre et hors cadre afin d'aider les gens accomplissant ces différentes fonctions à soutenir et à accompagner leurs équipes en intégrant des pratiques de gestion respectueuses (Gouvernement du Québec, 2019a). La continuité de ce programme est encouragée ; toutefois, l'absence d'évaluation disponible permet difficilement d'évaluer les retombées pour la gestion de situations d'intimidation dans les organisations de santé.

L'intégration d'activités de gestion nécessaires à la prévention ou au traitement de situations d'intimidation dans les organisations de santé pourrait contribuer à outiller les gestionnaires afin d'optimiser leurs actions dans ce type de situations. La supervision clinique, le mentorat, l'organisation de réunions d'équipe permettant la discussion sur des événements de violence (potentiels ou réels) et la mise en place de systèmes de débriefage postévénement sont quelques exemples d'activités de gestion pertinentes pour soutenir le personnel qui pourrait se trouver en situation d'intimidation dans son équipe de travail. L'infirmière leader promoteur de la santé fait ainsi preuve d'engagement dans la promotion de la santé des employés en favorisant la participation du personnel infirmier aux processus de changement et en prenant en compte le développement des compétences et les déterminants de la santé (Organisation Mondiale de la Santé, 2006). Malgré la mise en place d'activités de formation favorisant le développement de compétences en matière de situations d'intimidation, il convient de miser davantage sur des interventions capables de mettre en cause certaines pratiques de gestion qui tendent à blâmer le plaignant et à le stigmatiser.

### **6.5.9 Poursuivre la recherche sur l'intimidation en contexte infirmier**

Cette étude a contribué à enrichir la compréhension du cycle de vie des situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière. Cette compréhension en profondeur, coconstruite à partir du point de vue d'infirmières et d'infirmiers québécois les ayant vécues à titre de cibles ou de témoins dans le cadre de leur pratique, contribue au développement des savoirs sur ce type de situations, alors que ce sujet est peu abordé dans les organisations de santé au Québec (cf. chapitre 3). Or, à la lumière des résultats de cette étude, quelques pistes à considérer pour la recherche future dans le domaine des situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière méritent de retenir l'attention.

D'abord, en prenant en considération les limites de cette étude doctorale, d'autres études interprétatives/exploratoires pourraient être menées pour aborder des situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière. Ces études pourraient ainsi affiner la CTSI en apportant des nuances à certaines de ses dimensions. C'est le cas, par exemple, des processus impliqués dans la sortie du cycle de vie des situations d'intimidation avec la (re)construction de l'état de santé et de bien-être de l'infirmière intimidée.

Des études descriptives ou exploratoires pourraient être menées auprès d'infirmières intimidées ou témoins pour aborder des sujets mis en relief dans la présente étude. Par exemple, des études à devis non expérimental (corrélationnelle) pourraient aborder les liens entre la formation d'alliances informelles (en cliques) au sein des équipes de soins dans les organisations de santé et leurs effets potentiels sur la pratique infirmière, notamment le *soin*. De plus, peu d'études ont exploré l'association entre l'intimidation en contexte infirmier et la sécurité des patients (Bambi 2019). Des études exploratoires abordant le concept de situations d'intimidation, les expériences vécues des infirmières intimidées ou témoins ou encore la perspective d'infirmières qui considèrent avoir déjà agi de manière intimidante envers des collègues ou l'employeur, sont également à considérer pour clarifier la nature des situations d'intimidation en contexte infirmier. Ce type d'études pourrait aider à documenter des informations précieuses sur les dynamiques interactionnelles, alors que des études comparatives permettraient de dégager des perspectives pour mieux saisir les situations d'intimidation.

D'autres études de compréhension permettraient de guider la pratique infirmière. Par exemple, la CTSI aide à mieux saisir comment les situations d'intimidation peuvent engager un processus d'adaptation de la pratique de l'infirmière intimidée ou témoin pour assurer la prestation de soins aux patients. Des études descriptives permettraient de documenter les stratégies de contournement utilisées par l'infirmière en situation d'intimidation, notamment en matière de prestation des soins aux patients. Ceci permettrait de mettre au jour ces réalités et les risques qui y sont associés. Des recherches qualitatives (ex. : études de cas) portant sur des divergences idéologiques en matière de conception du *soin*, des diversités de systèmes de valeurs ou encore sur différentes formations aux infirmières s'avèrent nécessaires pour explorer en profondeur ces particularités de la pratique infirmière en situation d'intimidation issues de la présente étude.

Par ailleurs, des objets d'étude peu abordés dans les écrits, tels que les réalités entourant la dénonciation de situations d'intimidation (ex. : représailles, dilemmes éthiques) auxquelles des infirmières peuvent être confrontées dans le cadre de leur pratique, le rapport à la profession de l'infirmière en situation d'intimidation, le soutien émotionnel des proches en tant que possible modérateur des effets néfastes de l'intimidation ou encore le caractère émotionnel des situations d'intimidation méritent une plus grande attention. Des études descriptives ou exploratoires permettraient d'éclairer certaines de ces caractéristiques de la pratique infirmière qui demeurent sous-explorées.

Outre les devis qualitatifs, un devis quantitatif avec étude méthodologique centrée sur le développement et l'évaluation des propriétés psychométriques d'un instrument de mesure sur les situations d'intimidation auprès d'infirmières en contexte québécois représente une avenue intéressante, considérant l'identification de lacunes méthodologiques de certains instruments de mesure sur ce sujet (cf. chapitre 3).

La CTSI pourrait également servir à développer et à mettre en œuvre un programme d'interventions multidimensionnelles dans lequel les quatre regroupements dimensionnels en seraient la pierre angulaire. Des auteurs soulignent d'ailleurs l'efficacité des interventions multidimensionnelles qui combinent le déploiement d'actions individuelles, professionnelles et

organisationnelles (Parker et al., 2016). En l'occurrence, le programme proposé à la lumière des résultats de la présente étude s'adresserait aux infirmières ainsi qu'aux acteurs clés impliqués dans la gestion de situations d'intimidation, comme des gestionnaires, des membres des ressources humaines ou de syndicat. Il devrait prévoir des activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie.

En effet, de concert avec des acteurs protagonistes impliqués en santé au travail, tels que le ministère du Travail, le ministère de la Santé et des Services sociaux, la CNESST et le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur et dans le domaine de la protection du public comme l'OIIQ et, en prenant appui sur les stratégies de la Charte d'Ottawa<sup>12</sup>, ce programme viserait, entre autres, à agir sur des déterminants de la santé (ex. : travail) dans une visée de développer 1) des aptitudes individuelles favorisant le pouvoir d'agir de la personne ou de groupes d'individus, 2) de créer des environnements favorables et 3) d'élaborer des politiques publiques saines. Cet angle d'approche paraît judicieux considérant que la plupart des stratégies recensées dans les écrits mettent en évidence le fait qu'elles s'inscrivent davantage dans une perspective de prévention, limitant ainsi la participation active des acteurs concernés. En s'inspirant des résultats de la présente étude, le contenu de ce programme serait élaboré en collaboration avec les acteurs impliqués. Des travaux ultérieurs de validation de ce programme (post-test) sont à prévoir auprès de ces acteurs impliqués dans des situations d'intimidation au sein des organisations de santé. Ce programme à plusieurs niveaux pourrait également prendre appui sur un devis de recherche prétest et post-test. Ce type de projets de recherche pour la promotion de la sécurité et de la santé des infirmières se révèle particulièrement pertinent pour le champ de la santé au travail. Les gains pour le personnel infirmier, les organisations de santé et les patients pourraient s'avérer considérables en matière de santé au travail, de rétention des effectifs infirmiers et pour la qualité des soins.

Un autre projet de recherche participative pourrait être mené avec des infirmières ayant une expérience vécue d'intimidation dans le cadre de leur pratique au sein des organisations de

---

<sup>12</sup> Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/charte-ottawa-promotion-sante-conference-internationale-promotion-sante.html>

santé. Ce dernier viserait une meilleure compréhension des dimensions de la CTSI afin d'identifier et de mettre en œuvre, avec des infirmières en situation d'intimidation, soit un groupe particulièrement stigmatisé en milieu de travail, des actions pouvant améliorer leur bien-être au travail ainsi que la qualité des soins. Ce projet empirique pourrait affiner la conception des situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière coconstruite dans la présente étude.

En somme, la CTSI pourrait certainement être appliquée dans d'autres milieux de travail ayant des contextes similaires à ceux étudiés. Le lecteur doit cependant prendre en considération les similarités et les différences contextuelles puisque des variations sont possibles concernant les situations d'intimidation entre infirmières en raison des différences dans les sociétés, les cultures, les organisations et les dynamiques interpersonnelles.

## Conclusion

Pour conclure, cette étude doctorale propose à partir d'une approche interprétative/qualitative exploratoire, qui résulte de la convergence de principes issus de la théorisation ancrée constructiviste (Charmaz, 2014), de l'analyse situationnelle (Clarke et al., 2015) et de l'analyse dimensionnelle (Schatzman, 1991; Schatzman et Strauss, 1973), une coconstruction théorique des situations d'intimidation (CTSI) sous-jacentes à la pratique infirmière. Cette coconstruction théorique a été élaborée selon le point de vue d'infirmières et d'infirmiers québécois les ayant vécues à titre de cibles ou de témoins dans le cadre de leur pratique. Elle se situe dans le paradigme constructiviste social/constructionniste social inspiré de la pensée de Charmaz (2014) et a été guidée par la perspective théorique interactionniste critique (Burbank et Martins, 2010; Martins et Burbank, 2011; Sandström et Fine, 2003).

Les résultats de cette étude portent sur les quatre regroupements dimensionnels interdépendants de la CTSI. Le premier regroupement met en évidence des conditions situationnelles (antécédents) qui s'articulent autour des dimensions : contextes sociaux et conditions micro et macrosociologiques. Le deuxième regroupement reflète le processus de création des situations d'intimidation qui se déroule en cinq phases. Les trois premières phases 1) la situation initiale : ç'a commencé comme ça ! 2) l'ancrage : ça continue ! et 3) l'impasse : être dedans ! s'inscrivent dans la tolérance et le statu quo, alors que les deux dernières phases 4) la mobilisation de ressources de soutien et 5) la rupture sont ancrées dans une perspective d'action vers le changement. Le troisième regroupement dimensionnel renvoie aux conséquences sur l'état de santé et de bien-être personnel et professionnel de l'infirmière intimidée ou témoin ([dé]stabilisation, [dé]gradation, détérioration, intensification de la détérioration, [re]construction) et sur la qualité des soins. Le dernier regroupement porte sur le continuum espace-temps inhérent aux situations d'intimidation.

Dans l'ensemble, les regroupements dimensionnels qui composent la CTSI fournissent une description des dimensions constitutives des situations d'intimidation qui se sont avérées porteuses durant l'analyse étant donné qu'elles permettaient de délimiter l'objet d'étude. Ces regroupements dimensionnels permettent de mieux comprendre comment et pourquoi ces

situations naissent, se produisent, se transforment et se terminent. Ils fournissent des leviers de réflexion et d'action permettant de promouvoir des environnements de travail sains. La CTSI révèle ainsi la nature complexe, dynamique, plurielle et évolutive de ce type de situations.

Les résultats de cette étude mettent en lumière le cycle de vie de situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière. Ils révèlent des moments propices aux transitions professionnelles pouvant marquer le début de telles situations et la présence de formation d'alliances informelles (en cliques) dans certaines organisations de santé. Ils mettent en évidence des divisions internes au sein de la profession infirmière causées possiblement par l'existence de différentes formations aux infirmières, d'une diversité de systèmes de valeurs personnelles (ex. : respect, justice, confiance) et de divergences idéologiques sur le sens accordé au *soin*.

La CTSI montre que l'infirmière intimidée tend à développer des stratégies pour adapter sa pratique à son environnement de travail toxique et à dénoncer son vécu d'intimidation à travers des inconduites professionnelles et des situations non éthiques constatées dans son milieu de pratique. Ce faisant, elle cherche à se protéger et à assurer la sécurité des patients de même que la qualité des soins en prenant appui sur des principes qui s'apparentent à l'*advocacy* et à la parrhèsia. Elle illustre les conséquences des situations d'intimidation sur la santé, le bien-être, la vie sociale, la dignité, l'identité professionnelle et sur le parcours de carrière de l'infirmière intimidée ou témoin. Elle met en relief deux processus de (re)construction de l'infirmière intimidée, difficile et positif, à la sortie du cycle de vie de son vécu d'intimidation. La CTSI dévoile les mécanismes liant les situations d'intimidation, la précarité de l'emploi de l'infirmière intimidée et le stress financier qui y est associé. Le cyberspace représente un élément saillant de la notion d'espace de la CTSI tout comme la notion de subjectivité qui renvoie à la compréhension de la façon dont l'infirmière intimidée ou témoin vit cette expérience située dans un temps vécu.

Cette étude doctorale propose des recommandations pour les différents champs de la pratique infirmière. Des actions stratégiques s'avèrent nécessaires, entre autres, pour : sensibiliser les acteurs concernés, directement ou indirectement, au sein des organisations de santé ; rehausser et bonifier la formation initiale et continue des infirmières ; optimiser les mesures entourant les transitions professionnelles ; reconnaître la formation d'alliances

informelles (en cliques) ; réfléchir sur les divisions internes au sein de la profession infirmière ; mettre des ressources à la disposition de l'infirmière en situation d'intimidation ; optimiser l'efficacité des politiques de tolérance zéro intimidation ; optimiser les modalités entourant la gestion de situations d'intimidation et poursuivre la recherche sur l'intimidation en contexte infirmier.

En somme, cette contribution théorique et méthodologique a permis d'appréhender de manière novatrice un sujet sensible et tacite comme des situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière. Tout en contribuant au développement des connaissances en sciences infirmières, cette étude propose un cadre de compréhension de ce type de situations et considère que les pistes d'actions proposées dans la présente étude pourraient permettre des avancées dans la lutte contre cette forme de violence qui sévit dans certaines organisations de santé et, potentiellement, dans divers autres domaines du monde du travail.

## Références bibliographiques

- Abbasinia, M., Ahmadi, F. et Kazemnejad, A. (2020). Patient advocacy in nursing: A concept analysis. *Nursing Ethics*, 27(1), 141-151. <https://doi.org/10.1177/0969733019832950>
- Adams, A. (1992). *Bullying at work: How to confront and overcome it*. Virago Press.
- Ahern, K. et McDonald, S. (2002). The beliefs of nurses who were involved in a whistleblowing event. *Journal of Advanced Nursing*, 38(3), 303-309. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02180.x>
- Akerjordet, K., Furunes, T. et Haver, A. (2018). Health-promoting leadership: An integrative review and future research agenda. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1505-1516. <https://doi.org/10.1111/jan.13567>
- Almost, J., Wolff, A. C., Stewart-Pyne, A., McCormick, L. G., Strachan, 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. (2015). Position statement on incivility, bullying, and workplace violence. <https://www.nursingworld.org/~49d6e3/globalassets/practiceandpolicy/nursing-excellence/incivility-bullying-and-workplace-violence--ana-position-statement.pdf>
- An, Y. et Kang, J. (2016). Relationship between organizational culture and workplace bullying among Korean nurses. *Asian Nursing Research*, 10(3), 234-239. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2016.06.004>
- Andersen, S. L. (1990). Patient advocacy and whistle-blowing in nursing: Help for the helpers. *Nursing Forum*, 25(3), 5-13. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.1990.tb00852.x>
- Anthony, M. et Yastik, J. (2011). Nursing Students' Experiences with Incivility in Clinical Education. *Journal of Nursing Education*, 50(3), 140-144. <https://doi.org/10.3928/01484834-20110131-04>
- Anusiewicz, C., Shirey, M. et Patrician, P. (2019). Workplace bullying and newly licensed registered nurses: An evolutionary concept analysis. *Workplace Health & Safety*, 67(5), 250-261. <https://doi.org/10.1177/2165079919827046>
- Aoki, R. N. et Guirardello, E. d. B. (2019). Bullying in the nursing work environment: Integrative review. *Revista gaúcha de enfermagem*, 40, e20190176. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190176>

- Applebaum, S. H., Deguire, K. J. et Lay, M. (2005). The relationship of ethical climate to deviant workplace behaviour. *Corporate Governance: The international journal of business in society*, 5(4), 43-55. <https://doi.org/10.1108/14720700510616587>
- 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>
- Armstrong, N. (2018). Management of nursing workplace incivility in the health care settings: A systematic review. *Workplace Health & Safety*, 66(8), 403-410. <https://doi.org/10.1177/2165079918771106>
- Armstrong, N. E. (2017). A quality improvement project measuring the effect of an evidence-based civility training program on nursing workplace incivility in a rural hospital using quantitative methods. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 17(1), 100-137. <https://doi.org/10.14574/ojrnhc.v17i1.438>
- Arnetz, J. E., Fitzpatrick, L., Cotten, S. R., Jodoin, C. et Chang, C.-H. (2019). Workplace bullying among nurses: Developing a model for intervention. *Violence and Victims*, (2), 346-362. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-17-00211>
- Arnetz, J. E., Neufcourt, L., Sudan, S., Arnetz, B. B., Maiti, T. et Viens, F. (2020). Nurse-reported bullying and documented adverse patient events: An exploratory study in a US hospital. *Journal of Nursing Care Quality*, 35(3), 206-212. <https://doi.org/10.1097/ncq.0000000000000442>
- Arskey, H. (1996). Collecting data through joint interviews. *Social Research Update*, 15, 1-4.
- Ashley, C., Halcomb, E. et Brown, A. (2016). Transitioning from acute to primary health care nursing: An integrative review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 25(15-16), 2114-2125. <https://doi.org/10.1111/jocn.13185>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada et Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. (2015). *La violence et l'intimidation en milieu de travail. Énoncé de position commun*. <https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/la-violence-et-lintimidation-en-milieu-de-travail-annonce-de-position-commun.pdf?la=fr&hash=B1E26F3DDFC9F300E07725FEC6DB2B6C6507FB9C>
- Aubé, I. (2009). Modes alternatifs de règlement des litiges relatifs au harcèlement psychologique. *Regards sur le travail*, 5(2), 13-18.
- Austin, W. J. (2011). The incommensurability of nursing as a practice and the customer service model: An evolutionary threat to the discipline. *Nursing Philosophy*, 12(3), 158-166. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2011.00492.x>
- Ayakdaş, D. et Arslantaş, H. (2018). Colleague violence in nursing: A cross-sectional study. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(1), 36-44. <https://doi.org/10.14744/phd.2017.52724>

- Báez-León, C., Moreno-Jiménez, B., Aguirre-Camacho, A. et Olmos, R. (2016). Factors influencing intention to help and helping behaviour in witnesses of bullying in nursing settings. *Nursing Inquiry*, 23(4), 358-367. <https://doi.org/10.1111/nin.12149>
- Bailey, J. (2008). First steps in qualitative data analysis: Transcribing. *Family Practice*, 25(2), 127-131. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmn003>
- Baker, C., Wuest, J. et Stern, P. N. (1992). Method slurring: The grounded theory/phenomenology example. *Journal of Advanced Nursing*, 17(11), 1355-1360. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb01859.x>
- Balevre, S. M., Balevre, P. S. et Chesire, D. J. (2018). Nursing professional development anti-bullying project. *Journal for Nurses in Professional Development*, 34(5), 277-282. <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000470>
- Bambi, S., Becattini, G., Domenico Giusti, G., 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/10.1097/DCC.0000000000000077>
- Bambi, S., Foa, C., De Felippis, C., Lucchini, A., Guazzini, A. et Rasero, L. (2018). Workplace incivility, lateral violence and bullying among nurses: A review about their prevalence and related factors. *Acta Bio-Medica de l Ateneo Parmense*, 89(6-S), 51-79. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i6-S.7461>
- Bambi, S., Guazzini, A., De Felippis, C., Lucchini, A. et Rasero, L. (2017). Preventing workplace incivility, lateral violence and bullying between nurses: A narrative literature review. *Acta Bio-Medica de l Ateneo Parmense*, 88(5-S), 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/doi:10.1111/jonm.12738>
- Barber, C. (2012). Use of bullying as a management tool in healthcare environments. *British Journal of Nursing*, 21(5), 299-302. <https://doi.org/10.12968/bjon.2012.21.5.299>
- Bartholomew, K. (2006). *Ending nurse-to-nurse hostility: Why nurses eat their young and each other*. HCPro.
- Becher, J. et Visovsky, C. (2012). Horizontal violence in nursing. *Medsurg Nursing*, 21(4), 210-214.
- Becker, H. S. (1967). Whose side are we on? *Social Problems*, 14(3), 239-247. <https://doi.org/10.1525/sp.1967.14.3.03a00010>

- Becker, H. S. (1985). *Outsiders : études de sociologie de la déviance* (traduit par J.-P. Briand et J.-M. Chapoulie). Métailié.
- Beebe, L. H. (2007). What can we learn from pilot studies? *Perspectives in Psychiatric Care*, 43(4), 213-218. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2007.00136.x>
- Benoiel, J. Q. (1996). Grounded theory and nursing knowledge. *Qualitative Health Research*, 6(3), 406-428. <https://doi.org/10.1177/104973239600600308>
- Bergson, H. (2013). *La pensée et le mouvant : essais et conférences* (17<sup>e</sup> éd.). Presses Universitaires de France. (ouvrage original publié en Presses Universitaires de France, 1938)
- Berry, P. A., Gillespie, G. L., Gates, D. et Schafer, J. (2012). Novice nurse productivity following workplace bullying. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(1), 80-87. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01436.x>
- Berthelsen, C. B., Lindhardt, T. et Frederiksen, K. (2017). A discussion of differences in preparation, performance and postreflections in participant observations within two grounded theory approaches. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(2), 413-420. <https://doi.org/10.1111/scs.12353>
- Birks, M., Budden, L. M., Biedermann, N., Park, T. et Chapman, Y. (2018). A 'rite of passage?': Bullying experiences of nursing students in Australia. *Collegian*, 25(1), 45-50. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.03.005>
- Birks, M., Cant, R. P., Budden, L. M., Russell-Westhead, M., Sinem Uzar Ozcetin, Y. et Tee, S. (2017). Uncovering degrees of workplace bullying: A comparison of baccalaureate nursing students' experiences during clinical placement in Australia and the UK. *Nurse Education in Practice*, 25, 14-21. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.04.011>
- Birks, M., Chapman, Y. et Francis, K. (2006). Moving grounded theory into the 21st century: Part 2- mapping the footprints. *Singapore Nursing Journal*, 33(4), 12-17.
- Birks, M. et Mills, J. (2015). *Grounded theory: A practical guide* (2<sup>e</sup> éd.). SAGE.
- Blackmore, R. (2001). Advocacy in nursing: Perceptions of learning disability nurses. *Journal of Learning Disabilities*, 5(3), 221-234. <https://doi.org/10.1177/146900470100500302>
- Blackstock, S., Salami, B. et Cummings, G. G. (2018). Organisational antecedents, policy and horizontal violence among nurses: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 26(8), 972-991. <https://doi.org/10.1111/jonm.12623>
- Blais, M. et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18. <https://doi.org/10.7202/1085369ar>

- Bloom, E. M. (2019). Horizontal violence among nurses: Experiences, responses, and job performance. *Nursing Forum*, 54(1), 77-83. <https://doi.org/doi:10.1111/nuf.12300>
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: Perspective and methods*. University of California Press.
- Boateng, G. O. et Adams, T. L. (2016). "Drop dead ... I need your job": An exploratory study of intra-professional conflict amongst nurses in two Ontario cities. *Social Science and Medicine*, 155, 35-42. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.02.045>
- Bond, M. J. et Birkholz, L. J. (2020). What if the bully is the manager? *Nursing*, 50(3), 48-52. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000654048.73369.b8>
- Bortoluzzi, G., Caporale, L. et Palese, A. (2014). Does participative leadership reduce the onset of mobbing risk among nurse working teams? *Journal of Nursing Management*, 22(5), 643-652. <https://doi.org/10.1111/jonm.12042>
- Boucher, G. (2021). *Reconnaître et transformer la pratique infirmière au Québec : un changement porteur d'avenir*. Rapport des commissaires sur les états généraux de la profession infirmière. <https://www.oiiq.org/documents/20147/2943421/rapport-EG-2021.pdf>
- Bouffartigue, P. (2019). Temporalités : les nouvelles formes de disponibilité au travail. Dans D. Mercure et M. Vultur (dir.), *Dix concepts pour penser le nouveau monde du travail* (p. 209-227). Les Presses de l'Université Laval
- Bowers, B. et Schatzman, L. (2009). Dimensional analysis. Dans J. M. Morse, P. N. Stern, J. Corbin, B. Bowers, K. Charmaz et A. E. Clarke (dir.), *Developing grounded theory: The second generation* (p. 86-106). Left Coast Press, Inc.
- Bowles, C. et Candela, L. (2005). First job experiences of recent RN graduates: Improving the work environment. *Journal of Nursing Administration*, 35(3), 130-137. <https://doi.org/10.1097/00005110-200503000-00006>
- Bowling, N. A. et Beehr, T. A. (2006). Workplace harassment from the victim's perspective: A theoretical model and meta-analysis. *Journal of Applied Psychology* 91(5), 998-1012. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.91.5.998>
- Bowlan, N. M. (2015). Nursing students' experience of bullying prevalence, impact, and interventions. *Nurse Educator*, 40(4), 194-198. <https://doi.org/10.1097/nne.0000000000000146>
- Bradbury, J. (2015). Workplace bullying: Modelling construct validity in an Australian public sector workforce. *Journal of Empirical Studies*, 2(1), 1-16. <https://doi.org/10.18488/journal.66/2015.2.1/66.1.1.16>

- Branch, S., Ramsay, S. et Barker, M. (2013). Workplace bullying, mobbing and general harassment: A review. *International Journal of Management Reviews*, 15(3), 280-299. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2370.2012.00339.x>
- Brannen, J. (1988). The study of sensitive subjects. *Sociological Review*, 36(3), 552-563. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1988.tb02929.x>
- Brewer, K. C., Oh, K. M., Kitsantas, P. et Zhao, X. (2020). Workplace bullying among nurses and organizational response: An online cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 28(1), 148-156. <https://doi.org/10.1111/ionm.12908>
- Brotheridge, C. M. et Lee, R. T. (2010). Restless and confused: Emotional responses to workplace bullying in men and women. *Career Development International*, 15(7), 687-707. <https://doi.org/10.1108/13620431011094087>
- Bryant, A. et Charmaz, K. (2007). *The SAGE handbook of grounded theory*. SAGE.
- Bryant, A. et Charmaz, K. (2010). *The SAGE handbook of grounded theory*. SAGE <https://doi.org/10.4135/9781848607941>
- Buckley, C. A. et Waring, M. J. (2013). Using diagrams to support the research process: Examples from grounded theory. *Qualitative Research*, 13(2), 148-172. <https://doi.org/10.1177/1468794112472280>
- Budden, L. M., Birks, M., Cant, R., Bagley, T. et Park, T. (2017). Australian nursing students' experience of bullying and/or harassment during clinical placement. *Collegian*, 24(2), 125-133. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.11.004>
- Budin, W. C., Brewer, C. S., Chao, Y.-Y. et Kovner, C. (2013). Verbal abuse from nurse colleagues and work environment of early career registered nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 45(3), 308-316. <https://doi.org/10.1111/jnu.12033>
- Bulutlar, F. et Öz, E. Ü. (2009). The effects of ethical climates on bullying behaviour in the workplace. *Journal of Business Ethics*, 86(3), 273-295.
- Burbank, P. M. et Martins, D. C. (2010). Symbolic interactionism and critical perspective: Divergent or synergistic? *Nursing Philosophy*, 11(1), 25-41. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2009.00421.x>
- Canales, M. (2010). Othering: Difference understood?? A 10-year analysis and critique of the nursing literature. *Advances in Nursing Science*, 33, 15-34. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3181c9e119>
- Canales, M. K. (2000). Othering: Toward an understanding of difference. *Advances in Nursing Science*, 22(4).

- Cangelosi, P. R., Crocker, S. et Sorrell, J. M. (2009). Expert to novice: Clinicians learning new roles as clinical nurse educators. *Nursing Education Perspectives*, 30(6), 367-371.
- Cardoso, M., Fornés-Vives, J. et Gili, M. (2016). Implications of psychological harassment on witnesses: An observational study in nursing staff. *Enfermeria Global*, 15(2), 313-323.
- Carter, M., Thompson, N., Crampton, P., Morrow, G., Burford, B., Gray, C. et Illing, J. (2013). Workplace bullying in the UK NHS: A questionnaire and interview study on prevalence, impact and barriers to reporting. *Bmj Open*, 3 (6) (002628), 1-12. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002628>
- Carter, S. M. et Little, M. (2007). Justifying knowledge, justifying method, taking action: Epistemologies, methodologies, and methods in qualitative research. *Qualitative Health Research* 17(10), 1316-1328. <https://doi.org/10.1177/1049732307306927>
- Castronovo, M. A., Pullizzi, A. et Evans, S. (2016). Nurse bullying: A review and a proposed solution. *Nursing Outlook*, 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. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01402.x>
- Charmaz, K. (1991). Translating graduate qualitative methods into undergraduate teaching - intensive interviewing as a case example. *Teaching Sociology*, 19(3), 384-395. <https://doi.org/10.2307/1318205>
- Charmaz, K. (2000). Constructivist and objectivist grounded theory. Dans N. Denzin et Y. Lincoln (dir.), *Handbook of qualitative research* (2<sup>e</sup> éd., p. 509-535). SAGE
- Charmaz, K. (2004). Premises, principles, and practices in qualitative research: Revisiting the foundations. *Qualitative Health Research*, 14(7), 976-993. <https://doi.org/10.1177/1049732304266795>
- Charmaz, K. (2005). Grounded theory in the 21st century: Applications for advancing social justice studies. Dans N. Denzin et Y. Lincoln (dir.), *Handbook of qualitative research* (p. 507-535). SAGE.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. SAGE.
- Charmaz, K. (2009). Shifting the grounds: Constructivist grounded theory methods. Dans J. M. Morse, P. N. Stern, J. Corbin, B. Bowers, K. Charmaz et A. E. Clarke (dir.), *Developing grounded theory: The second generation* (p. 127-193). Left Coast Press Inc.
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory* (2<sup>e</sup> éd.). SAGE.

- Charmaz, K., Thornberg, R. et Keane, E. (2018). Evolving grounded theory and social justice inquiry. Dans N. Denzin et Y. Lincoln (dir.), *The SAGE handbook of qualitative research* (p. 411-443). SAGE.
- Chatziioannidis, I., Bascialla, F. G., Chatzivalsama, P., Vouzas, F. et Mitsiakos, G. (2018). Prevalence, causes and mental health impact of workplace bullying in the neonatal intensive care unit environment. *Bmj Open*, 8(2), 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018766>
- Child, R., Menten, J., Pavlish, C. et Phillips, L. (2014). Using Facebook and participant information clips to recruit emergency nurses for research. *Nurse Researcher*, 21(6), 16-21.
- Chiovitti, R. F. et Piran, N. (2003). Rigour and grounded theory research. *Journal of Advanced Nursing*, 44(4), 427-435. <https://doi.org/10.1046/j.0309-2402.2003.02822.x>
- Chippis, E. M. et McRury, M. (2012). The development of an educational intervention to address workplace bullying: A pilot study. *Journal for Nurses in Staff Development*, 28(3), 94-98.
- Choi, J. et Park, M. (2019). Effects of nursing organisational culture on face-to-face bullying and cyberbullying in the workplace. *Journal of Clinical Nursing*, 28(13-14), 2577-2588.
- Clark, C. M., Olender, L., Kenski, D. et Cardoni, C. (2013). Exploring and addressing faculty-to-faculty incivility: A national perspective and literature review. *Journal of Nursing Education*, 52(4), 211-218. <https://doi.org/10.3928/01484834-20130319-01>
- Clarke, A. E. (2005). *Situational analysis: Grounded theory after the postmodern turn*. SAGE.
- Clarke, A. E., Friese, C. et Washburn, R. (2015). *Situational analysis in practice: Mapping research with grounded theory*. Left Coast Press, Inc.
- Clarke, C. M., Kane, D. J., Rajacich, D. L. et Lafreniere, K. D. (2012). Bullying in undergraduate clinical nursing education. *Journal of Nursing Education*, 51(5), 269-276. <https://doi.org/10.3928/01484834-20120409-01>
- Cleary, M., Hunt, G. E. et Horsfall, J. (2010). Identifying and addressing bullying in nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(5), 331-335. <https://doi.org/10.3109/01612840903308531>
- Cleary, M., Hunt, G. E., Walter, G. et Robertson, M. (2009). Dealing with bullying in the workplace: Toward zero tolerance. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 47(12), 34-41. <https://doi.org/10.3928/02793695-20091103-03>
- Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail. (2020). *Santé et sécurité du travail : planification pluriannuelle en prévention-inspection 2020-2023*. Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail - 2020. <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/organisation/documentation/formulaires-publications/planification-pluriannuelle-en-prevention>

- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Instituts de recherche en santé du Canada. (2010). *Énoncé de politique des trois Conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains*. [http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2/EPTC\\_2\\_FINAL\\_Web.pdf](http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2/EPTC_2_FINAL_Web.pdf)
- Conseil international des infirmières. (2017). *Prévention et gestion de la violence sur le lieu de travail : prise de position*. Conseil international des infirmières. [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PS\\_C\\_Prevention\\_mgmt\\_workplace\\_violence\\_Fr\\_1.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PS_C_Prevention_mgmt_workplace_violence_Fr_1.pdf)
- Cooney, A. (2011). Rigour and grounded theory. *Nurse Researcher*, 18(4), 17-22. <https://doi.org/10.7748/nr2011.07.18.4.17.c8631>
- Corbin, J. et Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (3<sup>e</sup> éd.). SAGE.
- Corbin, J. et Strauss, A. (2015). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (4<sup>e</sup> éd.). SAGE.
- Corney, B. (2008). Aggression in the workplace: A study of horizontal violence utilising Heideggerian hermeneutic phenomenology. *Journal of Health Organization and Management*, 22(2), 164-177.
- Côté, K. et St-Pierre, S. (2011). Le harcèlement psychologique chez les infirmières : une réalité troublante. *Médecine Sciences Amérique*. <https://docplayer.fr/30971607-Le-harcelement-psychologique-chez-les-infirmieres-une-realite-troublante.html>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2012.09.010>
- Courtney-Pratt, H., Pich, J., Levett-Jones, T. et Moxey, A. (2018). "I was yelled at, intimidated and treated unfairly": Nursing students' experiences of being bullied in clinical and academic settings. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), e903-e912. <https://doi.org/10.1111/jocn.13983>
- Cowles, K. V. (1988). Issues in qualitative research on sensitive topics. *Western Journal of Nursing Research*, 10(2), 163-179. <https://doi.org/10.1177/019394598801000205>
- Coyne, I. T. (1997). Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling: Merging or clear boundaries? *Journal of Advanced Nursing*, 26(3), 623-630. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.t01-25-00999.x>
- Crawford, C. L., Chu, F., Judson, L. H., Cuenca, E., Jadalla, A. A., Tze-Polo, L., Kawar, L. N., Runnels, C. et Garvida, R., Jr. (2019). An integrative review of nurse-to-nurse incivility, hostility, and

- workplace violence: A GPS for nurse leaders. *Nursing Administration Quarterly*, 43(2), 138-156. <https://doi.org/10.1097/naq.0000000000000338>
- Croft, R. K. et Cash, P. A. (2012). Deconstructing contributing factors to bullying and lateral violence in nursing using a postcolonial feminist lens. *Contemporary Nurse*, 42(2), 226-242. <https://doi.org/10.5172/conu.2012.42.2.226>
- Cronin, P., Ryan, F. et Coughlan, M. (2008). Undertaking a literature review: A step-by-step approach. *British Journal of Nursing*, 17(1), 38-43. <https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.1.28059>
- Curtis, J., Bowen, I. et Reid, A. (2007). You have no credibility: Nursing students' experiences of horizontal violence. *Nurse Education in Practice*, 7(3), 156-163.
- Curtis, P., Ball, L. et Kirkham, M. (2006). Bullying and horizontal violence: Cultural or individual phenomena? *British Journal of Midwifery*, 14(4), 218-221.
- Cutcliffe, J. R. (2005). Adapt or adopt: Developing and transgressing the methodological boundaries of grounded theory. *Journal of Advanced Nursing*, 51(4), 421-428. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03514.x>
- D'Cruz, P. et Noronha, E. (2010). Protecting my interests: HRM and target's coping with workplace bullying. *The Qualitative Report*, 15(3), 507-534.
- D'Cruz, P. et Noronha, E. (2012). Clarifying my world: Identity work in the context of workplace bullying. *The Qualitative Report*, 17(8), 1-29.
- da Silva João, A. L. et Saldanha Portelada, A. F. (2019). Mobbing and its impact on interpersonal relationships at the workplace. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(13), 2797-2812. <https://doi.org/10.1177/0886260516662850>
- Daly, Z., O'Flynn-Magee, K. et Rodney, P. P. (2020). A call to revisit and address the histories of bullying in nursing education. *Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière*, 6(3), Article 9. <https://doi.org/10.17483/2368-6669.1249>
- Davies, C. et Fisher, M. (2018). Understanding research paradigms. *Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses Association*, 21(3), 21-25.
- de Maillard, J. et Kübler, D. (2016). Chapitre 3. La mise en œuvre : entre application et reformulation de la décision. Dans *Analyser les politiques publiques* (p. 79-107). Presses universitaires de Grenoble. <https://www.cairn.info/analyser-les-politiques-publiques--9782706124082-page-79.htm>
- Dellasega, C., Gabbay, R., Durdock, K. et Martinez-King, N. (2009). An exploratory study of the orientation needs of experienced nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(7), 311-316. <https://doi.org/10.3928/00220124-20090623-04>

- Demazière, D. et Zune, M. (2019). Enquêter auprès de chômeurs exclus par décision administrative : repérer des invisibles, écouter des inaudibles, restituer des expériences. *Recherches qualitatives, Hors Série*(23), 7-21. <https://hal.science/hal-04269735>
- Desgagné, S. (1997). Le concept de recherche collaborative : l'idée d'un rapprochement entre chercheurs universitaires et praticiens enseignants. *Revue des sciences de l'éducation*, 23(2), 371-303. <https://doi.org/10.7202/031921ar>
- Dickson-Swift, V., James, E. L., Kippen, S. et Liamputtong, P. (2008). Risk to researchers in qualitative research on sensitive topics: Issues and strategies. *Qualitative Health Research* 18(1), 133-144. <https://doi.org/10.1177/1049732307309007>
- Ditmer, D. (2010). A safe environment for nurses and patients: Halting horizontal violence. *Journal of Nursing Regulation*, 1(3), 9-14.
- Dubbin, L. (2014). *Race, place and space: Illness narratives of African Americans living with coronary heart disease* [Ph.D., University of California, San Francisco]. ProQuest Dissertations & Theses Global: Health & Medicine.
- Dubbin, L., McLemore, M. et Shim, J. K. (2017). Illness narratives of African Americans living with coronary heart disease: A critical interactionist analysis. *Qualitative Health Research*, 27(4), 497-508. <https://doi.org/10.1177/1049732316645319>
- Duchscher, J. E. (2009). Transition shock: The initial stage of role adaptation for newly graduated registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1103-1113. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04898.x>
- Duddle, M. et Boughton, M. (2007). Intraprofessional relations in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 59(1), 29-37. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04302.x>
- Duffy, M. (2009). Preventing workplace mobbing and bullying with effective organizational consultation, policies, and legislation. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 61(3), 242. <https://doi.org/10.1037/a0016578>
- Duffy, M. E. (2002). Methodological issues in Web-based research. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(1), 83-88. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2002.00083.x>
- Dumont, C., Meisinger, S., Whitacre, M. J. et Corbin, G. (2012). Horizontal violence survey report. *Nursing*, 42(1), 44-49. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000408487.95400.92>
- Dumora, B. et Boy, T. (2008). Les perspectives constructivistes et constructionnistes de l'identité (1ère partie). *L'orientation scolaire et professionnelle* 37(3), 1-12. <https://doi.org/10.4000/osp.1722>

- Duncan, C., Cloutier, J. D. et Bailey, P. H. (2007). Concept analysis: The importance of differentiating the ontological focus. *Journal of Advanced Nursing*, 58(3), 293-300. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04277.x>
- Dzurec, L. C. et Bromley, G. E. (2012). Speaking of workplace bullying. *Journal of Professional Nursing*, 28(4), 247-254. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2012.01.004>
- East, L., Jackson, D., O'Brien, L. et Peters, K. (2008). The benefits of computer-mediated communication in nursing research. *Contemporary Nurse*, 30(1), 83-88. <https://doi.org/10.5172/conu.673.30.1.83>
- East, L., Jackson, D., O'Brien, L. et Peters, K. (2010). Storytelling: An approach that can help to develop resilience. *Nurse Researcher*, 17(3), 17-25. <https://doi.org/10.7748/nr2010.04.17.3.17.c7742>
- Edmonson, C. et Zelonka, C. (2019). Our own worst enemies: The nurse bullying epidemic. *Nursing Administration Quarterly*, 43(3), 274-279. <https://doi.org/10.1097/naq.0000000000000353>
- Edward, K.-I., Ousey, K., Warelou, P. et Lui, S. (2014). Nursing and aggression in the workplace: A systematic review. *British Journal of Nursing*, 23(12), 653-659. <https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.12.653>
- Einarsen, S., Hoel, H. et Notelaers, G. (2009). Measuring exposure to bullying and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the negative acts questionnaire-revised. *Work and Stress*, 23(1), 24-44. <https://doi.org/10.1080/02678370902815673>
- Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D. et Cooper, C. (2020). *Bullying and harassment in the workplace: Theory, research, and practice* (3<sup>e</sup> éd.). CRC Press.
- Einarsen, S., Raknes, B. et Matthiesen, S. (1994). Bullying and harassment at work and their relationships to work environment quality: An exploratory study. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 4(4), 381-401. <https://doi.org/10.1080/13594329408410497>
- Embree, J. L., Bruner, D. A. et White, A. (2013). Raising the level of awareness of nurse-to-nurse lateral violence in a critical access hospital. *Nursing Research and Practice*, 2013, 207306. <https://doi.org/10.1155/2013/207306>
- Embree, J. L. et White, A. H. (2010). Concept analysis: Nurse-to-nurse lateral violence. *Nursing Forum*, 45(3), 166-173. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2010.00185.x>
- Etienne, E. (2014). Exploring workplace bullying in nursing. *Workplace Health & Safety*, 62(1), 6-11. <https://doi.org/10.3928/21650799-20131220-02>

- Evans, D. (2017). Categorizing the magnitude and frequency of exposure to uncivil behaviors: A new approach for more meaningful interventions. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(2), 214-222. <https://doi.org/10.1111/jnu.12275>
- Farnell, S. et Dawson, D. (2006). 'It's not like the wards'. Experiences of nurses new to critical care: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 43(3), 319-331. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.04.007>
- Farrell, G. A. (1997). Aggression in clinical settings: Nurses' views. *Journal of Advanced Nursing*, 25(3), 501-508. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025501.x>
- Farrell, G. A. (2001). From tall poppies to squashed weeds: Why don't nurses pull together more? *Journal of Advanced Nursing*, 35(1), 26-33. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01802.x>
- Farrell, G. A., Bobrowski, C. et Bobrowski, P. (2006). Scoping workplace aggression in nursing: Findings from an Australian study. *Journal of Advanced Nursing*, 55(6), 778-787. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03956.x>
- Farrell, G. A. et Shafiei, T. (2012). Workplace aggression, including bullying in nursing and midwifery: A descriptive survey (the SWAB study). *International Journal of Nursing Studies*, 49(11), 1423-1431. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.06.007>
- Filipova, A. A. (2009). Licensed nurses' perceptions of ethical climates in skilled nursing facilities. *Nursing Ethics*, 16(5), 574-588. <https://doi.org/10.1177/0969733009106650>
- Filipova, A. A. (2018). Countering unprofessional behaviors among nurses in the workplace. *Journal of Nursing Administration*, 48(10), 487-494. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000656>
- Fine, G. A. et Sandström, K. (1993). Ideology in action: A pragmatic approach to a contested concept. *Sociological Theory*, 11(1), 21-38. <https://doi.org/10.2307/201978>
- Firtko, A. et Jackson, D. (2005). Do the ends justify the means? Nursing and the dilemma of whistleblowing. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 23(1), 51-56.
- Fontana, A. et Frey, J. H. (2005). The Interview: From Neutral Stance to Political Involvement. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *The Sage handbook of qualitative research* (p. 695-727). SAGE.
- Fontes, K., Alarcão, A. C. J., Santana, R., Pelloso, S. et de Barros Carvalho, M. D. (2019). Relationship between leadership, bullying in the workplace and turnover intention among nurses. *Journal of Nursing Management*, 27(3), 535-542. <https://doi.org/10.1111/jonm.12708>

- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (4<sup>e</sup> éd.). Chenelière Éducation.
- Fossey, E., Harvey, C., Mcdermott, F. et Davidson, L. (2002). Understanding and evaluating qualitative research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(6), 717-732. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.01100.x>
- Foucault, M. (2001). *Fearless speech*. SEMIOTEXT(E).
- Frederick, D. (2014). Bullying, mentoring, and patient care. *AORN Journal*, 99(5), 587-593. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2013.10.023>
- Gaffney, D. A., Demarco, R. F., Hofmeyer, A., Vessey, J. A. et Budin, W. C. (2012). Making things right: Nurses' experiences with workplace bullying-a grounded theory. *Nursing Research and Practice*, 2012, 243210. <https://doi.org/10.1155/2012/243210>
- Gagnon, M., Beaudry, C. et Deschenaux, F. (2019). « Prendre soin » des participants lors d'entretiens réalisés en contexte de recherches sensibles. *Recherches qualitatives*, 38(2), 71-92. <https://doi.org/10.7202/1064931ar>
- Gagnon, M. et Perron, A. (2020). Whistleblowing: A concept analysis. *Nursing & Health Sciences*, 22(2), 381-389. <https://doi.org/10.1111/nhs.12667>
- Gallo, V. J. (2012). Incivility in nursing education: A review of the literature. *Teaching & Learning in Nursing*, 7(2), 62-66. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2011.11.006>
- Gamble Blakey, A., Smith-Han, K., Anderson, L., Collins, E., Berryman, E. et Wilkinson, T. J. (2019). Interventions addressing student bullying in the clinical workplace: A narrative review. *BMC Medical Education*, 19(1), 220. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1578-y>
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. Basic Books.
- Gemme, M., Carrier, S. et Lajeunesse, A. (2020). D'étudiantes infirmières à préposées : agir aujourd'hui pour soutenir les infirmières de demain. *Perspective Infirmiere*, 17(1), 22-27.
- Gilbert, R. T., Hudson, J. S. et Strider, D. (2016). Addressing the elephant in the room. *Nursing Administration Quarterly*, 40(3), E1-E11. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000175>
- Gillen, P. A., Sinclair, M., Kernohan, G. W., Begley, C. M. et Luyben, A. G. (2017). Interventions for prevention of bullying in the workplace. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(1), CD009778. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009778.pub2>
- Gillespie, G. L., Grubb, P. L., Brown, K., Boesch, M. C. et Ulrich, D. (2017). "Nurses Eat Their Young": A novel bullying educational program for student nurses. *J Nurs Educ Pract*, 7(7), 11-21. <https://doi.org/10.5430/jnep.v7n7P11>

- Gilmour, D. et Hamlin, L. (2003). Bullying and harassment in perioperative settings. *British Journal of Perioperative Nursing*, 13(2), 79-85.
- Giorgi, G., Mancuso, S., Fiz Perez, F., Castiello D'Antonio, A., Mucci, N., Cupelli, V. et Arcangeli, G. (2016). Bullying among nurses and its relationship with burnout and organizational climate. *International Journal of Nursing Practice*, 22(2), 160-168. <https://doi.org/10.1111/ijn.12376>
- Glambek, M., Skogstad, A. et Einarsen, S. (2018). Workplace bullying, the development of job insecurity and the role of laissez-faire leadership: A two-wave moderated mediation study. *Work and Stress*, 32(3), 297-312. <https://doi.org/10.1080/02678373.2018.1427815>
- Glaser, B. G. et Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine.
- Glasø, L., Matthiesen, S. B., Nielsen, M. B. et Einarsen, S. (2007). Do targets of workplace bullying portray a general victim personality profile? *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(4), 313-319. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2007.00554.x>
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. Anchor Books.
- Goh, H. S., Hosier, S. et Zhang, H. (2022). Prevalence, antecedents, and consequences of workplace bullying among nurses: A summary of reviews. *Int J Environ Res Public Health*, 19(14). <https://doi.org/10.3390/ijerph19148256>
- Gohery, P. et Meaney, T. (2013). Nurses' role transition from the clinical ward environment to the critical care environment. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(6), 321-328. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.06.002>
- Goris, S., Ceyhan, O., Tasci, S., Sungur, G., Tekinsoy, P. et Cetinkaya, F. (2016). Mobbing against Nurses in Turkey: How Does it Affect Job Satisfaction? *International Journal of Caring Sciences*, 9(3), 810-818.
- Gouvernement du Québec. (2015a). *Ensemble contre l'intimidation une responsabilité partagée : plan d'action concerté pour prévenir et contrer l'intimidation 2015-2018*. Direction générale des politiques - Ministère de la Famille. <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/documents/plan-action-intimidation-2015.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2015b). *Programme national de santé publique 2015-2025 : pour améliorer la santé de la population du Québec*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>

- Gouvernement du Québec. (2017a). *Faire ensemble et autrement : plan d'action en santé mentale 2015-2020*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2017b). *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020 - mise à jour 2017*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL\\_17-717-01W\\_MSSS.pdf](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_17-717-01W_MSSS.pdf)
- Gouvernement du Québec. (2019a). *Plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002354/>
- Gouvernement du Québec. (2019b). *Santé, sécurité et mieux-être au travail avec vous et pour vous! : plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002354/>
- Gouvernement du Québec. (2021a). *Plan d'action concerté pour prévenir et contrer l'intimidation et la cyberintimidation 2020-2025 : s'engager collectivement pour une société sans intimidation*. Ministère de la Famille. <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/intimidation/plan-action-concerte/Pages/index.aspx>
- Gouvernement du Québec. (2021b). *Plan stratégique 2019-2023 - ministère de la Santé et des Services sociaux*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL\\_20-717-01W\\_MSSS.pdf](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_20-717-01W_MSSS.pdf)
- Gouvernement du Québec. (2022a). *S'unir pour un mieux-être collectif : plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003301/>
- Gouvernement du Québec. (2022b). *Un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population : plan d'action interministériel 2022-2025 de la politique gouvernementale de prévention en santé*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-297-05W.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2023a). *Loi sur la santé et la sécurité du travail*. Éditeur officiel du Québec. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-2.1>
- Gouvernement du Québec. (2023b). *Loi sur les normes du travail*. Éditeur officiel du Québec. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/N-1.1.pdf>

- Gouvernement du Québec. (2023c). *Plan stratégique 2023-2027 du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003663/>
- Greene, A. D. et Latting, J. K. (2004). Whistle-blowing as a form of advocacy: Guidelines for the practitioner and organization. *Social Work*, 49(2), 219-230. <https://doi.org/10.1093/sw/49.2.219>
- Griffin, M. (2004). Teaching cognitive rehearsal as a shield for lateral violence: An intervention for newly licensed nurses. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 35(6), 257-263. <https://doi.org/10.3928/0022-0124-20041101-07>
- Griffin, M. et Clark, C. M. (2014). Revisiting cognitive rehearsal as an intervention against incivility and lateral violence in nursing: 10 years later. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 45(12), 535-544. <https://doi.org/10.3928/00220124-20141122-02>
- Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *Handbook of qualitative research* (p. 105-117). SAGE.
- Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. (2005). Paradigmatic controversies, contradictions and emerging confluences. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *Handbook of qualitative research* (3<sup>e</sup> éd., p. 191-215). SAGE.
- Guimond-Plourde, R. (2015). L'éducation pour la santé : une activité de terrain en santé communautaire. Dans G. Carroll, L. Couturier et I. St-Pierre (dir.), *Pratique en santé communautaire* (2<sup>e</sup> éd., p. 157-170). Chenelière Éducation.
- Hall, H., Griffiths, D. et McKenna, L. (2013). From Darwin to constructivism: The evolution of grounded theory. *Nurse Researcher*, 20(3), 17-21. <https://doi.org/10.7748/nr2013.01.20.3.17.c9492>
- Hall, P. M. (1972). A symbolic interactionist analysis of politics. *Sociological Inquiry*, 42(3-4), 35-75. <https://doi.org/10.1111/j.1475-682X.1972.tb00229.x>
- Hall, P. M. (1987). Interactionism and the study of social-organization. *Sociological Quarterly*, 28(1), 1-22. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1987.tb00280.x>
- Hall, P. M. (1997). Meta-power, social organization, and the shaping of social action. *Symbolic Interaction*, 20(4), 397-418. <https://doi.org/10.1525/si.1997.20.4.397>
- Hallaran, A. J., Edge, D. S., Almost, J. et Tregunno, D. (2023). New nurses' perceptions on transition to practice: A thematic analysis. *Canadian Journal of Nursing Research*, 55(1), 126-136. <https://doi.org/10.1177/084456212211074872>
- Hallberg, L. R. M. et Strandmark, M. K. (2006). Health consequences of workplace bullying: Experiences from the perspective of employees in the public service sector. *International*

- Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 1(2), 109-119. <https://doi.org/10.1080/17482620600555664>
- Hamblin, L. E., Essenmacher, L., Upfal, M. J., Russell, J., Luborsky, M., Ager, J. et Arnetz, J. E. (2015). Catalysts of worker-to-worker violence and incivility in hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17-18), 2458-2467. <https://doi.org/10.1111/jocn.12825>
- Hampton, D. et Rayens, M. (2019). Impact of psychological empowerment on workplace bullying and intent to leave. *Journal of Nursing Administration*, 49(4), 179-185. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000735>
- Hartin, P., Birks, M. et Lindsay, D. (2018). Bullying and the nursing profession in Australia: An integrative review of the literature. *Collegian*, 25(6), 613-619. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2018.06.004>
- Hartin, P., Birks, M. et Lindsay, D. (2019). Bullying in Nursing: Is it in the Eye of the Beholder? *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 20(2), 82-91. <https://doi.org/10.1177/1527154419845411>
- Havaei, F., MacPhee, M. et Ma, A. (2020). Workplace Violence among British Columbia Nurses Across Different Roles and Contexts. *Healthcare*, 8(2), 98. <https://doi.org/10.3390/healthcare8020098>
- Havard, L. (2007). How to conduct an effective and valid literature search. *Nursing Times*, 103(45), 32-33.
- Hawkins, N., Jeong, S. et Smith, T. (2019). New graduate registered nurses' exposure to negative workplace behaviour in the acute care setting: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 93, 41-54. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.09.020>
- Hegney, D., Tuckett, A., Parker, D. et Eley, R. M. (2010). Workplace violence: Differences in perceptions of nursing work between those exposed and those not exposed: A cross-sector analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 16(2), 188-202. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01829.x>
- Hershcovis, S. (2011). "Incivility, social undermining, bullying...Oh My!": A call to reconcile constructs within workplace aggression research. *Journal of Organizational Behavior*, 32(3), 499-519. <https://doi.org/10.1002/job.689>
- Hesketh, K. L., Duncan, S. M., Estabrooks, C. A., Reimer, M. A., Giovannetti, P., Hyndman, K. et Acorn, S. (2003). Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Health Policy*, 63(3), 311-321.
- Higginbottom, G. et Lauridsen, E. I. (2014). The roots and development of constructivist grounded theory. *Nurse Researcher*, 21(5), 8-13. <https://doi.org/10.7748/nr.21.5.8.e1208>

- Hogan, R., Orr, F., Fox, D., Cummins, A. et Foureur, M. (2018). Developing nursing and midwifery students' capacity for coping with bullying and aggression in clinical settings: Students' evaluation of a learning resource. *Nurse Education in Practice*, 29, 89-94. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.12.002>
- Hogh, A., Baernholdt, M. et Clausen, T. (2018). Impact of workplace bullying on missed nursing care and quality of care in the eldercare sector. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 91(8), 963-970. <https://doi.org/10.1007/s00420-018-1337-0>
- Hogh, A., Hoel, H. et Carneiro, I. G. (2011). Bullying and employee turnover among healthcare workers: A three-wave prospective study. *Journal of Nursing Management*, 19(6), 742-751. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01264.x>
- Holstein, J. A. et Gubrium, E. (2008). *Handbook of constructionist research*. Guilford.
- Holstein, J. A. et Gubrium, J. F. (2007). Constructionist perspectives on the life course. *Sociology Compass*, 1(1), 335-352. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2007.00004.x>
- Holton, C. et Fuller, R. (2006, 4-7 Janvier). *The impact of electronic monitoring on hazard communications*. Proceedings of the 39th Hawaii International Conference on System Sciences, Kauai, HI, USA. doi: 10.1109/HICSS.2006.467
- Houck, N. M. et Colbert, A. M. (2017). Patient safety and workplace bullying: An integrative review. *Journal of Nursing Care Quality*, 32(2), 164-171. <https://doi.org/10.1097/NCQ.000000000000209>
- Hunter, A., Murphy, K., Grealish, A., Casey, D. et Keady, J. (2011). Navigating the grounded theory terrain. Part 1. *Nurse Researcher*, 18(4), 6-10. <https://doi.org/10.7748/nr2011.07.18.4.6.c8636>
- Huntington, A., Gilmour, J., Tuckett, A., Neville, S., Wilson, D. et Turner, C. (2011). Is anybody listening? A qualitative study of nurses' reflections on practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20(9/10), 1413-1422. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03602.x>
- Hutchinson, M. (2009). Restorative approaches to workplace bullying: Educating nurses towards shared responsibility. *Contemporary Nurse*, 32(1-2), 147-155. <https://doi.org/10.5172/conu.32.1-2.147>
- Hutchinson, M. (2013). Bullying as workgroup manipulation: A model for understanding patterns of victimization and contagion within the workgroup. *Journal of Nursing Management*, 21(3), 563-571. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01390.x>
- Hutchinson, M., Bradbury, J., Browne, G. et Hurley, J. (2017). Determining the optimal cut-off scores for the Workplace Bullying Inventory. *Nurse Researcher*, 25(3), 46. <https://doi.org/10.7748/nr.2017.e1543>

- Hutchinson, M. et Hurley, J. (2013). Exploring leadership capability and emotional intelligence as moderators of workplace bullying. *Journal of Nursing Management*, 21(3), 553-562. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01372.x>
- Hutchinson, M. et Jackson, D. (2013a). Hostile clinician behaviours in the nursing work environment and implications for patient care: A mixed-methods systematic review. *BMC Nursing*, 12(1), 25-44. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-12-25>
- Hutchinson, M. et Jackson, D. (2013b). Transformational leadership in nursing: Towards a more critical interpretation. *Nursing Inquiry*, 20(1), 11-22. <https://doi.org/10.1111/nin.12006>
- Hutchinson, M. et Jackson, D. (2015). The construction and legitimation of workplace bullying in the public sector: Insight into power dynamics and organisational failures in health and social care. *Nursing Inquiry*, 22(1), 13-26. <https://doi.org/10.1111/nin.12077>
- Hutchinson, M., Jackson, D., Wilkes, L. et Vickers, M. (2008). A new model of bullying in the nursing workplace organizational characteristics as critical antecedents. *Advances in Nursing Science*, 31(2), E60-E71. <https://doi.org/10.1097/01.ANS.0000319572.37373.0c>
- Hutchinson, M., Vickers, M., Jackson, D. et Wilkes, L. (2005). 'I'm gonna do what I wanna do.' Organizational change as a legitimized vehicle for bullies. *Health Care Management Review*, 30(4), 331-336.
- Hutchinson, M., vickers, M., Jackson, D. et Wilkes, L. (2006a). Like wolves in a pack: Predatory alliances of bullies in nursing. *Journal of Management and Organization*, 12(3), 235-250. <https://doi.org/10.5172/jmo.2006.12.3.235>
- Hutchinson, M., Vickers, M., Jackson, D. et Wilkes, L. (2006b). 'They stand you in a corner; you are not to speak': Nurses tell of abusive indoctrination in work teams dominated by bullies. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 21(2), 228-238. <https://doi.org/10.5172/conu.2006.21.2.228>
- Hutchinson, M., Vickers, M., Jackson, D. et Wilkes, L. (2006c). Workplace bullying in nursing: Towards a more critical organisational perspective. *Nursing Inquiry*, 13(2), 118-126. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2006.00314.x>
- Hutchinson, M., Vickers, M., Jackson, D. et Wilkes, L. (2010). Bullying as circuits of power: An Australian nursing perspective. *Administrative Theory & Praxis*, 32(1), 25-47. <https://doi.org/10.2753/ATP1084-1806320102>
- Hutchinson, M., Vickers, M., Wilkes, L. et Jackson, D. (2010). A typology of bullying behaviours: The experiences of Australian nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15/16), 2319-2328. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03160.x>
- Hutchinson, M., Wilkes, L., Jackson, D. et Vickers, M. (2010). Integrating individual, work group and organizational factors: Testing a multidimensional model of bullying in the nursing

- workplace. *Journal of Nursing Management*, 18(2), 173-181. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01035.x>
- Hutchinson, M., Wilkes, L., Vickers, M. et Jackson, D. (2008). The development and validation of a bullying inventory for the nursing workplace. *Nurse Researcher*, 15(2), 19-29. <https://doi.org/10.7748/nr2008.01.15.2.19.c6326>
- Im, E. O. et Chee, W. (2004). Issues in Internet survey research among cancer patients. *Cancer Nursing*, 27(1), 34-42; quiz 43-34. <https://doi.org/10.1097/00002820-200401000-00005>
- Islam, T., Ahmed, I. et Ali, G. (2019). Effects of ethical leadership on bullying and voice behavior among nurses. *Leadership in health services (Bradford, England)*, 32(1), 2-17. <https://doi.org/10.1108/LHS-02-2017-0006>
- Jackson, D., Hickman, L. D., Hutchinson, M., Andrew, S., Smith, J., Potgieter, I., Cleary, M. et Peters, K. (2014). Whistleblowing: An integrative literature review of data-based studies involving nurses. *Contemporary Nurse*, 5495-5513. <https://doi.org/10.5172/conu.2014.5495>
- Jackson, D., Peters, K., Andrew, S., Edenborough, M., Halcomb, E., Luck, L., Salamonson, Y., Weaver, R. et Wilkes, L. (2010). Trial and retribution: A qualitative study of whistleblowing and workplace relationships in nursing. *Contemporary Nurse*, 36(1-2), 34-44. <https://doi.org/10.5172/conu.2010.36.1-2.034>
- Jeffrey, D. (2005). Le chercheur itinérant, son éthique de la rencontre et les critères de validation de sa production scientifique. *Recherche Qualitatives, Hors Série*(1), 115-127.
- Jehn, K., A., Chadwick, C. et Thatcher Sherry, M. B. (1997). To agree or not to agree: The effects of value congruence, individual demographic dissimilarity, and conflict on workgroup outcomes. *International Journal of Conflict Management*, 8(4), 287-305. <https://doi.org/10.1108/eb022799>
- Jenkins, S. D., Kerber, C. S. et Woith, W. M. (2013). An intervention to promote civility among nursing students. *Nursing Education Perspectives*, 34(2), 95-100.
- 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. (2018). Workplace bullying in the nursing profession. Dans P. D'Cruz, E. Noronha, L. Keashly et S. Tye-Williams (dir.), *Special topics and particular occupations, professions and sectors. Handbooks of workplace bullying, emotional abuse and harassment*, (vol. 4, p. 1-31). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-981-10-5154-8\\_14-1](https://doi.org/10.1007/978-981-10-5154-8_14-1)
- Johnson, S. L. (2009). International perspectives on workplace bullying among nurses: A review. *International Nursing Review*, 56(1), 34-40. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2008.00679.x>

- Johnson, S. L. (2011). An ecological model of workplace bullying: A guide for intervention and research. *Nursing Forum*, 46(2), 55-63. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2011.00213.x>
- Johnson, S. L. (2013). *An Exploration of Discourses of Workplace Bullying of Organizations, Regulatory Agencies and Hospital Nursing Unit Managers* [Ph.D., University of Washington]. ProQuest Dissertations & Theses Global: Health & Medicine.
- Johnson, S. L. (2015). Create effective anti-bullying policies. *Nursing Management*, 46(5), 40-45. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000463885.99823.d9>
- Johnson, S. L. (2019). Workplace bullying, biased behaviours and performance review in the nursing profession: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9-10), 1528-1537. <https://doi.org/10.1111/jocn.14758>
- Johnson, S. L., Boutain, D. M., Tsai, J. H. et de Castro, A. B. (2015). Managerial and organizational discourses of workplace bullying. *Journal of Nursing Administration*, 45(9), 457-461. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000232>
- Johnson, S. L. et Rea, R. E. (2009). Workplace bullying: Concerns for nurse leaders. *Journal of Nursing Administration*, 39(2), 84-90. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e318195a5fc>
- Johnston, M., Phanhtharath, P. et Jackson, B. S. (2010). The bullying aspect of workplace violence in nursing...reprinted with permission from Critical Care Nursing Quarterly 2009;32(4):287-295. *JONA's Healthcare Law, Ethics & Regulation*, 12(2), 36-42. <https://doi.org/10.1097/NHL.0b013e3181e6bd19>
- Johnstone, M.-J. (2016). Professional ethics, bullying and workplace cliques. *Australian Nursing & Midwifery Journal*, 23(9), 14-14.
- Kagan, P. N., Smith, M. C., Cowling, W. R. et Chinn, P. L. (2010). A nursing manifesto: An emancipatory call for knowledge development, conscience, and praxis. *Nursing Philosophy*, 11(1), 67-84. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2009.00422.x>
- Kaplowitz, M., D Hadlock, T. et Levine, R. (2004). A comparison of web and mail survey response rates. *Public Opinion Quarterly* 68(1), 94-101. <https://doi.org/10.1093/poq/nfh006>
- Karakaş, S. A. et Okanlı, A. (2015). The effect of assertiveness training on the mobbing that nurses experience. *Workplace Health & Safety*, 63(10), 446-451. <https://doi.org/10.1177/2165079915591708>
- Karatuna, I., Jönsson, S. et Muhonen, T. (2020). Workplace bullying in the nursing profession: A cross-cultural scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 111, 103628. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103628>

- 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. <https://doi.org/10.1177/0969733010368748>
- Kearney, M. H. (2009). Taking grounded theory beyond psychological process. *Research in Nursing and Health*, 32(6), 567-568. <https://doi.org/10.1002/nur.20345>
- Keller, R., Budin, W. C. et Allie, T. (2016). A task force to address bullying. *American Journal of Nursing*, 116(2), 52-58. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000480497.63846.d0>
- Kerber, C., Jenkins, S., Woith, W. et Kim, M. (2012). Journal clubs: A strategy to teach civility to nursing students. *Journal of Nursing Education*, 51(5), 277-282. <https://doi.org/10.3928/01484834-20120323-02>
- Khalil, D. (2009). Levels of violence among nurses in Cape Town public hospitals. *Nursing Forum*, 44(3), 207-217. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2009.00144.x>
- Kim, K. (2020). Exploring the influence of workplace violence and bystander behaviour on patient safety in Korea: A pilot study. *Journal of Nursing Management*, 28(3), 735-743. <https://doi.org/10.1111/jonm.12991>
- Kim, Y. (2011). The pilot study in qualitative inquiry: Identifying issues and learning lessons for culturally competent research. *Qualitative social work*, 10(2), 190-206. <https://doi.org/10.1177/1473325010362001>
- Kim, Y., Lee, E. et Lee, H. (2019). Association between workplace bullying and burnout, professional quality of life, and turnover intention among clinical nurses. *PLoS One*, 14(12), e0226506. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226506>
- King-Jones, M. (2011). Horizontal violence and the socialization of new nurses. *Creative Nursing*, 17(2), 80-86. <https://doi.org/10.1891/1078-4535.17.2.80>
- Kivimäki, M., Elovainio, M. et Vahtera, J. (2000). Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occupational and environmental medicine* 57(10), 656-660. <https://doi.org/10.1136/oem.57.10.656>
- Kivimäki, M., Virtanen, M., Vartia, M., Elovainio, M., Vahtera, J. et Keltikangas-Järvinen, L. (2003). Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(10), 779-783. <https://doi.org/10.1136/oem.60.10.779>
- Koh, W. M. S. (2016). Management of work place bullying in hospital: A review of the use of cognitive rehearsal as an alternative management strategy. *International Journal of Nursing Sciences*, 3(2), 213-222. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.04.010>
- Komis, V., Depover, C. et Karsenti, T. (2013). L'usage des outils informatiques en analyse des données qualitatives. *Adjectif.net*. <http://www.adjectif.net/spip/spip.php?article216>

- Kools, S., McCarthy, M., Durham, R. et Robrecht, L. (1996). Dimensional analysis: Broadening the conception of grounded theory. *Qualitative Health Research*, 6(3), 312-330. <https://doi.org/10.1177/104973239600600302>
- Lalonde, M. et McGillis Hall, L. (2017). The socialisation of new graduate nurses during a preceptorship programme: Strategies for recruitment and support. *Journal of Clinical Nursing*, 26(5-6), 774-783. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/jocn.13563>
- Lamontagne, C. (2010). Intimidation: A concept analysis. *Nursing Forum*, 45(1), 54-65. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2009.00162.x>
- Landry, N., Bhanji-Pitman, S. et Auger, R. (2005). L'instrumentation dans la collecte des données : comparaison d'un mode de sélection par le chercheur et d'un mode d'extraction automatisée de données textuelles. *Recherches qualitatives, Hors Série*(2), 70-85.
- Laschinger, H. K. et Grau, A. L. (2012). The influence of personal dispositional factors and organizational resources on workplace violence, burnout, and health outcomes in new graduate nurses: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(3), 282-291. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.09.004>
- Laschinger, H. K., Grau, A. L., Finegan, J. et Wilk, P. (2010). New graduate nurses' experiences of bullying and burnout in hospital settings. *Journal of Advanced Nursing*, 66(12), 2732-2742. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05420.x>
- Laschinger, H. K., Grau, A. L., Finegan, J. et Wilk, P. (2012). Predictors of new graduate nurses' workplace well-being: Testing the job demands-resources model. *Health Care Management Review*, 37(2), 175-186. <https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e31822aa456>
- Laschinger, H. K. et Read, E. A. (2016). The effect of authentic leadership, person-job fit, and civility norms on new graduate nurses' experiences of coworker incivility and burnout. *Journal of Nursing Administration*, 46(11), 574-580. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000407>
- Laschinger, H. K., Wong, C. A., Cummings, G. G. et Grau, A. L. (2014). Resonant leadership and workplace empowerment: The value of positive organizational cultures in reducing workplace incivility. *Nursing Economic\$,* 32(1), 5-15, 44; quiz 16.
- Laschinger, H. K., Wong, C. A. et Grau, A. L. (2012). The influence of authentic leadership on newly graduated nurses' experiences of workplace bullying, burnout and retention outcomes: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(10), 1266-1276. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.05.012>
- Laschinger, H. K., Wong, C. A., Grau, A. L., Read, E. A. et PineauTam, L. M. (2012). The influence of leadership practices and empowerment on Canadian nurse manager outcomes. *Journal of Nursing Management*, 20(7), 877-888. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01307.x>

- Latham, C. L., Hogan, M. et Ringl, K. (2008). Nurses supporting nurses: Creating a mentoring program for staff nurses to improve the workforce environment. *Nursing Administration Quarterly*, 32(1), 27-39. <https://doi.org/10.1097/01.NAQ.0000305945.23569.2b>
- Latham, C. L., Ringl, K. et Hogan, M. (2013). Combating workplace violence with peer mentoring. *Nursing Management*, 44(9), 30-39. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000429005.47269.19>
- Latkin, C. A., Edwards, C., Davey-Rothwell, M. A. et Tobin, K. E. (2017). The relationship between social desirability bias and self-reports of health, substance use, and social network factors among urban substance users in Baltimore, Maryland. *Addictive Behaviors*, 73, 133-136. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.05.005>
- LeCompte, M. D. et Preissle, J. (1993). *Ethnography and qualitative design in educational research* (2<sup>e</sup> éd.). Academic Press.
- Lee, R. M. et Renzetti, C. M. (1990). The problems of researching sensitive topics: An overview and introduction. *American Behavioral Scientist*, 33(5), 510-528. <https://doi.org/10.1177/0002764290033005002>
- Lees, A. B., Walters, S. et Godbold, R. (2022). Illuminating the role of reflexivity within qualitative pilot studies: Experiences from a scholarship of teaching and learning project. *International Journal of Qualitative Methods*, 21. <https://doi.org/10.1177/16094069221076933>
- Lejeune, C. (2010). Montrer, calculer, explorer, analyser : ce que l'informatique fait (faire) à l'analyse qualitative. *Recherches qualitatives, Hors Série*(9), 15-32.
- Lejeune, C. (2014). *Manuel d'analyse qualitative : analyser sans compter ni classer*. De boeck supérieur.
- Lemelin, L., Bonin, J. et Duquette, A. (2009). Workplace violence reported by Canadian nurses. *Canadian Journal of Nursing Research*, 41(3), 152-167.
- Lever, I., Dyball, D., Greenberg, N. et Stevelink, S. (2019). Health consequences of bullying in the healthcare workplace: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 75(12), 3195-3209. <https://doi.org/10.1111/jan.13986>
- Levers, M.-J. D. (2013). Philosophical paradigms, grounded theory, and perspectives on emergence. *Sage Open*, 3(4), 1-6. <https://doi.org/10.1177/2158244013517243>
- Levy, R. (1994). Croyance et doute : une vision paradigmatique des méthodes qualitatives. *Ruptures revue transdisciplinaire en santé*, 1(1), 92-100.

- Lewis-Pierre, L., Anglade, D., Saber, D., Gattamorta, K. A. et Piehl, D. (2019). Evaluating horizontal violence and bullying in the nursing workforce of an oncology academic medical center. *Journal of Nursing Management*, 27(5), 1005-1010. <https://doi.org/10.1111/jonm.12763>
- Lewis, S. E. et Orford, J. (2005). Women's experiences of workplace bullying: Changes in social relationships. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 15(1), 29-47. <https://doi.org/10.1002/casp.807>
- Leymann, H. (1990). Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and Victims*, 5(2), 119-126.
- Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 165-184. <https://doi.org/10.1080/13594329608414853>
- Licqurish, S. et Seibold, C. (2011). Applying a contemporary grounded theory methodology. *Nurse Researcher*, 18(4), 11-16. <https://doi.org/10.7748/nr2011.07.18.4.11.c8630>
- Lincoln, Y. S. et Guba, E. G. (2013). *The constructivist credo* Routledge
- Lindström, B. et Eriksson, M. (2012). *La salutogénèse: petit guide pour promouvoir la santé* (traduit par M. Roy et M. O'Neill). Presses de l'Université Laval.
- 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/10.1111/j.1365-2834.2010.01080.x>
- Lippel, K., Vézina, M., Stock, S., Funès, A. et Dupéré, C. (2011). *Violence au travail : harcèlement psychologique, harcèlement sexuel et violence physique*. Gouvernement du Québec. Institut national de santé publique du Québec. Institut de la statistique du Québec. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail. <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PublRSST/R-691.pdf>
- Litchfield, M. C. et Jonsdottir, H. (2008). A practice discipline that's here and now. *Advances in Nursing Science*, 31(1), 79-91. <https://doi.org/10.1097/01.Ans.0000311531.58317.46>
- Logan, T. R. et Malone, D. M. (2018). Nurses' perceptions of teamwork and workplace bullying. *Journal of Nursing Management*, 26(4), 411-419. <https://doi.org/10.1111/jonm.12554>
- Longo, J. (2013). Bullying and the older nurse. *Journal of Nursing Management*, 21(7), 950-955. <https://doi.org/10.1111/jonm.12173>
- Longo, J., Cassidy, L. et Sherman, R. (2016). Charge nurses' experiences with horizontal violence: Implications for leadership development. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 47(11), 494-502. <https://doi.org/10.3928/00220124-20161017-07>

- Longo, J. et Newman, D. (2014). The development and psychometric testing of the horizontal violence scale. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(12), 924-933. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.932871>
- Low, Y. M., Sambasivan, M. et Ho, J. A. (2019). Impact of abusive supervision on counterproductive work behaviors of nurses. *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 59(2), 250-278. <https://doi.org/10.1111/1744-7941.12234>
- Ma, S. C., Wang, H. H. et Chien, T. W. (2017). Hospital nurses' attitudes, negative perceptions, and negative acts regarding workplace bullying. *Annals of General Psychiatry*, 16, 33. <https://doi.org/10.1186/s12991-017-0156-0>
- MacCurtain, S., Murphy, C., O'Sullivan, M., MacMahon, J. et Turner, T. (2018). To stand back or step in? Exploring the responses of employees who observe workplace bullying. *Nursing Inquiry*, 25(1). <https://doi.org/10.1111/nin.12207>
- Macintosh, J. (2005). Experiences of workplace bullying in a rural area. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(9), 893-910. <https://doi.org/10.1080/01612840500248189>
- MacIntosh, J. (2012). NB nurses' experiences of workplace bullying. *Info Nursing*, 43(2), 21-24.
- Maddalena, V., Kearney, A. J. et Adams, L. (2012). Quality of work life of novice nurses. *Journal for Nurses in Staff Development*, 28(2), 74-79. <https://doi.org/10.1097/nnc.0b013e31824b41a1>
- 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*, 24(4), 44-64. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2012.22714>
- Malmqvist, J., Hellberg, K., Möllås, G., Rose, R. et Shevlin, M. (2019). Conducting the pilot study: A neglected part of the research process? Methodological findings supporting the importance of piloting in qualitative research studies. *International Journal of Qualitative Methods*, 18, 1-11. <https://doi.org/10.1177/1609406919878341>
- Marleau, D. (2022). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2021-2022 : le Québec et ses régions*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. [https://www.oiiq.org/documents/20147/13882675/Rapport\\_statistique\\_2021-2022-1.pdf](https://www.oiiq.org/documents/20147/13882675/Rapport_statistique_2021-2022-1.pdf)
- Martins, D. C. et Burbank, P. M. (2011). Critical interactionism: An upstream-downstream approach to health care reform. *Advances in Nursing Science*, 34(4), 315-329. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3182356c19>
- Martuccelli, D. (2017). Le travail et la subjectivité : continuités et inflexions Dans D. Mercure et M.-P. Bourdages-Sylvain (dir.), *Travail et subjectivité : perspectives critiques* (p. 65-77). Presse de l'Université Laval.

- McAuliffe, D. (2003). Challenging methodological traditions: Research by email. *The Qualitative Report*, 8(1), 57-69. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2003.1898>
- McCabe, J. L. et Holmes, D. (2009). Reflexivity, critical qualitative research and emancipation: A Foucauldian perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1518-1526. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.04978.x>
- McCann, T. et Clark, E. (2003). Grounded theory in nursing research: Part 1 -- methodology. *Nurse Researcher*, 11(2), 7-18. <https://doi.org/10.7748/nr2004.01.11.2.7.c5918>
- McCoyd, J. L. M. et Kerson, T. S. (2006). Conducting intensive interviews using email. *Qualitative social work*, 5(3), 389-406. <https://doi.org/10.1177/1473325006067367>
- McCreaddie, M. et Payne, S. (2010). Evolving grounded theory methodology: Towards a discursive approach. *International Journal of Nursing Studies*, 47(6), 781-793. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.11.006>
- McDonald, S. et Ahern, K. (2000). The professional consequences of whistleblowing by nurses. *Journal of Professional Nursing*, 16(6), 313-321. <https://doi.org/10.1053/jpnu.2000.18178>
- McGarry, J. (2010). Exploring the effect of conducting sensitive research. *Nurse Researcher*, 18(1), 8-14. <https://doi.org/10.7748/nr2010.10.18.1.8.c8043>
- McKenna, B. G., Smith, N. A., Poole, S. J. et Coverdale, J. H. (2003). Horizontal violence: Experiences of registered nurses in their first year of practice. *Journal of Advanced Nursing*, 42(1), 90-96. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02583.x>
- McPherson, P. et Buxton, T. (2019). In their own words: Nurses countering workplace incivility. *Nursing Forum*, 54(3), 455-460. <https://doi.org/10.1111/nuf.12354>
- Mejri, S. et Brasseur, M. (2020). Les réactions des salariés face aux conflits de valeurs dans les métiers du soin. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 3(3), 154-169. <https://doi.org/10.3917/jges.203.0154>
- Meleis, A. I. et Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259. [https://doi.org/10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](https://doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0)
- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (2007). *Analyse des données qualitatives* (traduit par M. H. Rispal; 2<sup>e</sup> éd.). De boeck Université.
- Mills, C., Keller, M., Chilcutt, A. et Nelson, M. (2019). No laughing matter: Workplace bullying, humor orientation, and leadership styles. *Workplace Health & Safety*, 67(4), 159-167. <https://doi.org/10.1177/2165079918811318>

- Mills, J., Bonner, A. et Francis, K. (2006). Adopting a constructivist approach to grounded theory: Implications for research design. *International Journal of Nursing Practice*, 12(1), 8-13. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2006.00543.x>
- Mills, J., Chapman, Y., Bonner, A. et Francis, K. (2007). Grounded theory: A methodological spiral from positivism to postmodernism. *Journal of Advanced Nursing*, 58(1), 72-79. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04228.x>
- Minton, C. et Birks, M. (2019). "You can't escape it": Bullying experiences of New Zealand nursing students on clinical placement. *Nurse Education Today*, 77, 12-17. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.03.002>
- Minton, C., Birks, M., Cant, R. et Budden, L. M. (2018). New Zealand nursing students' experience of bullying/harassment while on clinical placement: A cross-sectional survey. *Collegian*, 25(6), 583-589. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2018.06.003>
- Moffa, C. et Longo, J. (2016). Social Justice as a Lens for Understanding Workplace Mistreatment. *Advances in Nursing Science*, 39(3), 216-223. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000124>
- Molinier, P. (2006). Les règles du métier. Dans *Les enjeux psychiques du travail : introduction à la psychodynamique du travail* (p. 113-129). Petite Bibliothèque Payot
- Moore, L. et McAuliffe, E. (2012). To report or not to report? Why some nurses are reluctant to whistleblow. *Clinical Governance*, 17(4), 332-342. <https://doi.org/10.1108/14777271211273215>
- Morris, S. M. (2001). Joint and individual interviewing in the context of cancer. *Qualitative Health Research*, 11(4), 553-567. <https://doi.org/10.1177/104973201129119208>
- Morse, J. M., Stern, P. N., Corbin, J., Bowers, B., Charmaz, K. et Clarke, A. E. (2009). *Developing grounded theory: The second generation*. Left Coast Press, Inc.
- Mott, J. (2014). Undergraduate nursing student experiences with faculty bullies. *Nurse Educator*, 39(3), 143-148. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000038>
- Mucchielli, A. (2005). Le développement des méthodes qualitatives et l'approche constructiviste des phénomènes humains. *Recherche Qualitatives, Hors Série*(1), 7-40.
- Munday, J., Kynoch, K. et Hines, S. (2015). Nurses' experiences of advocacy in the perioperative department: a systematic review. *JB I database of systematic reviews and implementation reports*, 13(8), 146-189. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-2141>
- Murray, J. S. (2008). No more nurse abuse: Let's stop paying the emotional, physical, and financial costs of workplace abuse. *American Nurse Today*, 3(7), 17-19.

- Murray, J. S. (2009). Workplace bullying in nursing: A problem that can't be ignored. *Medsurg Nursing, 18*(5), 273-276.
- Myers, G., Côté-Arsenault, D., Worrall, P., Rolland, R., Deppoliti, D., Duxbury, E., Stoecker, M. et Sellers, K. (2016). A cross-hospital exploration of nurses' experiences with horizontal violence. *Journal of Nursing Management, 24*(5), 624-633. <https://doi.org/10.1111/jonm.12365>
- Nairn, S. (2019). Research paradigms and the politics of nursing knowledge: A reflective discussion. *Nursing Philosophy, 20*(4), e12260. <https://doi.org/10.1111/nup.12260>
- Nemeth, L. S., Stanley, K. M., Martin, M. M., Mueller, M., Layne, D. et Wallston, K. A. (2017). Lateral violence in nursing survey: Instrument development and validation. *Healthcare, 5*(3), 19. <https://doi.org/10.3390/healthcare5030033>
- Nielsen, M. et Einarsen, S. (2018). What we know, what we do not know, and what we should and could have known about workplace bullying: An overview of the literature and agenda for future research. *Aggression and Violent Behavior, 42*, 71-83. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.06.007>
- Nielsen, M., Matthiesen, S. et Einarsen, S. (2010). The impact of methodological moderators on prevalence rates of workplace bullying. A meta-analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 83*, 955-979. <https://doi.org/10.1348/096317909X481256>
- Nowrouzi-Kia, B., Isidro, R., Chai, E., Usuba, K. et Chen, A. (2019). Antecedent factors in different types of workplace violence against nurses: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior, 44*, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.11.002>
- Nunes, B., Martins, T., Zhou, J., Alajamy, L., Nunes, M., Martins, J., Zhou, L., Alajamy, M. et Al-Mamari, S. (2010). Contextual sensitivity in grounded theory: The role of pilot studies. *The Electronic Journal of Business Research Methods Volume, 8*(2), 73-84.
- O'Connell, K. M., Garbark, R. L. et Nader, K. C. (2019). Cognitive rehearsal training to prevent lateral violence in a military medical facility. *Journal of Perianesthesia Nursing, 34*(3), 645-653.e641. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.07.003>
- O'Leary-Kelly, A. M., Griffin, R. W. et Glew, D. J. (1996). Organization-motivated aggression: A research framework. *The Academy of Management Review, 21*(1), 225-253.
- Obeidat, R. F., Qan'ir, Y. et Turaani, H. (2018). The relationship between perceived competence and perceived workplace bullying among registered nurses: A cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies, 88*, 71-78. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.08.012>
- Ouvray, K. (2010). Stratégie d'utilisation différenciée de logiciels tout au long d'une enquête qualitative. *Recherches qualitatives, Hors Série*(9), 120-130.

- Olesen, V. L. et Whittaker, E. W. (1967). Role-making in participant observation: Processes in researcher-actor relationship. *Human Organization*, 26(4), 273-281. <https://doi.org/10.17730/humo.26.4.lq08k01314k36802>
- Olsen, E., Bjaalid, G. et Mikkelsen, A. (2017). Work climate and the mediating role of workplace bullying related to job performance, job satisfaction, and work ability: A study among hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 73(11), 2709-2719. <https://doi.org/10.1111/jan.13337>
- Olson, L. (1995). Ethical climate in health care organizations. *International Nursing Review*, 42(3), 85-90.
- Olson, L. L. (1998). Hospital nurses' perceptions of the ethical climate of their work setting. *The Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 345-349. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1998.tb01331.x>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2022). *Une réponse à la hauteur des besoins de santé de la population québécoise : mémoire présenté à l'Office des professions du Québec pour réviser la norme d'entrée à la profession infirmière*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/memoire-norme-entree-profession.pdf>
- Organisation internationale du Travail. (2019). *La sécurité et la santé au coeur de l'avenir du travail : mettre à profit 100 ans d'expérience* (publication n° 978-92-2-133153-7). Bureau international du Travail. [https://www.ilo.org/safework/events/safeday/WCMS\\_687619/lang--fr/index.htm](https://www.ilo.org/safework/events/safeday/WCMS_687619/lang--fr/index.htm)
- Organisation internationale du Travail. (2021). *La violence et le harcèlement dans le monde du travail : guide sur la convention n° 190 et la recommandation n° 206*. Bureau international du Travail. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms\\_831786.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_831786.pdf)
- Organisation Mondiale de la Santé. (2006). *New global alliance seeks to address worldwide shortage of doctors, nurses and other health workers*. Organisation Mondiale de la Santé. <https://www.who.int/news/item/25-05-2006-new-global-alliance-seeks-to-address-worldwide-shortage-of-doctors-nurses-and-other-health-workers>
- Paillé, P. (2011). Les conditions de l'analyse qualitative : réflexion autour de l'utilisation des logiciels. *Sociologies : la recherche en actes, champs de recherche et enjeux de terrain*, 1-13. <https://doi.org/10.4000/sociologies.3557>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2010). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.
- Palumbo, R. (2018). Incivility in nursing education: An intervention. *Nurse Education Today*, 66, 143-148. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.03.024>

- Papilloud, C. (2004). Trois épreuves de la relation humaine : Georg Simmel et Marcel Mauss, précurseurs de l'interactionnisme critique. *Sociologie et sociétés*, 36(2), 55-72. <https://doi.org/10.7202/011048ar>
- Paquette, D. (2007). Le rôle du cadre de référence théorique dans une recherche monographique constructiviste. *Recherches qualitatives*, 27(1), 3-21. <https://doi.org/10.7202/1085354ar>
- Pariona-Cabrera, P., Cavanagh, J. et Bartram, T. (2020). Workplace violence against nurses in health care and the role of human resource management: A systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 76(7), 1581-1593. <https://doi.org/10.1111/jan.14352>
- Parker, K. M., Harrington, A., Smith, C. M., Sellers, K. F. et Millenbach, L. (2016). Creating a nurse-led culture to minimize horizontal violence in the acute care setting: A multi-interventional approach. *Journal for Nurses in Professional Development*, 32(2), 56-63. <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000224>
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3<sup>e</sup> éd.). SAGE.
- Peirce, C. S., Hartshorne, C. et Weiss, P. (1974). *Collected papers of Charles Sanders Peirce*. Belknap Press of Harvard University Press.
- Pelletier, M., Lippel, K. et Vézina, M. (2018). La violence en milieu de travail. Dans J. Laforest, P. Maurice et L. M. Bouchard (dir.), *Rapport québécois sur la violence et la santé* (p. 255-280). Institut national de santé publique du Québec. [https://www.inspq.gc.ca/sites/default/files/publications/2380\\_rapport\\_quebecois\\_violence\\_sante.pdf](https://www.inspq.gc.ca/sites/default/files/publications/2380_rapport_quebecois_violence_sante.pdf)
- Pelletier, M., Lippel, K. et Vézina, M. (2022). *Harcèlement psychologique au travail*. Institut national de santé publique. <https://www.inspq.gc.ca/risques-psychosociaux-du-travail-et-promotion-de-la-sante-des-travailleurs/harcement-psychologique-au-travail>
- Pepin, J., Ducharme, F. et Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4<sup>e</sup> éd.). TC Média livres Inc.
- Peters, A., El-Ghaziri, M., Quinn, B., Simons, S. et Taylor, R. (2020). An exploratory study of bullying exposure among school nurses: Prevalence and impact. *The Journal of School Nursing*, 1059840519897308.
- Pfeifer, L. E. et Vessey, J. A. (2017). An integrative review of bullying and lateral violence among nurses in magnet organizations. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 18(3), 113-124. <https://doi.org/10.1177/1527154418755802>
- Phillips, G. S., MacKusick, C. I. et Whichello, R. (2018). Workplace incivility in nursing: A literature review through the lens of ethics and spirituality. *Journal of Christian Nursing*, 35(1), E7-E12. <https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000000467>

- Pickering, C. E. Z., Nurenborg, K. et Schiamberg, L. (2017). Recognizing and responding to the "toxic" work environment: Worker safety, patient safety, and abuse/neglect in nursing homes. *Qualitative Health Research*, 27(12), 1870-1881. <https://doi.org/10.1177/1049732317723889>
- Polit, D. F. et Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10<sup>e</sup> éd.). Wolters Kluwer.
- Potter, J. (2011). Discursive psychology and the study of naturally occurring talk. Dans D. Silverman (dir.), *Qualitative research: Issues of theory, method and practice* (3<sup>e</sup> éd., p. 187-207). SAGE.
- Powers, C., Normand, L. et Whitcomb, K. (2014). Is clique behavior sabotaging your nursing team? *Nursing Management*, 45(11), 38-43. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000452000.49343.60>
- Pritchard, K. et Whiting, R. (2012). Autopilot? A reflexive review of the piloting process in qualitative e-research. *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal*, 7(3), 338-353. <https://doi.org/10.1108/17465641211279798>
- 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., 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. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2012.01.001>
- Purpora, C., Blegen, M. A. et Stotts, N. A. (2015). Hospital staff registered nurses' perception of horizontal violence, peer relationships, and the quality and safety of patient care. *Work*, 51(1), 29-37. <https://doi.org/10.3233/WOR-141892>
- Purpora, C., Cooper, A. et Sharifi, C. (2015). The prevalence of nurses' perceived exposure to workplace bullying and its effect on nurse, patient, organization and nursing-related outcomes in clinical settings: A quantitative systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*, 13(9), 51-62. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-2225>
- Purpora, C., Cooper, A., Sharifi, C. et Lieggi, M. (2019). Workplace bullying and risk of burnout in nurses: A systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*, 17(12), 2532-2540. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-d-19-00019>
- Québec, G. d. (2023). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Éditeur officiel du Québec. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/l-8,%20r.%209%20/>

- Quine, L. (2001). Workplace bullying in nurses. *Journal of Health Psychology*, 6(1), 73-84. <https://doi.org/10.1177/135910530100600106>
- Randle, J. (2003). Bullying in the nursing profession. *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), 395-401. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02728.x>
- Randle, J., Stevenson, K. et Grayling, I. (2007). Reducing workplace bullying in healthcare organisations. *Nursing Standard*, 21(22), 49-56; quiz 58. <https://doi.org/10.7748/ns2007.02.21.22.49.c4517>
- Ray, S. L. (2006). Whistleblowing and organizational ethics. *Nursing Ethics* 13(4), 438-445. <https://doi.org/10.1191/0969733006ne882oa>
- Rayner, C. et Lewis, D. (2011). Managing workplace bullying: The role of policies. Dans *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice* (2<sup>e</sup> éd., p. 327-340). CRC Press.
- Read, C. Y. (2004). Conducting a client-focused survey using e-mail. *Cin-Computers Informatics Nursing*, 22(2), 83-89. <https://doi.org/10.1097/00024665-200403000-00008>
- Reichers, A. E. et Schneider, B. (1990). Climate and culture: An evolution of constructs. Dans B. Schneider (dir.), *Organizational climate and culture* (p. 5-39). Jossey-Bass.
- Reknes, I., Pallesen, S., Mageroy, N., Moen, B. E., Bjorvatn, B. et Einarsen, S. (2014). Exposure to bullying behaviors as a predictor of mental health problems among Norwegian nurses: Results from the prospective SUSSH-survey. *International Journal of Nursing Studies*, 51(3), 479-487. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.06.017>
- Risjord, M. (2009). Rethinking concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 684-691. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04903.x>
- 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>
- Roberts, S. J., Demarco, R. et Griffin, M. (2009). The effect of oppressed group behaviours on the culture of the nursing workplace: A review of the evidence and interventions for change. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 288-293. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00959.x>
- Roberts, T., Hanna, K., Hurley, S., Turpin, R. et Clark, S. (2018). Peer training using cognitive rehearsal to promote a culture of safety in health care. *Nurse Educator*, 43(5), 262-266. <https://doi.org/10.1097/Nne.0000000000000478>
- Robinson, S. L. et Bennett, R. J. (1995). A typology of deviant workplace behaviors: A multidimensional-scaling study. *Academy of Management Journal*, 38(2), 555-572. <https://doi.org/10.2307/256693>

- Roche, M., Diers, D., Duffield, C. et Catling-Paull, C. (2010). Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(1), 13-22. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01321.x>
- Rodwell, J. et Demir, D. (2012a). Oppression and exposure as differentiating predictors of types of workplace violence for nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 21(15/16), 2296-2305. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04192.x>
- Rodwell, J. et Demir, D. (2012b). Psychological consequences of bullying for hospital and aged care nurses. *International Nursing Review*, 59(4), 539-546. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2012.01018.x>
- Rolland, P. D. (2009). Whistle blowing in healthcare: An organizational failure in ethics and leadership. *The Internet Journal of Law, Healthcare and Ethics*, 6(1), 1-12.
- Rowe, M. M. et Sherlock, H. (2005). Stress and verbal abuse in nursing: Do burned out nurses eat their young? *Journal of Nursing Management*, 13(3), 242-248. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2004.00533.x>
- Rush, K. L., Adamack, M., Gordon, J. et Janke, R. (2014). New graduate nurse transition programs: Relationships with bullying and access to support. *Contemporary Nurse*, 48(2), 219-228. <https://doi.org/10.5172/conu.2014.48.2.219>
- Russell, M. (2016). *Lateral violence among new graduate nurses* [M.S.N., Gardner-Webb University]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- Rutherford, D. E., Gillespie, G. L. et Smith, C. R. (2019). Interventions against bullying of prelicensure students and nursing professionals: An integrative review. *Nursing Forum*, 54(1), 84-90. <https://doi.org/doi:10.1111/nuf.12301>
- Saldaña, J. (2013). *The coding manual for qualitative Researchers* (2<sup>e</sup> éd.). SAGE.
- Salmi, L. R. (2012). *Lecture critique et communication médicale scientifique : comment lire, présenter, rédiger et publier une étude clinique ou épidémiologique* (3<sup>e</sup> éd.). Elsevier Masson.
- Sampson, H. (2004). Navigating the waves: The usefulness of a pilot in qualitative research. *Qualitative Research*, 4(3), 383-402. <https://doi.org/10.1177/1468794104047236>
- Sandström, K. L. et Fine, G. A. (2003). Triumphs, emerging voices, and the future. Dans L. T. Reynolds et N. J. Herman-Kinney (dir.), *Handbook of symbolic interactionism* (p. 1041-1057). AltaMira Press.
- Sastrawan, S., Newton, J. M. et Malik, G. (2019). Nurses' integrity and coping strategies: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5-6), 733-744. <https://doi.org/10.1111/jocn.14702>

- Sauer, P. A. et McCoy, T. P. (2017). Nurse bullying: Impact on nurses' health. *Western Journal of Nursing Research*, 39(12), 1533-1546. <https://doi.org/10.1177/0193945916681278>
- Sauer, P. A., Thompson, C. E. et Verzella, M. M. (2018). Empowering nursing students to address incivility. *Clinical Simulation in Nursing*, 21, 40-45. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2018.06.004>
- Saunders, P., Huynh, A. et Goodman-Delahunty, J. (2007). Defining workplace bullying behaviour professional lay definitions of workplace bullying. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30(4-5), 340-354. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2007.06.007>
- Savoie-Zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherches qualitatives, Hors Série*(5), 99-111.
- Sawa, S. L. et Sawa, G. H. (1988). The value confrontation approach to enduring behavior modification. *The Journal of Social Psychology*, 128(2), 207-215. <https://doi.org/10.1080/00224545.1988.9711364>
- Schatzman, L. (1991). Dimensional analysis: Notes on an alternative approach to the grounding of theory in qualitative research. Dans D. R. Maines (dir.), *Social organization and social process: Essays in honor of Anselm Strauss* (p. 303-314). Aldine de Gruyter.
- Schatzman, L. et Strauss, A. L. (1973). *Field research: Strategies for a natural sociology*. Prentice-Hall.
- Schmidt, B. J., MacWilliams, B. R. et Neal-Boylan, L. (2016). Becoming inclusive: A code of conduct for inclusion and diversity. *Journal of Professional Nursing*, 33(2), 102-107. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2016.08.014>
- Schwalbe, M. (1986). *Psychosocial consequences of natural and alienated labor*. State University of New York Press.
- Schwandt, T. A. (2007). *The SAGE dictionary of qualitative inquiry* (3<sup>e</sup> éd.). SAGE.
- Scott, A. et Timmons, S. (2017). Tensions within management roles in healthcare organisations. *Nursing Management*, 24(1), 31-37. <https://doi.org/10.7748/nm.2017.e1569>
- Scott, H. S. (2018). Extending the Duluth model to workplace bullying: A modification and adaptation of the workplace power-control wheel. *Workplace Health & Safety*, 66(9), 444-452. <https://doi.org/10.1177/2165079917750934>
- Serafin, L., Sak-Dankosky, N. et Czarkowska-Pączek, B. (2020). Bullying in nursing evaluated by the negative acts questionnaire-revised: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 76(6), 1320-1333. <https://doi.org/10.1111/jan.14331>.

- Shields, M. et Wilkins, K. (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005 : résultats*. [https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2005-nurse-infirm/2005-nurse-infirm-fra.pdf](https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2005-nurse-infirm/2005-nurse-infirm-fra.pdf)
- 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*, 77(11), 4306-4320. <https://doi.org/10.1111/jan.14912>
- Sieber, J. E. et Stanley, B. (1988). Ethical and professional dimensions of socially sensitive research. *American Psychologist*, 43(1), 49-55. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.43.1.49>
- Simmel, G. (2013). *Sociologie : études sur les formes de la socialisation* (traduit par L. Deroche-Gurcel et S. Muller; 2<sup>e</sup> éd.). Quadrige - Presses Universitaires de France.
- Simons, S. (2008). Workplace bullying experienced by massachusetts registered nurses and the relationship to intention to leave the organization. *Advances in Nursing Science*, 31(2), E48-E59. <https://doi.org/10.1097/01.ANS.0000319571.37373.d7>
- Simons, S. R. et Mawn, B. (2010). Bullying in the workplace: A qualitative study of newly licensed registered nurses. *AAOHN Journal*, 58(7), 305-311. <https://doi.org/10.3928/08910162-20100616-02>
- Smith, C. M. (2011). Scripts: A tool for cognitive rehearsal. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 42(12), 535-536. <https://doi.org/10.3928/00220124-20111118-03>
- Smith, C. R., Gillespie, G. L., Brown, K. C. et Grubb, P. L. (2016). Seeing students squirm. *Western Journal of Nursing Research*, 38(10), 1397-1398. <https://doi.org/10.1177/0193945916658207>
- Smith, L. M., Andrusyszyn, M. A. et Laschinger, H. K. (2010). Effects of workplace incivility and empowerment on newly-graduated nurses' organizational commitment. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 1004-1015. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01165.x>
- Somani, R., Muntaner, C., Hillan, E., Velonis, A. J. et Smith, P. (2021). A systematic review: Effectiveness of interventions to de-escalate workplace violence against nurses in healthcare settings. *Safety and Health at Work*, 12(3), 289-295. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2021.04.004>
- Spector, P. E., Zhou, Z. E. et Che, X. X. (2014). Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1), 72-84. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.01.010>
- Squires, A. (2004). A dimensional analysis of role enactment of acute care nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 272-278. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04049.x>

- Stagg, S. J. et Sheridan, D. (2010). Effectiveness of bullying and violence prevention programs: A systematic review. *AAOHN Journal*, 58(10), 419-424. <https://doi.org/10.3928/08910162-20100916-02>
- Stagg, S. J., Sheridan, D., Jones, R. A. et Speroni, K. G. (2011). Evaluation of a workplace bullying cognitive rehearsal program in a hospital setting. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 42(9), 395-401. <https://doi.org/10.3928/00220124-20110823-22>
- Strandmark, K. M. et Hallberg, L. R. M. (2007). The origin of workplace bullying: Experiences from the perspective of bully victims in the public service sector. *Journal of Nursing Management*, 15(3), 332-341. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00662.x>
- Strandmark, K. M., Rahm, G., Wilde Larsson, B., Nordström, G. et Rystedt, I. (2017). Preventive strategies and processes to counteract bullying in health care settings: Focus group discussions. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(2), 113-121. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1253805>
- Strandmark, M. et Rahm, G. (2014). Development, implementation and evaluation of a process to prevent and combat workplace bullying. *Scandinavian Journal of Public Health* 42(15 Suppl), 66-73. <https://doi.org/10.1177/1403494814549494>
- Strauss, A. et Corbin, J. M. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. SAGE.
- Sundin, D. et Fahy, K. (2008). Critical, post-structural, interpretive interactionism: An update on Denzin's methodology. *Nurse Researcher*, 16(1), 7-23. <https://doi.org/10.7748/nr2008.10.16.1.7.c6750>
- Taylor, R. (2016). Nurses' perceptions of horizontal violence. *Global Qualitative Nursing Research*, 3, 1-9. <https://doi.org/10.1177/2333393616641002>
- Taylor, R. A. et Taylor, S. S. (2017). Enactors of horizontal violence: The pathological bully, the self-justified bully and the unprofessional co-worker. *Journal of Advanced Nursing*, 73(12), 3111-3118. <https://doi.org/10.1111/jan.13382>
- Tee, S., Özçetin, Y. S. et Russell-Westhead, M. (2016). Workplace violence experienced by nursing students: A UK survey. *Nurse Education Today*, 41, 30. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.03.014>
- Terzioglu, F., Temel, S. et Sahan, F. U. (2016). Factors affecting performance and productivity of nurses: Professional attitude, organisational justice, organisational culture and mobbing. *Journal of Nursing Management*, 24(6), 735-744. <https://doi.org/10.1111/ionm.12377>
- The Joint Commission. (2021). *Bullying has no place in health care*. <https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/newsletters/quick-safety-issue-24-june-2016-6-2-21-update.pdf>

- Thomas, D. R. (2017). Feedback from research participants: Are member checks useful in qualitative research? *Qualitative Research in Psychology*, 14(1), 23-41. <https://doi.org/10.1080/14780887.2016.1219435>
- Thomas, S. P. (2012). Examining nurse-to-nurse horizontal violence and nurse-to-nurse student vertical violence through the lens of phenomenology. Dans D. Holmes, T. Rudge et A. Perron (dir.), *(RE) Thinking violence in health care settings: A critical approach* (p. 143-161). Ashgate.
- Thomas, S. P. et Burk, R. (2009). Junior nursing students' experiences of vertical violence during clinical rotations. *Nursing Outlook*, 57(4), 226-231. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.08.004>
- Thompson, R. et George, L. E. (2016). Preparing new nurses to address bullying: The effect of an online educational module on learner self-efficacy. *Medsurg Nursing*, 25(6), 412-417.
- Tong, M., Schwendimann, R. et Zuniga, F. (2017). Mobbing among care workers in nursing homes: A cross-sectional secondary analysis of the Swiss nursing homes human resources project. *International Journal of Nursing Studies*, 66, 72-81. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.12.005>
- 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>
- Trépanier, S. G., Fernet, C. et Austin, S. (2016). Longitudinal relationships between workplace bullying, basic psychological needs, and employee functioning: A simultaneous investigation of psychological need satisfaction and frustration. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 25(5), 690-706. <https://doi.org/10.1080/1359432x.2015.1132200>
- Trépanier, S. G., Fernet, C., Austin, S. et Boudrias, V. (2016). Work environment antecedents of bullying: A review and integrative model applied to registered nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 55, 85-97. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.001>
- Tuna, R. et Kahraman, B. (2019). Workplace bullying: A qualitative study on experiences of Turkish nurse managers. *Journal of Nursing Management*, 27(6), 1159-1166. <https://doi.org/10.1111/jonm.12787>
- Université de Montréal. (2014). *Guide d'information sur le consentement libre, éclairé et continu*. [https://recherche.umontreal.ca/fileadmin/recherche/documents/user\\_upload\\_ancien/Ethique\\_humaine/CERAS/Guide\\_consentement.pdf](https://recherche.umontreal.ca/fileadmin/recherche/documents/user_upload_ancien/Ethique_humaine/CERAS/Guide_consentement.pdf)
- Van der Maren, J.-M. (2004). *Méthodes de recherche pour l'éducation : éducation et formation - fondements*. (2<sup>e</sup> éd.). Les Presses de l'Université de Montréal, De Boeck Université.

[http://classiques.ugac.ca/contemporains/Van\\_der\\_Maren\\_jean-marie/methodes\\_recherche\\_education/methodes.html](http://classiques.ugac.ca/contemporains/Van_der_Maren_jean-marie/methodes_recherche_education/methodes.html)

- Van der Maren, J.-M. (2014). Lire les recherches (utilisant des données) qualitatives. 1-15. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/11341?show=full>
- Vandenberghe, F. (2001). *La sociologie de Georg Simmel* (vol. 311). La Découverte.
- Ventura-Madangeng, J. et Wilson, D. (2009). Workplace violence experienced by registered nurses: A concept analysis. *Nursing Praxis in New Zealand*, 25(3), 37-50. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12226>
- 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/10.1891/0739-6686.28.133>
- Vessey, J. A., Demarco, R. F., Gaffney, D. A. et Budin, W. C. (2009). Bullying of staff registered nurses in the workplace: A preliminary study for developing personal and organizational strategies for the transformation of hostile to healthy workplace environments. *Journal of Professional Nursing*, 25(5), 299-306. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2009.01.022>
- Victor, B. et Cullen, J. B. (1987). A theory and measure of ethical climate in organizations. Dans W. C. Frederick et L. Preston (dir.), *Research in corporate social performance and policy* (p. 51-71). JAI Press.
- Vygotsky, L. S. (1962). *Thought and language* (traduit par E. Hanfmann et G. Vakar). MIT Press.
- Wakefield, A. (2014). Searching and critiquing the research literature. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 28(39), 49-57. <https://doi.org/10.7748/ns.28.39.49.e8867>
- Waldo, A. D. (2016). The silent epidemic: Understanding the concept of workplace bullying among nurses. *Philippine Journal of Nursing*, 86(2), 62-67.
- Weaver, K. et Olson, J. K. (2006). Understanding paradigms used for nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 459-469. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03740.x>
- Wemmers, J.-A. (2017). *Victimologie : une perspective canadienne* (traduit par L. Courteau). Presses de l'Université du Québec.
- Westheimer, M. Y. (1992, 20-24 avril). *The structuring of conflict events in an urban high school*. Annual meeting of the American Educational Research Association, San Francisco, CA. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED351399.pdf>

- Whiting, L. S., Petty, J., Littlechild, B. et Rogers, S. (2021). Undertaking pre-pilot work to gain an empathetic insight into participants' perspectives. *Nurse Researcher*, 29(4), 19-26. <https://doi.org/10.7748/nr.2021.e1804>
- Wieland, D. et Beitz, J. M. (2015). Resilience to social bullying in academia. *Nurse Educator*, 40(6), 289-293. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000169>
- Wilkins, J. (2014). The use of cognitive reappraisal and humour as coping strategies for bullied nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 20(3), 283-292. <https://doi.org/10.1111/ijn.12146>
- Wilmot, S. (2000). Nurses and whistleblowing: The ethical issues. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1051-1057. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01573.x>
- Wilson, B. L., Diedrich, A., Phelps, C. L. et Choi, M. (2011). Bullies at work: The impact of horizontal hostility in the hospital setting and intent to leave. *Journal of Nursing Administration*, 41(11), 453-458. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182346e90>
- Wilson, J. L. (2016). An exploration of bullying behaviours in nursing: A review of the literature. *British Journal of Nursing*, 25(6), 303-306.
- Wilson, M. (2009). Asking sensitive questions: Accessing the 'private' account. *Nurse Researcher*, 16(4), 31-39. <https://doi.org/10.7748/nr2009.07.16.4.31.c7159>
- Wolf, L. A., Perhats, C., Clark, P. R., Moon, M. D. et Zavotsky, K. E. (2018). Workplace bullying in emergency nursing: Development of a grounded theory using situational analysis. *International Emergency Nursing*, 39, 33-39. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.09.002>
- Wray, J., Archibong, U. et Walton, S. (2017). Why undertake a pilot in a qualitative PhD study? Lessons learned to promote success. *Nurse Researcher*, 24(3), 31-35. <https://doi.org/10.7748/nr.2017.e1416>
- Yildirim, A. et Yildirim, D. (2007). Mobbing in the workplace by peers and managers: Mobbing experienced by nurses working in healthcare facilities in Turkey and its effect on nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16(8), 1444-1453. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01814.x>
- Yildirim, D. (2009). Bullying among nurses and its effects. *International Nursing Review*, 56(4), 504-511. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00745.x>
- Young, R. A. et Collin, A. (2004). Introduction: Constructivism and social constructionism in the career field. *Journal of Vocational Behavior*, 64(3), 373-388. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2003.12.005>

- Yun, S. et Kang, J. (2018). Influencing factors and consequences of workplace bullying among nurses: A structural equation modeling. *Asian Nursing Research*, 12(1), 26-33. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.01.004>
- Zackius-Shittu, M. O. (2014). *How women overcome workplace bullying: A grounded theory study* [Capella University].
- Zapf, D. et Einarsen, S. V. (2020). Individual antecedents of bullying: Personality, motives and competencies of victims and perpetrators. Dans S. V. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf et C. L. Cooper (dir.), *Bullying and harassment in the workplace: Theory, research and practice* (3<sup>e</sup> éd.). CRC Press.

## Annexes



## Annexe B : Autorisation d'accès à une liste nominative

---

Demande d'informations pour accéder à la banque de données OIIQ pour projet de rech... Page 1 sur 1

### Demande d'informations pour accéder à la banque de données OIIQ pour projet de recherche doctorale

[REDACTED]  
Envoyé : 17 novembre 2014 10:48  
À : Durocher Hélène  
Cc : Secretariatgeneral@oiiq.org  
Pièces jointes : engagement-confidentialite-v1.pdf (79 Ko)

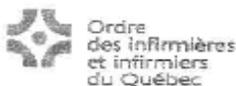
Bonjour Madame Durocher,

La secrétaire générale a accepté de vous fournir une liste nominative.

Je vous fais parvenir l'engagement à la confidentialité à signer et me retourner. Lorsque je le recevrai, je vous ferai parvenir la liste.

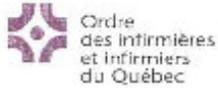
La liste sera gravée sur un CD qui vous sera posté par Xpressposte. Il sera protégé par un mot de passe que je vous enverrai par courriel. [REDACTED]

Merci, bonne journée,



[REDACTED]  
Adjointe administrative (temporaire)  
de [REDACTED]  
Secrétaire général et Direction principale,  
Affaires réglementaires  
[REDACTED]  
secretariatgeneral@oiiq.org

4200, rue Wilson  
Montréal (Qc)  
H1Y 0Y4  
oiiq.org



**DEMANDE DE LISTE NOMINATIVE  
ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ**

TITRE DU PROJET :	Violence interprofessionnelle infirmières en contexte communautaire q.0000 sur modèle standard
NOM DU CHERCHEUR(E) :	Hélène Durocher
UNIVERSITÉ :	Université de Montréal

Au nom de toutes les personnes de notre équipe de recherche appelées à travailler sur le présent projet, je confirme, par la présente, notre engagement :

- à respecter la confidentialité de toute l'information fournie par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) en ce qui a trait à la liste, à ne pas divulguer ou communiquer ces données en aucun temps, à toute autre personne, organisation ou société et à n'utiliser ces données que pour les fins du présent projet soumis à l'OIIQ;
- à ne pas associer l'OIIQ à nos résultats de recherche, non plus qu'à notre rapport d'étude ou à toute publication qui découlera de notre recherche, sauf entente écrite expresse à cet effet avec l'Ordre;
- à détruire les données reçues, y compris les copies de sécurité, dès que le projet mentionné en rubrique sera terminé.

████████████████████  
SIGNATURE

2014-11-23  
DATE

Retourner à :

████████████████████  
Branche administrative - Secrétariat général  
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec  
4200, rue Molson  
Montréal (Québec) H1Y 4V4  
████████████████████

## Annexe C : Invitation à participer – affiche publicitaire



### **INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES RECHERCHÉS(ES)**

#### **ÉTUDE SUR LA VIOLENCE VÉCUE ENTRE INFIRMIÈRES**

- ✓ Si vous vivez actuellement ou avez vécu à titre de **victime, témoin** ou **personne initiatrice**, de la violence entre collègues infirmières (de **même niveau hiérarchique**) ET;
- ✓ Si vous exercez OU avez exercé au cours des dix dernières années la profession infirmière en **soins de première ligne** dans des programmes tels que Maintien/soutien à domicile, Services généraux-courants, Petite enfance/famille, Info-santé, Santé des jeunes/scolaire, Santé et sécurité au travail, Clinique-réseau, Groupe de médecine familiale (GMF), Santé mentale et autres soins de première ligne ET;
- ✓ Si vous parlez **français** et exercez la profession dans les régions de **Montréal et Laval**.

Nous aimerions entendre **votre témoignage**  
dans le cadre d'un projet de recherche doctorale en sciences infirmières  
portant sur la **Violence intraprofessionnelle infirmière en soins de première ligne**

En participant, vous vous engagez à :

Une rencontre pour une **entrevue individuelle et CONFIDENTIELLE** afin d'explorer et mieux comprendre la violence intraprofessionnelle à travers le récit d'une expérience vécue. Cette rencontre, d'une durée approximative de 90 minutes, se déroulera au moment et à l'endroit qui vous conviendra.

**Pour participer OU si vous avez des questions sur cette recherche**, contactez :  
Mme Hélène Durocher infirmière candidate au doctorat en sciences infirmières  
[helene.durocher.1@umontreal.ca](mailto:helene.durocher.1@umontreal.ca)

Toutes les données recueillies demeureront anonymes et confidentielles

Ce projet a été approuvé par le comité d'Éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal  
Numéro de certificat d'approbation éthique 14-081-CERES-D

## Annexe D : Invitation à participer - CYBERJOURN@L de l'ORIIIM/L



Ordre régional  
des infirmières et infirmiers  
de Montréal/Laval

# LE CYBERJOURN@L

Volume 6, numéro 1, hiver 2015

Actualités régionales Têtes d'affiche Comité jeunesse Tendances infirmières Babillard Nous joindre



## BABILLARD

### CONCOURS INNOVATION CLINIQUE BANQUE NATIONALE 2015

#### Candidatures recherchées



Le concours Innovation clinique Banque Nationale met en valeur les contributions cliniques d'infirmières et d'infirmiers de toutes les régions du Québec à la qualité des soins offerts à la population, à l'efficacité et à l'efficience des services de santé, ainsi qu'à l'avancement de la profession infirmière.

Le Grand prix Innovation clinique Banque Nationale sera décerné dans le cadre du Congrès de l'OIIQ, qui aura lieu les 9 et 10 novembre 2015, au Palais des congrès de Montréal.

La période de présentation des candidatures est en cours. Les dossiers de candidature doivent être déposés auprès de votre Ordre régional **avant le 2 mars 2015**.

**Certains critères d'admissibilité ont été modifiés. Consultez la mise à jour :**

- » Guide de présentation d'un projet
- » [Politique générale](#)

### DÉCOUVREZ INFLUX



Connaissez-vous inFlux, le portail de veille et de ressources documentaires en soins infirmiers de l'OIIQ? Il vous permet d'y trouver rapidement des publications et des ressources gratuites pertinentes en soins infirmiers.

De plus, un bulletin de veille est produit tous les deux jeudis. **Abonnez-vous**, c'est gratuit!

En complément, vous pouvez aussi suivre inFlux sur Twitter ([@influxOIIQ](#)).

» [Visitez le site](#)

### CONGRÈS DU SIDIIEF



**6<sup>e</sup> CONGRÈS MONDIAL SIDIIEF**

**Défiez les MALADIES CHRONIQUES un appel à L'EXPERTISE INFIRMIÈRE**

MONTREAL, CANADA, DU 21 MAI AU 5 JUIN 2015

#### Demandez une aide financière

L'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Montréal/Laval est heureux d'offrir à ses membres un soutien financier pour participer au 6<sup>e</sup> Congrès mondial du SIDIIEF.

Faites-nous parvenir votre demande au plus tard le **16 mars 2015 à 17 h!**

» [Consultez notre site Internet pour tout savoir.](#)

#### PARTICIPEZ À UNE ÉTUDE DE RECHERCHE DOCTORALE

Si vous êtes actuellement ou avez été victime, témoin ou personne initiatrice de violence entre collègues infirmières, de même niveau hiérarchique, et si vous exercez ou avez exercé au cours des dix dernières années la profession d'infirmière en soins de première ligne dans des programmes tels que maintien/soutien à domicile, services généraux-courants, petite enfance/famille, Info santé, santé des jeunes/scolaire, santé et sécurité au travail, clinique-réseau, groupe de médecine familiale (GMF), santé mentale et autres soins de première ligne, et si vous parlez français et exercez la profession à Montréal ou Laval, nous aimerions recueillir votre témoignage dans le cadre d'un projet d'étude doctorale en sciences infirmières portant sur la violence intraprofessionnelle en contexte de soins de première ligne.

En participant, vous vous engagez à : une rencontre pour une entrevue individuelle et confidentielle afin d'explorer et de mieux comprendre la violence intraprofessionnelle grâce au récit d'une expérience vécue.

Cette rencontre, d'une durée approximative de 90 minutes, se déroulera au moment et à l'endroit qui vous conviendront.

**Pour participer ou répondre à vos questions**, communiquez avec **Helène Durocher**, infirmière candidate au doctorat en sciences infirmières, [REDACTED]

Toutes les données recueillies demeureront anonymes et confidentielles.

» Lisez [Les infirmières bachelariées n'ont pas la vie facile](#), Forum, Université de Montréal, 26 janvier 2015

À propos de l'ORIIIM/L

- Contactez-nous
- Membres du Conseil
- Actualités régionales
- Comité jeunesse

Recherche

Mots clés

TD Assurance

<http://oriiiml.oiiq.org/volume-06-numero-01/babillard>

## Annexe E : Formulaire d'information et de consentement

---



### Formulaire d'information et de consentement

#### Renseignements généraux

##### TITRE DU PROJET DE RECHERCHE :

VIOLENCE INTRAPROFESSIONNELLE INFIRMIÈRE EN CONTEXTE  
COMMUNAUTAIRE QUÉBÉCOIS : UN MODÈLE THÉORIQUE

Chercheur **Hélène Durocher**  
Infirmière M.Sc., Ph.D (c) candidate au doctorat  
Sciences infirmières – Département des Sciences  
infirmières, Université de Montréal  
[Redacted]  
Courriel : [helene.durocher.1@umontreal.ca](mailto:helene.durocher.1@umontreal.ca)

Directrice **Chantal Caux Ph.D**  
Professeure agrégée  
Sciences infirmières – Département des Sciences  
infirmières, Université de Montréal  
[Redacted]  
Courriel : [chantal.caux@umontreal.ca](mailto:chantal.caux@umontreal.ca)

[Redacted]

[Redacted]

Ce projet ne bénéficie pas de financement

Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de cette étude doctorale, les modalités, les avantages, les risques et les inconvénients, de même que les ressources avec lesquelles communiquer au besoin.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire attentivement et de comprendre les renseignements suivants. N'hésitez pas à poser vos questions à l'étudiante-chercheuse responsable du projet et à lui demander des explications si les renseignements ne sont pas clairs.

## Description du projet de recherche

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche portant sur la violence intraprofessionnelle infirmière, c'est-à-dire une forme de violence qui sévit entre infirmiers(ères) de même niveau hiérarchique.

Cette étude, portant sur la violence intraprofessionnelle, s'inscrit dans le cadre d'un projet d'étude doctorale en sciences infirmières à l'Université de Montréal. L'étude est réalisée par l'étudiante-chercheuse, Hélène Durocher, sous la direction de Chantal Caux Ph.D professeure agrégée [REDACTED]

La violence entre les infirmiers(ères) est un problème documenté en milieux hospitaliers tant ici qu'ailleurs dans le monde. Cette forme de violence se traduit, entre autres, par des comportements intimidants. Une exposition à cette forme de violence comme victime, témoin ou personne initiatrice de la violence peut entraîner chez certains(es) infirmiers(ères) des problèmes de santé physique, mentale, voire un départ de la profession. Toutefois, peu d'études se sont attardées à cette forme de violence en contexte communautaire québécois. De plus, les études disponibles ne permettent pas de saisir ce processus, du point de vue de l'infirmier(ère) ayant vécu une expérience de violence intraprofessionnelle en milieu de travail.

C'est pourquoi ce projet de recherche vise à :

- Mieux comprendre le processus de la violence entre infirmières à partir du point de vue et de l'interprétation des infirmières ayant vécu l'expérience dans un contexte communautaire, comme victime, témoin ou personne initiatrice de la violence.

## **Déroulement de l'étude**

Environ vingt infirmiers(ères) seront recrutés(es) par l'entremise de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) et de l'Ordre régional des infirmières et des infirmiers de Montréal et Laval (ORIIM/L). Les infirmiers(ères) qui souhaitent participer à cette recherche seront rencontrés(es) au moment et au lieu qui leur conviendront, afin de réaliser une entrevue individuelle qui sera enregistrée avec leur accord. Afin de s'assurer de la compréhension des propos recueillis lors des entrevues, il est possible qu'en cours d'analyse, l'étudiante-chercheuse communique avec les participants(es) pour clarifier certaines informations.

Les résultats de cette recherche permettront de mieux comprendre la violence intraprofessionnelle infirmière et ainsi proposer des pistes d'intervention pour contribuer à la réduction de ce problème dans les milieux de pratique.

## **Nature, durée et conditions de la participation**

Votre participation à ce projet de recherche consiste à raconter, lors d'une entrevue individuelle, une expérience vécue, comme victime, témoin ou personne ayant fait de la violence intraprofessionnelle (entre infirmiers(ères) de même niveau hiérarchique) en milieu de travail.

Nous vous demanderons de détailler, de préciser et d'expliquer votre point de vue quant à votre expérience vécue de violence intraprofessionnelle.

Avant le début de l'entrevue, des explications vous seront fournies sur son déroulement qui devrait durer environ 60 à 90 minutes et sur les renseignements contenus dans le formulaire d'information et de consentement.

---

## Risques et inconvénients

La réflexion et le partage d'une expérience vécue au cours de l'entrevue individuelle peuvent engendrer des réactions émotives chez certains(es) participants(es).

Si cela survient, vous pourrez en discuter avec l'intervieweuse qui est également la responsable du projet de recherche.

Si besoin est, vous serez orienté(e) vers une ressource comme le programme d'aide aux employés de votre milieu de travail (PAE) ou vers une ressource externe à votre milieu de travail comme le service de première ligne info-santé dont le numéro de téléphone est le 811.

## Avantages et bénéfices

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous apporterez votre contribution personnelle aux travaux menés sur la violence intraprofessionnelle infirmière en contexte communautaire québécois.

Les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques sur la violence intraprofessionnelle.

## Compensation

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche. Cette participation pourrait vous occasionner des dépenses (stationnement, essence, repas, taxis) qui ne vous seront pas remboursées.

## Diffusion des résultats

Les résultats feront partie d'une thèse de doctorat et seront diffusés dans des articles et par des communications scientifiques lors de congrès.

---

## Conservation et protection des données

Plusieurs mesures ont été mises en place afin de protéger la confidentialité des participants.

Pour éviter votre identification comme personne participante à cette recherche, les données recueillies par cette étude seront traitées de manière entièrement confidentielle. La confidentialité sera assurée par l'attribution d'un code numérique à chacun(e) des participants(es). Hélène Durocher, l'étudiante-chercheure, sera la seule personne qui détiendra la clé du code et aura accès au dossier de recherche.

Les données recueillies seront conservées dans un fichier informatique protégé par un mot de passe. Seules l'étudiante-chercheure et sa directrice connaîtront ce mot de passe.

Toutes les informations ou combinaisons d'information susceptibles de mener à l'identification de personnes ou d'un milieu de pratique seront retirées. Les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier les personnes participantes.

Les données (enregistrement et transcriptions des entrevues) seront détruites au plus tard sept ans après le dépôt de la thèse et ne seront utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document (production : thèse, articles, conférences).

## Retour des résultats

Les participants(es) qui le souhaiteront auront la possibilité, à la fin de l'étude, d'obtenir par courriel un résumé des résultats de l'étude.

## Droit de retrait et participation volontaire

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous avez simplement à aviser la personne-ressource de ce projet de recherche, et ce, par simple avis verbal.

En cas de retrait, vous pouvez demander la destruction des données ou du matériel vous concernant. Toutefois, la destruction des données et des enregistrements est possible seulement s'ils n'ont pas encore été analysés.

Veuillez noter que l'équipe de recherche n'entretient pas de lien avec votre employeur. Ainsi, les informations reçues ne seront d'aucune façon transmises à votre employeur.

### **Responsabilité de l'équipe de recherche**

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

### **Personnes-ressources (questions, retrait, éthique, ombudsman)**

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche ou si vous voulez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter (avant, pendant et après l'étude) : Hélène Durocher, infirmière et étudiante-chercheuse Faculté des sciences infirmières 2375 chemin de la Côte Sainte-Catherine Montréal (Québec) H3T 1A8 [REDACTED]  
(Boîte vocale confidentielle) [helene.durocher.1@umontreal.ca](mailto:helene.durocher.1@umontreal.ca)

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le conseiller en éthique du Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) :

Courriel: [ceres@umontreal.ca](mailto:ceres@umontreal.ca)

Téléphone au [REDACTED]

Site Web: [REDACTED]

Toute plainte concernant cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, [REDACTED]  
[REDACTED] L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

---

## Consentement

Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir à ma participation ou mon refus de participer.

Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et demander à obtenir des réponses satisfaisantes.

Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

J'accepte que l'entrevue soit enregistrée.

---

Prénom et nom du participant  
(caractère d'imprimerie)

---

Signature du participant

Date :

---

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement.

---

Prénom et nom du chercheur  
(caractère d'imprimerie)

---

Signature du chercheur

Date :

---

## Annexe F : Fiche contact – participant potentiel

---

### Projet de recherche sur la violence intraprofessionnelle infirmière en contexte québécois de soins de première ligne

#### FICHE CONTACT - PARTICIPANT POTENTIEL

CODE DU PARTICIPANT POTENTIEL \_\_\_\_\_

#### PREMIER CONTACT

DATE \_\_\_\_\_ MODALITÉ \_\_\_\_\_

NOM \_\_\_\_\_

ADRESSE COURRIEL \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_

#### CONTEXTE

EST-CE QUE L'EXPÉRIENCE VÉCUE S'EST PRODUITE EN CONTEXTE DE PREMIÈRE LIGNE?

OUI

SI OUI, DANS QUEL SECTEUR DE LA PREMIÈRE LIGNE?

MAINTIEN/SOUTIEN À DOMICILE	<input type="checkbox"/>	CLINIQUE- RÉSEAU	<input type="checkbox"/>
SERVICES GÉNÉRAUX- COURANTS	<input type="checkbox"/>	GROUPE DE MÉDECINE FAMILIALE (GMF)	<input type="checkbox"/>
PETITE ENFANCE/FAMILLE	<input type="checkbox"/>	SANTÉ MENTALE	<input type="checkbox"/>
INFO-SANTÉ	<input type="checkbox"/>	AUTRES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE	<input type="checkbox"/>
SANTÉ DES JEUNES/SCOLAIRE	<input type="checkbox"/>		
SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL	<input type="checkbox"/>		

NON

SVP PRÉCISEZ LE SECTEUR D'ACTIVITÉ \_\_\_\_\_

ENTRE INFIRMIÈRES?

AUTRES \_\_\_\_\_

#### LOGISTIQUE

ACCEPTÉ D'ÊTRE ENREGISTRÉ PENDANT L'ENTREVUE?

OUI

NON

---

Ce projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal. Numéro de certificat d'approbation éthique 14-081-CERES-D Page 1

**Projet de recherche sur la violence intraprofessionnelle infirmière  
en contexte québécois de soins de première ligne**

**FICHE CONTACT - PARTICIPANT POTENTIEL**

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT ACHEMINÉ PAR COURRIEL AVANT LA  
RENCONTRE OUI  DATE \_\_\_\_\_ NON

RÉCIT OU AUTRES DOCUMENTS SERONT FOURNIS SUR UNE BASE VOLONTAIRE PAR LE  
PARTICIPANT? \_\_\_\_\_

OUI  NON

**PLANIFICATION DE LA RENCONTRE**

DATE \_\_\_\_\_ HEURE \_\_\_\_\_

LIEU \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**COMPTE RENDU PREMIER CONTACT**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MÉMO MÉTHODOLOGIQUE**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

Ce projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de  
Montréal. Numéro de certificat d'approbation éthique 14-081-CERES-D Page 2



## Annexe G : Guide d'entretien

---

### GUIDE D'ENTRETIEN

#### Identification

Secteur soins de première ligne \_\_\_\_\_  
Personne rencontrée : \_\_\_\_\_  
Fonction de la personne rencontrée : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_  
Adresse (lieu de rencontre) : \_\_\_\_\_  
Date et heure de l'entretien : \_\_\_\_\_  
Durée : \_\_\_\_\_

#### Préliminaires à l'entretien

- Accueillir le participant et assurer la confidentialité (lieu);
- Expliquer au participant les renseignements contenus dans le formulaire d'information et de consentement;
- Préciser que l'entretien appelle à une plus grande profondeur que ce qu'on retrouve lors d'une conversation ordinaire;
- Souligner l'importance de détailler, préciser et expliquer son point de vue sur le sujet discuté;
- Répondre aux questions du participant s'il y a lieu;
- Demander au participant de signer le formulaire d'informations et de consentement.

#### Explications du déroulement de l'entretien

- Rappeler qu'il n'y a pas de « mauvaise réponse »;
- Énoncer clairement qu'il est possible d'interrompre l'entretien si le participant désire une pause ou qu'il souhaite mettre fin à sa participation;
- Rappeler la durée approximative de l'entretien.

#### Engagement de l'entretien

Démontrer de l'ouverture, s'intéresser au participant (ex. pourquoi participer à ce projet ?)

Poser des questions pour obtenir quelques données sociodémographiques pertinentes à la violence intraprofessionnelle infirmière, essentielles à l'analyse et à l'interprétation des données.

- Secteur d'activités en communauté;
- Formation (DEC, BAC, Maîtrise, autre);
- Type de poste occupé (titre, temps complet, temps partiel, quart de travail, depuis quand?);
- Nombre d'années d'expérience;
- Nombre d'années à l'emploi de l'employeur actuel.

#### Début de l'entretien

Après avoir engagé l'entretien, une seule question ouverte générale est posée

« Racontez-moi votre expérience de violence intraprofessionnelle; dites-moi ce qui s'est passé. »

Rappeler qu'il s'agit d'une situation que le participant considère comme violente, vécue dans son milieu de travail avec un(e) autre infirmier(ère) (violence entre infirmières de même niveau hiérarchique) soit comme victime, témoin ou comme personne ayant initié la violence.

### **Exploration de l'entrevue (si nécessaire)**

Exemples de formulation de questions pour faciliter la communication, les échanges, l'exploration en profondeur

- Selon votre expérience, pourriez-vous décrire ...?
- De votre avis, comment XYZ ?
- Que s'est-il passé ensuite ?
- Dites- moi comment avez-vous XYZ?
- Que voulez-vous dire par?
- Que pensez-vous de ...?
- Pourriez-vous expliquer davantage X, Y?
- Quels sont, selon vous, X, Y, Z?
- Parlez-moi de ...
- Si je comprends bien, vous me dites X par rapport à Y. Si on tient compte de cela, pouvez-vous me dire...?

Thèmes à aborder (aide-mémoire)

- Pratique communautaire (contexte)
- Violence (type, sources, fréquence)
- Définition (terminologie utilisée)
- Contexte (moment, événement)
- Acteurs impliqués ? (acteurs entourent la situation de VI – sans préciser de noms)
- Climat
- Tolérance
- Silence
- Victimes, témoins, initiatrice
- Comportements (individu, patients/familles, organisation, discipline, équipe)
- Inconscient/délibéré
- Réaction (l'événement, les situations résultantes)
- Influence (actions)
- Pensées/sentiments
- Conséquences
- Quels changements, s'il y en a eu, se sont produits dans votre vie, depuis cette situation de VI ?
- Prévenir (mesures)
- Dénonciation
- Craintes, peurs
- Gestion de.. ?
- Qu'est-ce qui vous aide à gérer la VI ? Me dire comment vous avez appris à gérer la situation vécue de VI

- Problèmes potentiels
- Sources de ces problèmes
- Ressources, soutien

#### **Retour réflexif avant la fin de l'entrevue**

Questions pour faire un retour sur des éléments de la discussion

- Après avoir vécu cette expérience, quels conseils donneriez-vous à quelqu'un qui se retrouverait, en contexte de VI?
- Est-ce qu'il y a des éléments dont vous aimeriez qu'on parle ou que vous aimeriez ajouter/préciser?
- Selon vous, est-ce qu'il y a autre chose que je devrais savoir pour mieux comprendre;
- Avez-vous des questions ou souhaitez-vous faire un retour sur des éléments de réponses?

#### **Fin de l'entrevue**

- Rappel des objectifs de la recherche;
- Invitation à discuter de ce projet avec leurs parents/proches/collègues de travail, s'il y a lieu;
- Remerciement.

## Annexe H : Questionnaire sociodémographique autoadministré

---

### Projet de recherche sur la violence intraprofessionnelle infirmière en contexte québécois de soins de première ligne

#### QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE ET DE SITUATION DE VIOLENCE AU TRAVAIL TOUTES LES DONNÉES RECUEILLIES DEMEURERONT CONFIDENTIELLES

NOM \_\_\_\_\_

#### TRANCHE D'ÂGES

- |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 20-24 <input type="checkbox"/> | 45-49 <input type="checkbox"/> |
| 25-29 <input type="checkbox"/> | 50-54 <input type="checkbox"/> |
| 30-34 <input type="checkbox"/> | 55-59 <input type="checkbox"/> |
| 35-39 <input type="checkbox"/> | 60-64 <input type="checkbox"/> |
| 40-44 <input type="checkbox"/> | 65-69 <input type="checkbox"/> |

#### SEXE

- MASCULIN  FÉMININ

#### SCOLARITÉ

- COLLÉGIALE  BACCALAURÉAT  DOCTORAT   
CERTIFICAT  MAÎTRISE

#### FORMATION INITIALE POUR LA PROFESSION INFIRMIÈRE

- DEC  DEC-BAC  BAC INITIAL

#### NOMBRE TOTAL D'ANNÉES DE PRATIQUE INFIRMIÈRE

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| PREMIÈRE ANNÉE <input type="checkbox"/> | 20-24 ANS <input type="checkbox"/> |
| 2 - 4 ANS <input type="checkbox"/>      | 25-29 ANS <input type="checkbox"/> |
| 5-9 ANS <input type="checkbox"/>        | 30-34 ANS <input type="checkbox"/> |
| 10- 14 ANS <input type="checkbox"/>     | 35-39 ANS <input type="checkbox"/> |
| 15-19 ANS <input type="checkbox"/>      |                                    |

#### MEMBRE DE L'OIIQ

- OUI  NON

---

Ce projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal. Numéro de certificat d'approbation éthique 14-081-CERES-D Page 1

**Projet de recherche sur la violence intraprofessionnelle infirmière  
en contexte québécois de soins de première ligne**

SITUATION DE VIOLENCE AU TRAVAIL

EST-CE QUE L'EXPÉRIENCE DE VIOLENCE VÉCUE S'EST PRODUITE EN CONTEXTE DE PREMIÈRE LIGNE?

OUI

SI OUI, DANS QUEL SECTEUR DE LA PREMIÈRE LIGNE?

MAINTIEN/SOUTIEN À DOMICILE	<input type="checkbox"/>	CLINIQUE- RÉSEAU	<input type="checkbox"/>
SERVICES GÉNÉRAUX- COURANTS	<input type="checkbox"/>	GROUPE DE MÉDECINE FAMILIALE (GMF)	<input type="checkbox"/>
PETITE ENFANCE/FAMILLE	<input type="checkbox"/>	SANTÉ MENTALE	<input type="checkbox"/>
INFO-SANTÉ	<input type="checkbox"/>	AUTRES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE	<input type="checkbox"/>
SANTÉ DES JEUNES/SCOLAIRE	<input type="checkbox"/>		
SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL	<input type="checkbox"/>		

NON

SVP, PRÉCISEZ LE SECTEUR D'ACTIVITÉ \_\_\_\_\_

VOUS AVEZ VÉCU CETTE EXPÉRIENCE À TITRE DE

VICTIME   
TÉMOIN   
PERSONNE INITIATRICE DE VIOLENCE   
AUTRE

SI AUTRE SVP PRÉCISEZ \_\_\_\_\_

AU COURS DE CETTE SITUATION DE VIOLENCE VÉCUE:

AVIEZ-VOUS L'INTENTION DE QUITTER VOTRE POSTE ?

OUI  AUTRE \_\_\_\_\_  
NON  \_\_\_\_\_

AVIEZ-VOUS L'INTENTION DE QUITTER VOTRE EMPLOI ?

OUI  AUTRE \_\_\_\_\_  
NON  \_\_\_\_\_

**Projet de recherche sur la violence intraprofessionnelle infirmière  
en contexte québécois de soins de première ligne**

**AU COURS DE CETTE SITUATION DE VIOLENCE VÉCUE:**

AVIEZ-VOUS L'INTENTION DE QUITTER LA PROFESSION INFIRMIÈRE?

OUI

NON

AUTRE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

AVEZ-VOUS PERDU VOTRE EMPLOI?

OUI

NON

AVEZ-VOUS QUITTÉ LA PROFESSION INFIRMIÈRE ?

OUI

NON

**SITUATION ACTUELLE**

**ÊTES-VOUS TOUJOURS :**

**AU TRAVAIL (LIEU DE LA SITUATION DE VIOLENCE VÉCUE)**

OUI

NON

**STATUT**

TEMPS PLEIN

TEMPS PARTIEL

EN MALADIE

AUX ÉTUDES

AUTRE

\_\_\_\_\_

EN RECHERCHE D'EMPLOI

AUTRE  \_\_\_\_\_

**ANCIENNETÉ AVEC L'EMPLOYEUR OÙ LA SITUATION S'EST PRODUITE**

MOINS D'UN AN

11-15 ANS

2-5 ANS

16-20 ANS

6-10 ANS

PLUS DE 20 ANS  \_\_\_\_\_

MERCI ! NOUS ALLONS MAINTENANT PROCÉDER À L'ENTREVUE  
INDIVIDUELLE ET CONFIDENTIELLE

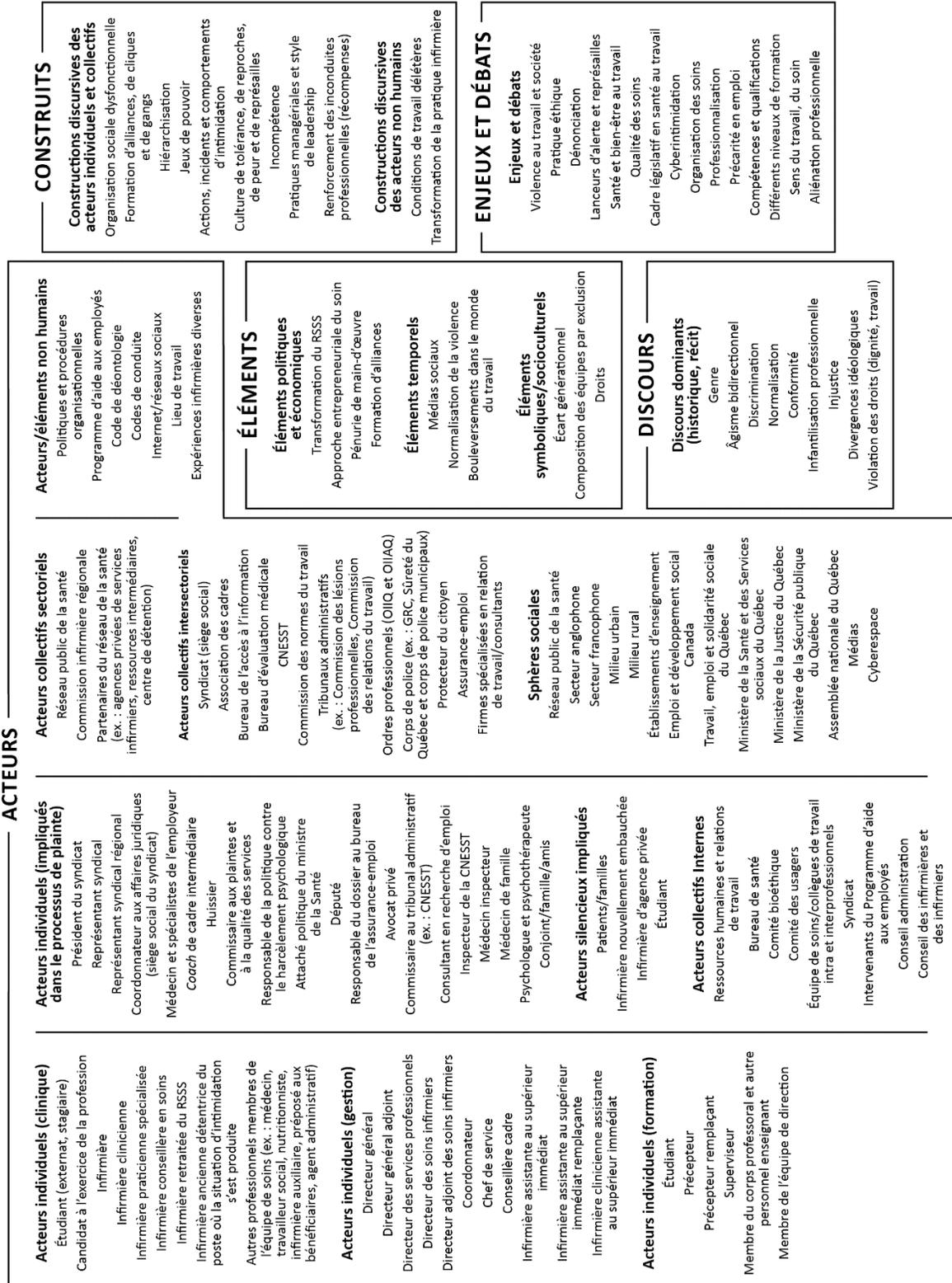
---

Ce projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal. Numéro de certificat d'approbation éthique 14-081-CERES-D Page 3





# Annexe K : Carte situationnelle ordonnée *extrait*



## Annexe L : Documents d'approbation éthique

### Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)

Bureau de la conduite  
responsable en recherche



27 juillet 2023

Chantal Caux, Professeure agrégée  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal

Hélène Durocher, Candidate au Ph. D. en sciences infirmières  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal

OBJET :	Projet # 2014-477 - Titre : Situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique infirmière au Québec : Coconstruction théorique Financement : Non financé
---------	--

Bonjour,

Vous avez présenté au Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) de l'Université de Montréal, en date du 26 juillet 2023, une demande de renouvellement pour votre projet cité en objet.

Après évaluation, le tout étant jugé conforme aux règles en vigueur en éthique de la recherche, j'ai le plaisir de vous informer que votre demande a été approuvée par le Comité.

La présente approbation éthique est valide du 01 septembre 2023 au 01 septembre 2024.

Il est de votre responsabilité de compléter le prochain formulaire de renouvellement (formulaire F9) que nous vous ferons parvenir annuellement via Nagano 1 mois avant l'échéance de la présente approbation, à défaut de quoi l'approbation éthique émise par le CERSES sera suspendue.

Dans le cadre de l'évaluation éthique continue, le Comité vous demande de vous conformer aux exigences suivantes en utilisant les formulaires Nagano prévus à cet effet :

- Soumettre, pour approbation préalable, toute demande de **modification** au projet de recherche ou à tout autre document approuvé par le Comité pour la réalisation du projet (formulaire F1).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toutes **informations supplémentaires, nouveau renseignement et/ou correspondances diverses** (formulaire F2).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, tout **incident ou accident** lié à la réalisation du projet de recherche (formulaire F5).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, l'**interruption prématurée** du projet de recherche, qu'elle soit temporaire ou permanente (formulaire F6).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute **déviaton** au projet de recherche susceptible de remettre en cause le caractère éthique du projet (formulaire F8).
- Soumettre une demande de **renouvellement** un mois avant l'échéance de la date d'approbation afin de renouveler l'approbation éthique (formulaire F9).
- Soumettre le rapport de la **fin du projet de recherche** (formulaire F10).

Finalement, nous vous rappelons que la présente décision vaut pour une année et peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces exigences.

## Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)

Bureau de la conduite  
responsable en recherche



02 août 2022

Chantal Caux, Professeure agrégée  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal

Hélène Durocher, Candidate au Ph. D. en sciences infirmières  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal

OBJET :	Projet # 2014-477 - Renouvellement de l'approbation éthique Situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique et à la formation infirmières au Québec : Coconstruction théorique Financement : Non financé
---------	---

Bonjour,

Vous avez soumis au Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) de l'Université de Montréal, en date du 02 août 2022, une demande de renouvellement pour votre projet cité en rubrique.

Votre demande de renouvellement a fait l'objet d'une évaluation. Suite à celle-ci, le tout étant jugé satisfaisant, j'ai le plaisir de vous informer que votre demande de renouvellement a été approuvée par le CERSES.

Ainsi, vous pouvez poursuivre votre projet de recherche pour un an, et ce, à compter du 01 septembre 2022 jusqu'au **01 septembre 2023**.

Il est de votre responsabilité de compléter le prochain formulaire de renouvellement (formulaire F9) que nous vous ferons parvenir annuellement via Nagano 1 mois avant l'échéance de la présente approbation, à défaut de quoi l'approbation éthique délivrée par le CERSES sera suspendue.

Dans le cadre du suivi éthique continu, le Comité vous demande de vous conformer aux exigences suivantes en utilisant les formulaires Nagano prévus à cet effet :

- Soumettre, pour approbation préalable, toute demande de **modification** au projet de recherche ou à tout autre document approuvé par le Comité pour la réalisation du projet (formulaire F1).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toutes **informations supplémentaires, nouveau renseignement et/ou correspondances diverses** (formulaire F2).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, tout **incident ou accident** lié à la réalisation du projet de recherche (formulaire F5).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, l'**interruption prématurée** du projet de recherche, qu'elle soit temporaire ou permanente (formulaire F6).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute **dévi**ation au projet de recherche susceptible de remettre en cause le caractère éthique du projet (formulaire F8).
- Soumettre une demande de **renouvellement** un mois avant l'échéance de la date d'approbation afin de renouveler l'approbation éthique (formulaire F9).
- Soumettre le rapport de la **fin du projet de recherche** (formulaire F10).

## Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)

Bureau de la conduite  
responsable en recherche



16 août 2021

Chantal Caux

OBJET :	Projet # 2014-477 - Renouvellement de l'approbation éthique Situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique et à la formation infirmières au Québec : Coconstruction théorique Financement : non financé
---------	---

Bonjour,

Vous avez soumis au Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) de l'Université de Montréal, en date 16 août 2021, une demande de renouvellement pour votre projet cité en rubrique.

Votre demande de renouvellement a fait l'objet d'une évaluation. Suite à celle-ci, le tout étant jugé satisfaisant, j'ai le plaisir de vous informer que votre demande de renouvellement a été approuvée par le CERSES.

Ainsi, vous pouvez poursuivre votre projet de recherche pour un an, et ce, à compter du 01 septembre 2021 jusqu'au 01 septembre 2022.

Il est de votre responsabilité de compléter le prochain formulaire de renouvellement (formulaire F9) que nous vous ferons parvenir annuellement via Nagano 1 mois avant l'échéance de la présente approbation, à défaut de quoi l'approbation éthique délivrée par le CERSES sera suspendue.

Dans le cadre du suivi éthique continu, le Comité vous demande de vous conformer aux exigences suivantes en utilisant les formulaires Nagano prévus à cet effet :

- ♦ Soumettre, pour approbation préalable, toute demande de **modification** au projet de recherche ou à tout autre document approuvé par le Comité pour la réalisation du projet (formulaire F1).
- ♦ Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toutes **informations supplémentaires, nouveau renseignement et/ou correspondances diverses** (formulaire F2).
- ♦ Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, tout **incident ou accident** lié à la réalisation du projet de recherche (formulaire F5).
- ♦ Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, l'**interruption prématurée** du projet de recherche, qu'elle soit temporaire ou permanente (formulaire F6).
- ♦ Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute **déviolation** au projet de recherche susceptible de remettre en cause le caractère éthique du projet (formulaire F8).
- ♦ Soumettre une demande de **renouvellement** un mois avant l'échéance de la date d'approbation afin de renouveler l'approbation éthique (formulaire F9).
- ♦ Soumettre le rapport de la **fin du projet de recherche** (formulaire F10).

Finalement, nous vous rappelons que la présente décision vaut pour une année et peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces exigences.

## CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

- 5<sup>ème</sup> renouvellement -

*Le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES), selon les procédures en vigueur et en vertu des documents relatifs au suivi qui lui a été fournis conclut qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal*

Projet	
Titre du projet	Situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique et à la formation infirmière au Québec: coconstruction théorique (Titre initial: Violence intraprofessionnelle infirmière en contexte communautaire québécois: Un modèle théorique)
Étudiante requérante	Hélène Durocher [REDACTED] Candidate au Ph. D. en sciences infirmières, Faculté des sciences infirmières
Sous la direction de	Chantal Caux, professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Note :	Modification au titre (Oct. 2016 et avril 2018). Retrait co-direction (avril 2018)
Financement	
Organisme	Non financé
Programme	
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	
Chercheur principal	
No de compte	

### MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au Comité qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique. Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au Comité.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. **Puisque votre projet bénéficie d'un certificat d'éthique depuis cinq ans et plus, le CÉR vous demandera de déposer à nouveau l'ensemble de votre projet aux fins d'une réévaluation complète l'an prochain.** Cette mesure vise à s'assurer que votre projet, après plusieurs années, répond encore dans sa totalité aux normes actuelles qui prévalent en éthique de la recherche. Les modalités de ce suivi vous seront communiquées en temps opportun. /

[REDACTED]  
Responsable de l'évaluation éthique continue  
Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)  
Université de Montréal

31 août 2020	1er septembre 2021
Date de délivrance du renouvellement ou de la réémission*	Date du prochain suivi
16 juillet 2014	1er septembre 2021
Date du certificat initial	Date de fin de validité

\*Le présent renouvellement est en continuité avec le précédent certificat

Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé  
(CERSES)

### CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

- 4<sup>ème</sup> renouvellement -

Le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES), selon les procédures en vigueur et en vertu des documents relatifs au suivi qui lui a été fournis conclut qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal

Projet	
Titre du projet	Situations d'intimidation sous-jacentes à la pratique et à la formation infirmière au Québec: coconstruction théorique (Titre initial: Violence intraprofessionnelle infirmière en contexte communautaire québécois: Un modèle théorique)
Étudiante requérante	Hélène Durocher [redacted] Candidate au Ph. D. en sciences infirmières, Faculté des sciences infirmières
Sous la direction de	Chantal Caux, professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Note :	Modification au titre (Oct. 2016 et avril 2018). Retrait co-direction (avril 2018)
Financement	
Organisme	Non financé
Programme	
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	
Chercheur principal	
No de compte	

#### MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au Comité qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique. Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au Comité.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du Comité.



Conseillère en éthique de la recherche  
Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)  
Université de Montréal

<b>1er août 2019</b> Date de délivrance du renouvellement ou de la réémission*	<b>1er septembre 2020</b> Date du prochain suivi
<b>16 juillet 2014</b> Date du certificat initial	<b>1er septembre 2020</b> Date de fin de validité

\*Le présent renouvellement est en continuité avec le précédent certificat

adresse postale  
C.P. 6126, succ. Centre-ville  
Montréal QC H3C 3J7

3333 Queen-Mary  
2e étage, bur. 220-3  
Montréal QC H3V 1A2

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604  
cereses@umontreal.ca  
www.cereses.umontreal.ca

**CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE**

- 3<sup>ème</sup> renouvellement -

*Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES), selon les procédures en vigueur et en vertu des documents relatifs au suivi qui lui a été fournis conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal*

Projet	
Titre du projet	<b>Modélisation de l'intimidation entre infirmières québécoises selon une perspective interactionniste-critique constructiviste (Titre initial: Violence intraprofessionnelle infirmière en contexte communautaire québécois: Un modèle théorique)</b>
Étudiante requérante	<b>Hélène Durocher</b> [redacted] Candidate au Ph. D. en sciences infirmières, Faculté des sciences infirmières
Sous la direction de	Chantal Caux, professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal [redacted]
Note :	Modification au titre (Oct. 2016)
Financement	
Organisme	Non financé
Programme	
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	
Chercheur principal	
No de compte	

**MODALITÉS D'APPLICATION**

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CERES qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique. Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CERES.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CERES.

[redacted]

Conseiller en éthique de la recherche.  
Comité d'éthique de la recherche en santé  
Université de Montréal

<b>11 avril 2018</b> Date de délivrance du renouvellement ou de la réémission*	<b>1er mai 2019</b> Date du prochain suivi
<b>16 juillet 2014</b> Date du certificat initial	<b>1er mai 2019</b> Date de fin de validité

\*Le présent renouvellement est en continuité avec le précédent certificat

**CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE**  
- 2ième renouvellement -

*Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES), selon les procédures en vigueur et en vertu des documents relatifs au suivi qui lui a été fournis conclut qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal*

Projet	
<b>Titre du projet</b>	<b>Modélisation de l'intimidation entre infirmières québécoises selon une perspective interactionniste-critique constructiviste (Titre initial: Violence intraprofessionnelle infirmière en contexte communautaire québécois: Un modèle théorique)</b>
<b>Étudiante requérante</b>	<b>Hélène Durocher</b> [redacted] Candidate au Ph. D. en sciences infirmières, Faculté des sciences infirmières
Sous la direction de	Chantal Caux, professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal [redacted]

Note : Modification au titre (Oct. 2016)

Financement	
Organisme	Non financé
Programme	
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	
Chercheur principal	
No de compte	

**MODALITÉS D'APPLICATION**

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CERES qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique. Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CERES.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CERES.

[redacted] Conseiller en éthique de la recherche. Comité d'éthique de la recherche en santé Université de Montréal	<b>19 octobre 2016</b>	<b>1er novembre 2017</b>
	Date de délivrance du renouvellement ou de la réémission*	Date du prochain suivi
	<b>16 juillet 2014</b>	<b>1er novembre 2017</b>
	Date du certificat initial	Date de fin de validité

\*Le présent renouvellement est en continuité avec le précédent certificat

Comité d'éthique de la recherche en santé

**CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE**  
**- 1er renouvellement -**

*Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES), selon les procédures en vigueur et en vertu des documents relatifs au suivi qui lui a été fournis conclut qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal*

Projet	
<b>Titre du projet</b>	<b>Violence intraprofessionnelle infirmière en contexte communautaire québécois: Un modèle théorique</b>
<b>Étudiante requérante</b>	<b>Hélène Durocher</b> [redacted] Candidate au Ph. D. en sciences infirmières, Faculté des sciences infirmières
<b>Sous la direction de</b>	Chantal Caux, professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal [redacted]

Financement	
<b>Organisme</b>	Non financé
<b>Programme</b>	
<b>Titre de l'octroi si différent</b>	
<b>Numéro d'octroi</b>	
<b>Chercheur principal</b>	
<b>No de compte</b>	

**MODALITÉS D'APPLICATION**

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CERES qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique. Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CERES.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CERES.

[redacted] Conseiller en éthique de la recherche. Comité d'éthique de la recherche en santé Université de Montréal	<b>2 octobre 2015</b>	<b>1er novembre 2016</b>
	Date de délivrance du renouvellement ou de la réémission*	Date du prochain suivi
	<b>16 juillet 2014</b>	<b>1er novembre 2016</b>
	Date du certificat initial	Date de fin de validité

\*Le présent renouvellement est en continuité avec le précédent certificat

Comité d'éthique de la recherche en santé

### CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

Projet	
Titre du projet	Violence intraprofessionnelle infirmière en contexte communautaire québécois: Un modèle théorique
Étudiante requérante	Hélène Durocher [redacted] Candidate au Ph. D. en sciences infirmières, Faculté des sciences infirmières
Sous la direction de	Chantal Caux, professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal [redacted]

Financement	
Organisme	Non financé
Programme	
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	
Chercheur principal	
No de compte	

#### MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CERES qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CERES

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CERES.



Comité d'éthique de la recherche en santé  
Université de Montréal

16 juillet 2014  
Date de délivrance

1er août 2015  
Date de fin de validité

adresse postale  
C.P. 6128, succ. Centre-ville  
Montréal QC H3C 3J7

3744 Jean-Brillant  
4e étage, bur. 430-11  
Montréal QC H3T 1P1

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604  
ceres@umontreal.ca  
www.ceres.umontreal.ca

## Annexe M : Consentement pour e-témoignages

---

Bonjour Madame ou Monsieur (le nom sera personnalisé)

Le (date) dernier, vous m'avez acheminé via mon courriel [helene.durocher.1@umontreal.ca](mailto:helene.durocher.1@umontreal.ca) un (témoignage, récit, commentaire : à préciser en fonction de la nature du courriel reçu) en lien avec un (ou plusieurs) événement (s) de violence intraprofessionnelle vécu(s) à titre d'infirmière dans le cadre de votre travail. Sachez que j'apprécie grandement votre démarche ainsi que la confiance que vous me faites en me partageant votre expérience vécue.

Votre (témoignage, récit, commentaire) est très pertinent et il présente une grande richesse d'informations pour mon étude intitulée « Violence intraprofessionnelle infirmière en contexte communautaire Québécois : un modèle théorique ».

Toutefois, pour que je puisse utiliser votre (témoignage, récit, commentaire) j'ai besoin de votre autorisation. En effet, dans un contexte de recherche, il est très important de protéger les participants contre toutes formes de préjugés en respectant notamment le protocole de recherche approuvé par un comité d'éthique. Dans mon cas, il s'agit du comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) de l'Université de Montréal et mon numéro de projet est le 14-081-CERES-D.

Ainsi, si vous êtes d'accord, pourriez-vous simplement répondre à ce courriel en confirmant que vous acceptez que j'utilise votre (témoignage, récit commentaire) dans le cadre de ma recherche. Soyez bien à l'aise, vous êtes libre d'accepter ou de refuser. J'aimerais vous assurer que je n'utiliserai pas les informations contenues dans le courriel que vous m'avez acheminé tant que je n'aurai pas reçu votre autorisation en réponse à ce courriel.

J'aimerais préciser que les informations fournies seront traitées et entreposées de manière entièrement confidentielle. Je suis d'ailleurs la seule personne qui a accès au contenu de votre courriel (informations personnelles).

Si vous souhaitez recevoir, à la fin de l'étude, un résumé des résultats, dites-le-moi dans ce même courriel et c'est avec plaisir que je donnerai suite à cette demande.

Si vous avez des questions, n'hésitez surtout pas à me contacter à mon adresse courriel [helene.durocher.1@umontreal.ca](mailto:helene.durocher.1@umontreal.ca)