

Université de Montréal

**Proposition d'une perspective disciplinaire pour
l'exploration de facteurs organisationnels influençant la
violence horizontale chez les infirmières**

par

Mélina Royal

Université de Montréal

Faculté des sciences infirmières

Travail dirigé présenté à la Faculté des cycles supérieurs
en vue de l'obtention du grade
de Maîtrise ès sciences
option expertise-conseil en soins infirmiers

Juin 2014

© Mélina Royal, 2014

Faculté des études supérieures

Ce travail dirigé intitulé :

Proposition d'une perspective disciplinaire pour l'exploration de facteurs organisationnels influençant la violence horizontale chez les infirmières

Présenté par :

Mélina Royal

Au jury composé des membres suivants :

Madame Line Beaudet, inf., Ph.D., directrice de maîtrise,

Madame Sylvie Dubois, inf., Ph.D., co-directrice de maîtrise

et Madame Chantal Cara, inf., Ph.D., présidente du jury et vice-doyenne
aux études supérieures

Juin 2014

Résumé

Une analyse intégrative et critique des études de la dernière décennie entourant la violence horizontale (VH) chez les infirmières soignantes et les cadres théoriques sous-jacents a été menée. De cette analyse, il ressort que la VH chez les infirmières soignantes devrait être prévenue par des interventions ciblant des facteurs présents dans le milieu de travail vu sa prévalence importante, ses actions négatives variées et ses conséquences nombreuses sur les infirmières ciblées, les patients et l'organisation de soins. Toutefois, un manque de connaissances entourant les facteurs d'influence organisationnels et l'absence d'un cadre théorique favorisant leur exploration demeurent. Ceci pourrait restreindre le développement de stratégies efficaces de prévention de la VH au sein des établissements de santé. Un cadre théorique permettant la compréhension et la contribution de ces facteurs est essentiel et serait profitable aux gestionnaires de soins et aux chercheurs afin d'orienter le choix des stratégies organisationnelles à mettre en application. Un cadre infirmier assurerait une cohérence disciplinaire tant pour les utilisateurs que pour le transfert de connaissances dans les milieux de soins. À cet effet, la «théorie sur la diversité et l'universalité des soins culturels» élaborée par Leininger (1988; 2001; 2006; 2010) assortie du *Sunrise Model* (Leininger, 2001) sont proposés et privilégiés pour l'exploration de facteurs organisationnels qui influencent la VH chez les infirmières soignantes.

Mots clés : Violence horizontale, Infirmières, Facteurs organisationnels, Prévention, Cadres théoriques, Perspective disciplinaire infirmière, Leininger, Analyse intégrative

Summary

An integrative and critical analysis of the last decade's studies regarding horizontal violence (HV) among staff nurses and their underlying theoretical frameworks was conducted. Following this analysis, it has become clear that HV among nurses should be prevented with interventions held within the work environment because of its important prevalence, the variety of negative actions and their multiple consequences for the nurses, the patients and the healthcare organization. However, a lack of knowledge regarding organizational factors of influence as well as the absence of an optimal theoretical framework to explore them, remain. This constitutes an obstacle to the development of effective prevention strategies in the health establishments. Therefore, a theoretical framework that allows the comprehension and contribution of those factors should be made available to researchers and nursing managers in order to orient the choice of prevention strategies to deploy. A nursing framework would ensure a disciplinary coherence for its users and the transfer of knowledge in the healthcare environments. The «Culture Care Diversity and Universality theory» elaborated by Leininger (1988; 2001; 2006; 2010) along with the *Sunrise Model* (Leininger, 2001) are proposed and privileged as a disciplinary perspective for the exploration of organizational factors that influence horizontal violence among staff nurses.

Keywords: Horizontal violence, Nurses, Organizational Factors, Prevention, Theoretical frameworks, Nursing perspective, Leininger, Integrative analysis

Table des matières

Liste des tableaux.....	v
Liste des figures.....	vi
Liste des abréviations.....	vii
Dédicace.....	viii
Remerciements.....	ix
Introduction.....	1
Problématique.....	3
Démarche méthodologique.....	10
Démarche de recherche documentaire.....	11
Démarche d'analyse documentaire.....	12
Revue intégrative et critique des écrits.....	14
Définition de la violence horizontale.....	15
Prévalence de la violence horizontale.....	16
Manifestations de la violence horizontale.....	22
Conséquences de la violence horizontale.....	24
Conséquences chez les victimes.....	24
Conséquences pour l'établissement de soins.....	25
Conséquences sur la qualité et la sécurité des soins.....	26
Facteurs contribuant à la violence horizontale.....	27
Facteurs prévenant et réduisant la violence horizontale.....	29
Synthèse de la revue intégrative des écrits empiriques.....	33
Cadres de références employés dans les études sur la violence horizontale.....	36
Pédagogie des opprimés (Freire, 1974).....	36
Apprentissage social (Bandura, 1971).....	40
Leadership transformationnel (MacGregor Burns, 1978).....	43
Déséquilibre entre efforts et récompenses au travail (Siegrist, 1996).....	46
Identité sociale et le soutien de groupe (Haslam, Reicher, & Levine, 2012).....	49
Phénoménologie de la perception (Merleau-Ponty, 1945).....	50
Synthèse de la revue intégrative des écrits théoriques.....	53

Proposition d'une perspective disciplinaire pour l'exploration de facteurs organisationnels influençant la VH chez les infirmières soignantes.....	54
La théorie sur la diversité et l'universalité des soins culturels (Leininger, 1988; 2001; 2006; 2010).....	57
Description du <i>Sunrise Model</i> (Leininger 2001).....	62
Discussion.....	66
Conclusion.....	70
Références.....	72
Annexe A : Figure 1 : Illustration de la démarche de recherche documentaire des écrits empiriques.....	78
Annexe B : Tableaux des cadres théoriques employés pour l'étude de la violence horizontale chez les infirmières soignantes	80
Annexe C : Autorisation d'emploi et de traduction du <i>Sunrise Model</i> (Leininger, 2001).....	87
Annexe D : Figure 2 : <i>Sunrise Model</i> (Leininger, 2001).....	89
Annexe E : Figure 3 : <i>Sunrise Model</i> (Leininger, 2001). [Traduction libre autorisée] par Mélina Royal (2014).....	91

Liste des tableaux

Tableaux des cadres théoriques employés pour l'étude de la violence horizontale chez les infirmières soignantes	80
Pédagogie des opprimés (Freire, 1974).....	81
Apprentissage social (Bandura, 1971).....	82
Leadership transformationnel (MacGregor Burns, 1978).....	83
Déséquilibre entre efforts et récompenses au travail (Siegrist, 1996).....	84
Identité sociale et le soutien de groupe (Haslam, Reicher, & Levine, 2012).....	85
Phénoménologie de la perception (Merleau-Ponty, 1945).....	86

Liste des figures

Figure 1 : Illustration de la démarche de recherche documentaire des écrits empiriques.....	78
Figure 2 : <i>Sunrise Model</i> (Leininger, 2001).....	89
Figure 3 : Sunrise Model (Leininger, 2001). [Traduction libre autorisée] par Mélina Royal (2014).....	91

Liste des abréviations

AICU : Assistante-infirmière-chef d'unité

BBSQ : *Briles' Sabotage Savvy Quiz*

CSST : Commission de la santé et de la sécurité au travail

DRH : Directeur des ressources humaines

DSI : Directrice des soins infirmiers

HV : *Horizontal violence*

ICU : Infirmière-chef d'unité

OIIQ : Ordre des infirmiers et infirmières du Québec

OMS : Organisation mondiale de la santé

NAQ : *Negative Acts Questionnaire*

NAQ-R : *Negative Acts Questionnaire-Revised*

NWS : *12-item Nurses Workplace Scale*

PAE : Programme d'aide aux employés

VH : Violence horizontale

WVE : *Workplace Violence Events*

À mes enfants, mes trois amours.

*Espérant ainsi vous inculquer que l'effort et la
persévérance sont garants de réussite et de fierté.*

Remerciements

Mes études de deuxième cycle furent ponctuées de quelques obstacles. Ceux-ci furent surmontés avec l'aide de membres de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal compétents et faisant preuve de *caring*, de mon extraordinaire conjoint et de mes chères amies.

D'abord, je remercie de tout cœur Pr Chantal Cara, qui a cru en mon potentiel pour les études supérieures et qui m'a mis en contact avec Pr Line Beaudet et Pr Sylvie Dubois, celles qui deviendraient ma directrice et ma co-directrice de maîtrise respectivement. De plus, Pr Cara a généreusement accepté d'être membre du comité d'approbation et du jury de mon travail dirigé. Son implication a donc été déterminante dans le déroulement et l'aboutissement de mon projet d'étude. Je souhaite aussi exprimer ma profonde gratitude à Pr Beaudet et Pr Dubois pour m'avoir accueillie et guidée efficacement et respectueusement. Elles m'ont toujours fait sentir que mon projet d'études était une priorité. Ainsi, une solide relation de confiance a pu s'établir entre nous. Également, ayant à cœur le travail rigoureux, elles m'ont enseigné les meilleures méthodes de travail pour ensuite n'exiger rien de moins qu'un excellent travail dirigé. Je les en remercie, car je ressens aujourd'hui une grande satisfaction en déposant ce travail.

Ensuite, je tiens à remercier mon conjoint de m'avoir offert son amour et son soutien sans relâche. Désormais, je suis heureuse de le savoir fier de moi.

Enfin, je suis reconnaissante envers mes deux bonnes amies- vous savez qui vous êtes- avec qui j'ai pu construire de beaux souvenirs d'étudiante et une amitié durable.

Encore une fois, veuillez tous accepter mes plus sincères et chaleureux remerciements.

Introduction

La violence horizontale (VH) est un problème qui fait partie du quotidien d'un grand nombre d'infirmières soignantes (Sellers, Ward, Millenbach, & Scribani, 2012; Simons, Stark, & DeMarco, 2011; Topa, & Moriano, 2013; Walfaren, Brewer, & Mulvenon, 2012). Pourtant, la VH demeure méconnue des infirmières et des gestionnaires de soins et les facteurs organisationnels qui y contribuent ont rarement été examinés. Par conséquent, la VH n'est que peu ciblée par des interventions de prévention.

La VH a des répercussions sur l'infirmière visée, mais également sur les patients et sur l'organisation de soins (Griffin, 2004; Lindy & Schaefer, 2010; Purpora, 2010). Ainsi, il est essentiel de mieux comprendre la VH chez les infirmières soignantes et les facteurs organisationnels l'influençant afin de mieux y répondre. De ce fait, il s'est avéré indispensable de recenser et d'analyser les études menées sur la VH ainsi que les cadres de référence ayant été employés dans les études répertoriées. Cet exercice a permis d'émettre une proposition d'utilisation d'une perspective disciplinaire pour l'exploration des facteurs organisationnels qui influencent la VH chez les infirmières soignantes. La problématique présentée dans la prochaine section décrit plus explicitement le raisonnement qui a justifié ce travail dirigé.

Problématique

La VH chez les infirmières soignantes est un phénomène qui a été défini et décrit de multiples manières par les auteurs au cours de la dernière décennie. Bien que la définition de la VH ne fasse pas l'unanimité, elle est le plus souvent entendue comme étant des actions négatives venant d'une collègue envers une autre collègue (Bartholomew, 2006; Jonhson, 2009; Katrinli, Atabay, & Gunay, 2010; Longo & Sherman, 2007; Purpora, Blegen, & Stotts, 2012; Sheridan-Loes, 2008). Elle a lieu entre deux individus détenant des postes ou des statuts similaires au sein d'un établissement (Miller & Hartung, 2011). Dans le cadre de ce travail dirigé, seules les infirmières soignantes ont été considérées.

Les études menées sur la VH chez les infirmières soignantes se sont multipliées au cours de la dernière décennie. Cependant, à notre connaissance, il n'existe pas jusqu'à présent de revue intégrative et critique des écrits empiriques portant sur ce phénomène d'intérêt social et de santé. Par ailleurs, à ce jour, les chercheurs se sont surtout intéressés à la prévalence de la VH ainsi qu'à l'identification des manifestations et des conséquences les plus communes. Rares sont ceux qui ont tenté d'identifier les facteurs organisationnels pouvant l'influencer que ce soit de manière positive ou négative.

En ce qui concerne la prévalence de la VH, mentionnons qu'elle a été examinée lors d'études menées principalement aux États-Unis (Griffin, 2004; McKenna, Smith, Poole, & Coverdale, 2003; Purpora et al., 2012; Sellers et al., 2012; Simons et al., 2011; Walfaren et al., 2012) et à notre connaissance, une seule fois au Québec (Lemelin, 2004). En dépit de ces études, il est difficile d'obtenir un portrait clair de la prévalence de la VH. Cependant, chose certaine, les infirmières œuvrant dans les hôpitaux incluant ceux du Québec n'y échappent pas. Dans une étude quantitative descriptive réalisée par Lemelin

(2004), 65,9% des participantes ont rapporté en avoir été victime. Ceci étant dit, il n'y a pas que la prévalence de la VH qui soit alarmante. En effet, l'éventail des manifestations de VH répertoriées dans les études recensées s'avère également préoccupant.

Les manifestations de la VH qui ont été rapportées dans les études peuvent être regroupées selon la forme que l'action négative revêt au plan physique, sexuel et le plus souvent psychologique. Les exemples les plus fréquents de cette dernière forme de VH comprennent les insinuations non verbales, la rétention d'information importante, les menaces de blesser et la destruction de biens personnels (Griffin, 2004; Lemelin, 2004). Ces manifestations entraînent des conséquences nombreuses et parfois sévères pour les infirmières qui sont touchées.

Plusieurs conséquences physiques, psychologiques et professionnelles de la VH sur les infirmières ciblées ont été rapportées dans les études recensées. Les conséquences physiques incluent de multiples symptômes allant de la fatigue à l'angine (McKenna et al., 2003). Les impacts psychologiques sont fréquents et comportent des sentiments de honte et de culpabilité ainsi que la dépression nécessitant parfois la prise d'antidépresseurs (Eggerston, 2011). De plus, les effets de la VH sur le développement professionnel de l'infirmière ont été soulevés par Griffin (2004). Par exemple, les victimes de VH évitaient de poser des questions à leurs collègues, ce qui avait pour résultat de limiter leurs apprentissages. Par ailleurs, des conséquences pour les patients et pour l'établissement de soins ont également été rapportées par les auteurs et sont tout autant inquiétantes. En effet, la VH engendrerait une moindre qualité et sécurité des soins dispensés aux patients dû au manque de collaboration et au bris de communication entre collègues (McKenna et al., 2003) ainsi qu'à l'augmentation des accidents et des

erreurs commises par les infirmières (Purpora, 2010). Enfin, pour l'organisation, la VH entraîne des coûts liés à un roulement élevé de personnel ainsi qu'à des absences pouvant également contribuer à la pénurie des infirmières que l'on connaît (Lindy & Schaefer, 2010) et à une moindre qualité des soins. D'où la nécessité de s'intéresser au phénomène de la VH dans ce travail dirigé.

Malgré l'importance de ces résultats, les études ayant porté sur les facteurs organisationnels qui pourraient être ciblés pour prévenir la VH sont peu nombreuses. De plus, rares sont les chercheurs qui ont développé et évalué des interventions visant à prévenir la VH.

L'étude exploratoire quantitative dirigée par Katrinli et al. (2010) ainsi que l'étude corrélationnelle de Purpora et al. (2012) ont révélé que le besoin de détenir du pouvoir sur les individus et sur l'organisation pourrait expliquer la VH chez les infirmières soignantes. De plus, l'étude ethnographique menée par St-Pierre (2012), l'étude qualitative exploratoire de Griffin (2004) et l'étude corrélationnelle de Mallette, Duff, McPhee, Pollex et Wood (2011) se sont particulièrement intéressés aux facteurs pouvant prévenir la VH chez les infirmières soignantes. Les résultats de leur étude rapportent des avantages associés à des formations sur la VH offertes aux infirmières soignantes par les établissements de soins. Celles-ci pourraient contribuer à l'*empowerment* des participantes. Toujours selon St-Pierre (2012), les gestionnaires qui adopteraient une approche proactive pourraient constater une moindre prévalence de la VH dans leur unité des soins. Enfin l'étude exploratoire de Topa et Moriano (2013) suggère que le stress lié au travail pourrait contribuer à la VH chez les infirmières soignantes, mais que le

sentiment d'appartenance au groupe ainsi que le soutien des membres aurait un effet modérateur tant sur la VH que sur ses impacts chez la personne visée.

En somme, des facteurs organisationnels semblent influencer l'incidence et les conséquences de la VH chez les infirmières soignantes. Cependant, le manque de connaissances entourant ces facteurs demeure et devrait être comblé de manière prioritaire afin de cerner et de développer les stratégies organisationnelles de prévention de la VH les plus prometteuses (Katrinli et al., 2010; McKenna et al., 2003; St-Pierre, 2012). Pour ce faire, des auteurs (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007; Patton, 2002; Sidani & Braden, 2011) soulignent l'importance de retenir un cadre de référence théorique afin de guider la conception d'une telle étude et de développer une meilleure compréhension d'un problème et des facteurs en cause en plus de faciliter les interactions entre les chercheurs qui l'emploient. C'est pourquoi nous avons aussi entrepris l'analyse critique des cadres de référence dans les études répertoriées portant sur la VH chez les infirmières soignantes.

À notre connaissance, six cadres de référence ont été retenus par les chercheurs ayant étudié la VH chez les infirmières soignantes. Il s'agit de la «Pédagogie des opprimés» (Freire, 1974), de la «Théorie de l'apprentissage social» (Bandura, 1971), du «Leadership transformationnel» (MacGregor-Burns, 1978), du «Déséquilibre entre efforts et récompenses au travail» (Siegrist, 1996), de «L'identité sociale et le soutien de groupe» (Haslam, Reicher, & Levine, 2012) et de «La phénoménologie de la perception» (Merleau-Ponty, 1945). Toutefois, selon nous, aucun auteur n'a répertorié, ni analysé les cadres théoriques utilisés par les chercheurs dans leur étude entourant la VH chez les

infirmières soignantes. De plus, il semble qu'aucun cadre théorique n'ait été sélectionné en vue d'examiner les facteurs organisationnels influençant la VH.

Buts

Compte tenu des considérations précédentes, ce travail dirigé a pour buts de :

- 1) présenter une revue intégrative et critique des écrits empiriques de la dernière décennie entourant la VH chez les infirmières soignantes de même que des cadres théoriques employés dans les études répertoriées.
- 2) proposer l'utilisation d'une perspective disciplinaire pour l'exploration des facteurs organisationnels influençant la VH chez les infirmières soignantes.

Les objectifs qui découlent de ces buts sont présentés dans la section du travail dirigé qui suit.

Objectifs et sous-objectifs

- 1) Effectuer une revue intégrative et critique des écrits empiriques de la dernière décennie entourant la VH chez les infirmières soignantes en vue de :
 - a) clarifier la définition de la VH;
 - b) tracer un portrait de la prévalence de la VH;
 - c) identifier les principales manifestations de la VH;
 - d) répertorier les conséquences de la VH pour les infirmières ciblées, les patients et les organisations de soins;
 - e) examiner les facteurs organisationnels qui semblent influencer la VH;
- 2) Effectuer une revue intégrative et critique des cadres théoriques retenus par les chercheurs dans les études répertoriées portant sur la VH chez les infirmières soignantes.

- 3) Discuter les résultats des analyses présentées.
- 4) Proposer l'utilisation d'une perspective disciplinaire pour l'exploration de facteurs organisationnels influençant la VH chez les infirmières soignantes.

L'atteinte des buts et des objectifs fixés a été assurée par la démarche méthodologique détaillée dans la section suivante.

Démarche méthodologique

Cette section du travail dirigé présente les démarches de recherche documentaire et d'analyse critique inspirées de la méthode de revue intégrative des écrits proposée par Whitemore et Knalf (2005).

Démarche de recherche documentaire

1) Revue intégrative et critique des écrits empiriques entourant la VH chez les infirmières soignantes

Comme le suggèrent Whitemore et Knalf (2005), plusieurs stratégies ont été employées et documentées pour assurer la rigueur et la qualité de la démarche de recherche documentaire. La revue intégrative et critique des écrits empiriques entourant la VH chez les infirmières soignantes a d'abord été effectuée dans les bases de données CINAHL, PsycINFO et Medline, celles-ci ayant été identifiées comme étant les plus appropriées par l'étudiante et le service de documentation. Les mots clés qui ont été employés sont les suivants : *horizontal violence*, *lateral violence* et *bullying*. Pour s'assurer de la pertinence de la recherche au contexte infirmier, les mots *nurses* et *nursing* ont été retenus. Une figure illustrant la démarche de recension des écrits empiriques est présentée à l'annexe A. Seules les études examinant la VH chez les infirmières soignantes ont été sélectionnées. Elles devaient également avoir été rédigées en français ou en anglais et avoir été publiées entre 2004 et 2014 sous forme d'articles, de mémoire de maîtrise ou de thèse doctorale. Ensuite, les listes de référence des études sélectionnées ont été examinées ce qui a permis de repérer quelques études pertinentes supplémentaires. Enfin, un mémoire de maîtrise mené au Québec et satisfaisant à nos critères de sélection a été trouvé à l'aide du catalogue Atrium de l'Université de Montréal.

La lecture des résumés repérés a permis d'identifier les études pertinentes. Ces dernières ont été lues à quelques reprises et une analyse critique en a été faite. Des fiches de lecture ont également été rédigées rigoureusement afin de mettre en évidence les principaux concepts abordés dans les articles portant sur la VH tel que le proposent Whittemore et Knafl (2005) (définition, prévalence, manifestations, conséquences et facteurs d'influence), d'apprécier le choix de la méthodologie, du cadre de référence employé, s'il y a lieu, et de la discussion offerte par les auteurs. Cette démarche a permis de cerner les forces et les limites de chacune des études et de faciliter certaines comparaisons entre elles (Whittemore & Knafl, 2005).

2) Analyse intégrative et critique des cadres théoriques retenus par les chercheurs dans les études répertoriées portant sur la VH chez les infirmières soignantes

D'abord, les écrits originaux de chacune des théories ont été repérés dans le catalogue Atrium. Ensuite, des articles écrits par des auteurs les ayant analysés ou par des chercheurs les ayant utilisés ont été recherchés. Ces écrits ont par la suite été analysés puis des fiches de lecture et des tableaux-synthèses ont été complétés pour chacune des théories selon les recommandations de Whittemore et Knafl (2005) (voir Annexe B). Ces derniers comportent les rubriques suivantes: auteur, titre, contexte de développement, perspective, courant philosophique, fondements, concepts centraux, forces et limites. Une réflexion sur l'utilité de chacune des théories pour l'exploration des facteurs qui influencent la VH entre les infirmières soignantes complète le tableau.

Démarche d'analyse de la documentation

La rigueur scientifique de la démarche d'analyse des écrits ainsi que la crédibilité et la fiabilité des démarches de recherche et d'analyse critique ont été assurées grâce à la

documentation du processus par l'étudiante et à la validation du contenu par des expertes (Patton, 2002; Whitemore & Knafl, 2005) soient, la directrice et la co-directrice. Cette triangulation constitue un moyen de confirmer la bonne compréhension des écrits lus et de l'analyse adéquate des écrits empiriques et théoriques retenus, puis de l'exactitude du contenu des fiches de lecture et des tableaux-synthèse faits par l'étudiante. Des discussions avec la directrice et la co-directrice ont ensuite eu lieu afin de clarifier ou de raffiner la synthèse et l'analyse des écrits au besoin. La triangulation devrait également avoir contribué à réduire les biais et les distorsions (Patton, 2002) pouvant provenir de leurs expériences personnelles comme infirmière soignante victime, témoin ou responsable de VH ou encore comme gestionnaires de soins ayant eu à intervenir dans une situation de VH.

La revue intégrative et critique des écrits présentée dans la prochaine section du travail dirigé est le résultat de cette démarche méthodologique.

Revue intégrative et critique des écrits

La revue intégrative et critique des écrits empiriques et théoriques est présentée en deux volets. Le premier aborde le concept central à l'étude, soit la VH chez les infirmières soignantes. Le deuxième expose les cadres de référence employés à ce jour dans les études répertoriées sur la VH chez elles.

Définition de la violence horizontale

La VH chez les infirmières soignantes est le phénomène central de cette revue des écrits. Ainsi, il est essentiel de débiter par une définition de ce concept.

Il y a absence de consensus concernant sa définition dans la littérature. Cependant plusieurs auteurs définissent la VH comme étant des actions négatives venant d'une collègue envers une autre collègue (Jonhson, 2009; Katrinli, Atabay, & Gunay, 2010; Purpora, Blegen, & Stotts, 2012). Une définition similaire, mais ajoutant une précision sur les personnes impliquées et la nature de leur relation est proposée par Miller et Hartung (2011). Selon ces auteurs, la VH a lieu entre deux individus ou groupes ayant des rôles ou des statuts similaires. Griffin (2004), fréquemment cité dans les écrits empiriques répertoriés, a pour sa part décrit précisément les actions négatives associées à la VH qu'elles soient dites ouvertes ou insidieuses afin d'en préciser les attributs. Elles incluent des actions telles l'affrontement verbal, le sabotage et le blâme. Outre les acteurs et les actions, plusieurs auteurs insistent sur les caractéristiques de la VH qu'ils considèrent essentielles. Par exemple, certains mettent l'accent sur la durée et la fréquence des actes de VH (Jackson, Firtco, & Edenborough, 2007; Johnson, 2009; Katrinli et al., 2010), d'autres sur le caractère intentionnel de l'acte posé (Katrinli et al., 2010; Purpora et al., 2012; Vessey, Demarco, & DiFazio, 2010) ou sur la différence de pouvoir perçue entre les acteurs (Griffin, 2004; Jonhson, 2009). Cependant, les avis

quant à la pertinence de ces caractéristiques sont partagés. Enfin, quoique l'environnement de travail soit reconnu comme un facteur déterminant dans l'émergence et le maintien du problème qui nous intéresse (Griffin, 2004; St-Pierre, 2012), les auteurs cités précédemment ne l'incluent pas dans la définition de la VH.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2002), la violence inclut les actes négatifs de violence verbale, physique, sexuelle et psychologique tels les menaces et l'intimidation. Ces actes entraînent parfois des conséquences peu visibles, mais compromettent le bien-être des victimes (OMS, 2002). L'état de bien-être n'étant appréciable que par soi-même, la définition de la violence adoptée par l'OMS (2002) souligne son caractère subjectif. D'après Stanley, Martin, Michel, Welton, et Nemeth (2007), cette caractéristique serait également applicable au concept de la VH. Selon cette hypothèse, ce qui constitue un acte de VH pour une infirmière ne l'est pas forcément pour toutes.

À la lumière de la définition de la violence proposée par l'OMS (2002), il ne serait pas souhaitable de limiter la VH uniquement à ses caractéristiques de durée, de fréquence, d'intentionnalité et de différence de pouvoir ou de l'identifier qu'à partir d'une liste d'actions les plus communes de VH, puisque ces conceptions ne reconnaissent pas le caractère subjectif de la VH. Par ailleurs, il apparaît également défavorable de retenir une définition centrée essentiellement sur les acteurs directement impliqués, car cela ne tient pas compte d'une diversité de facteurs de vulnérabilité contextuels liés au style de gestion et aux ressources organisationnelles reconnus par plusieurs experts comme pouvant contribuer à l'émergence et au maintien de la VH (Farrell, Bobrowski, & Bobrowski, 2006; Laschinger & Grau, 2012; St-Pierre, 2012). Ainsi, dans le cadre de ce

travail dirigé, la VH est définie comme une expérience unique résultant des perceptions d'une infirmière soignante face aux actions dites négatives provenant d'une ou d'autres infirmières soignantes avec qui elle travaille, de leurs conséquences sur son bien-être, de ses capacités à gérer ces actions ainsi que d'interactions avec son environnement de travail. Cette définition, nous semble-t-il, permettrait aux infirmières de mieux reconnaître la VH et de tenir compte des différents facteurs de l'environnement de travail qui peuvent y contribuer ou la prévenir.

L'expérience de la VH quelque soient les milieux de soins est de plus en plus reconnue par les chercheurs, les gestionnaires de soins et les infirmières, mais la mesure avec laquelle elle survient ne fait pas l'unanimité.

Prévalence de la violence horizontale

L'abondance des écrits publiés au cours 10 dernières années sur la VH chez les infirmières témoigne de l'importance du problème. Toutefois, les études en ayant mesuré la prévalence sont peu nombreuses. Parmi les études répertoriées, certaines mesurent la prévalence de chacune des actions négatives entre les infirmières. D'autres études rapportent spécifiquement des taux de prévalence de la VH chez les infirmières.

À notre connaissance, cinq études ont mesuré les taux de prévalence d'actions négatives entre des infirmières et ce, à l'aide de quatre instruments de mesure différents. Un sondage national mené par McKenna, Smith, Poole et Coverdale (2003) a permis de mesurer la prévalence d'actions négatives venant d'infirmières auprès d'un échantillon de 551 infirmières œuvrant dans divers milieux de soins de la Nouvelle-Zélande durant leur première année de pratique professionnelle. À cet effet, les chercheurs ont adopté un outil, préalablement conçu par Coverdale, Gale, Weeks et Turbott (2001), afin de mesurer

les conflits interpersonnels entre les patients et les résidents en médecine. Le nombre d'items compris dans le questionnaire n'est pas mentionné, mais ils comprenaient des actions de violence psychologique, physique et sexuelle. La prévalence des différentes actions négatives allait de 1% à 58%, parmi lesquelles se trouvaient particulièrement la dévaluation professionnelle et la négligence émotionnelle. Dans cette étude, 34% des répondantes ont identifié leur collègue comme étant la personne responsable de l'action négative. Étant donné la fréquence jugée importante des actions posées envers les infirmières nouvellement graduées, McKenna et al. (2003) conclut que le développement d'interventions de prévention primaire de la VH dans tout milieu de soin est essentiel.

Ayant retenu le *Briles' Sabotage Savvy Quiz* (BSSQ) (Briles, 1994), Sellers et al. (2012) ont mené une étude quantitative descriptive auprès de 2659 infirmières travaillant dans 19 hôpitaux syndiqués, non-syndiqués et *magnet* de l'État de New York. Les chercheurs ont rapporté des taux de prévalence d'actions négatives entre infirmières allant de 1,1% à 25,8% pour différentes actions subies dans les six derniers mois travaillés. L'absence de reconnaissance du travail accompli et le manque de soutien en sont des exemples particulièrement fréquents. Il ressort également de l'étude de Sellers et al. (2012) que les infirmières travaillant dans les centres hospitaliers non-syndiqués sont moins exposées à la VH que celles œuvrant dans les centres hospitaliers syndiqués. Les auteurs de cette étude concluent que la culture organisationnelle pourrait avoir un impact sur la prévalence de VH vécue par les infirmières.

Trois autres études, menées aux États-Unis et en Espagne, ont révélé des taux d'actions négatives entre infirmières beaucoup plus importants que dans les études décrites précédemment. En s'appuyant sur une adaptation du *Negative Acts*

Questionnaire-Revised (NAQ-R) (Einarsen & Hoel, 2001 dans Simons et al., 2011), Simons et al. (2011) ont mesuré les actions subies par 511 infirmières soignantes du Massachusetts au cours des six mois précédant l'étude. Les résultats révèlent des taux de prévalence de certaines actions négatives allant jusqu'à 71% dans le cas des actions d'intimidation. Le sarcasme et les taquineries sont aussi parmi les actions les plus rapportées. Seulement 6% des répondantes ont répondu n'avoir subi aucune des actions incluses dans le *NAQ-R*.

Walfaren et al. (2012) ont pour leur part développé leur propre questionnaire, *The Nine-Item Horizontal Violence Behavior Survey* afin de mesurer la prévalence des différentes actions négatives les plus communes entre des infirmières américaines œuvrant dans un centre hospitalier comprenant plusieurs établissements. Dans cette étude, jusqu'à 58,3% des 222 répondantes ont affirmé avoir été victimes d'actions négatives telles que l'affrontement verbal. Une proportion plus importante encore, jusqu'à 77%, d'entre elles en ont été témoin. Elles rapportent particulièrement le manque de respect pour la vie privée et les plaintes entendues au sujet d'une tierce infirmière. La période à l'étude n'est pas précisée.

Enfin, Topa et Moriano (2013) ont eu recours à la traduction espagnole du *Negative Acts Questionnaire (NAQ)* (Einarsen & Raknes, 1997) afin d'examiner la prévalence des actions négatives auprès de 388 infirmières soignantes œuvrant dans diverses unités de soins de deux gros hôpitaux de Madrid et Navarre. Les résultats de leur étude quantitative corrélationnelle ont révélé que 74,2% des répondantes ont été la cible d'actions négatives venant de collègues à une ou plusieurs reprises au cours des six mois qui ont précédé l'étude. La nature des actions commises n'est toutefois pas précisée.

Ainsi, les résultats venant des cinq études présentées précédemment peuvent constituer des indicateurs du taux de prévalence de chacune des actions négatives entre infirmières. De ces études, il ressort également que la VH est régulièrement vécue pas les infirmières nouvellement graduées (McKenna et al., 2003). De plus, on apprend que les infirmières travaillant dans un hôpital syndiqué seraient davantage touchées par la VH que celles œuvrant dans un hôpital ne l'étant pas. Ainsi, la culture de l'organisation jouerait un rôle dans la VH (Sellers et al., 2011). D'autres études ont plutôt mesuré la proportion des infirmières ayant rapporté une expérience de VH.

Une étude qualitative exploratoire a été menée par Griffin (2004) auprès de 26 infirmières ayant gradué il y avait moins d'un an et travaillant dans un centre hospitalier de Boston. Cette étude visait à mettre à l'essai et à évaluer une formation axée sur les réponses adéquates face aux dix manifestations de VH les plus fréquemment rencontrées. Lors d'une entrevue de groupe, il était entre autres demandé aux participantes de témoigner de leurs expériences en tant que témoin ou victime de VH depuis leur embauche. Il ressort que la majorité des infirmières interviewées ont été témoin de VH et que près de la moitié d'entre elles en ont été la cible. Face à une telle prévalence de la VH, Griffin (2004) souligne qu'il est important que les infirmières prennent des mesures pour contribuer à la réduction de la VH et propose une activité éducative pour y parvenir.

Une étude quantitative descriptive portant sur la violence au travail vécue par des infirmières soignantes de profils socioéconomique variés dans des hôpitaux des soins généraux et spécialisés du Québec a été menée par Lemelin en 2004. La prévalence de la VH a été mesurée l'aide d'un questionnaire, le *Workplace Violence Events* (WVE) élaboré et validé par Anderson (2002) puis traduit en français par Lemelin (2004). Ce

questionnaire comprend davantage d'items que ceux mentionnés dans les études précédentes, soit 29 items relatant des actions de violence physique, sexuelle et psychologique. De cette étude, il ressort que 65,9% des 181 infirmières répondantes ont rapporté avoir été victimes de VH au cours des trois derniers mois de travail. Ces résultats sont jugés alarmants par Lemelin (2004). Pour remédier à la violence au travail, elle suggère en premier lieu d'identifier les facteurs clés qui la préviennent. Enfin, elle invite les gestionnaires à employer des manières créatives de prévention du problème.

Un sondage réalisé par Stanley et al. (2007) auprès de 663 infirmières soignantes travaillant dans un hôpital tertiaire du sud-ouest des États-Unis, a mesuré la prévalence de la VH selon la perception des témoins. Les chercheurs ont élaboré un questionnaire en collaboration avec des gestionnaires et des cliniciens, le *Lateral Violence in Nursing Survey*. Il ressort que 65% des infirmières sondées ont identifié de la VH entre collègues. La période à l'étude n'est pas indiquée.

Finalement, un sondage de Purpora et al. (2012) visait à décrire la relation entre les croyances des infirmières au sujet du sentiment d'oppression et de son lien avec la VH. Pour y parvenir, les auteurs ont entre autres mesuré la prévalence de la VH chez des infirmières soignantes travaillant dans des hôpitaux de petite et moyenne capacité de la Californie. Chez les 175 infirmières ayant complété le *NAQ-R* (Einarsen & Hoel, 2001), il ressort que 21% d'entre elles ont dit avoir été victimes de VH au cours des six derniers mois. Plus précisément, les victimes ont rapporté avoir subi au moins deux actions de violence hebdomadaire. Contrairement à ce qui a été suggéré plus tôt, selon ces investigateurs, le nombre d'années d'expérience ne serait pas un prédicteur de la VH.

En somme, à partir des études répertoriées, il est difficile de tracer un portrait clair de la prévalence de la VH chez les infirmières et la comparaison des résultats entre les études est à faire avec prudence. Les variations observées dans le taux de prévalence de la VH chez les infirmières allant de 21% à 65,9% pourraient s'expliquer, entre autres, par des variations au plan de la taille et de la composition des échantillons. De plus, les définitions opérationnelles de la VH divergent chez les chercheurs. Concrètement, il y a parfois confusion sur la personne à la source de la violence qui, dans certains cas, occupe un poste hiérarchique différent de celui de la victime. Il y a également des différences dans les temps de mesure ainsi que dans les instruments retenus qui ne sondent pas les mêmes actions. Malgré ces divergences, de nombreux auteurs s'accordent sur le fait que le problème de la VH chez les infirmières est présent dans les environnements de soins et que davantage de recherches doivent être conduites afin de mieux connaître les facteurs qui influencent la VH (St-Pierre, 2012; Walrafen et al., 2012). La section suivante du travail expose les manifestations de la VH qui devraient être prévenues.

Manifestations de violence horizontale

Quelques études ont mis en évidence des manifestations de la VH chez les infirmières et contribuent ainsi à la reconnaissance du problème dans les milieux de soins.

S'appuyant entre autres sur l'étude de McKenna et al. (2003), Griffin (2004), dans son étude qualitative, a identifié plusieurs manifestations verbales et psychologiques de VH chez les infirmières. Notons les insinuations non-verbales, l'affrontement verbal, les actions visant à déstabiliser, la rétention d'information importante, le sabotage, les querelles, le blâme, l'hypocrisie, le non-respect de la vie privée et le bris d'une confiance. D'autres auteurs (Lemelin, 2004; Miller & Hartung, 2011; Purpora, 2012)

font état de manifestations visant à effrayer autrui telles les menaces de blesser et la destruction de biens personnels. Bien que rapportées moins fréquemment dans la littérature, ces actions demeurent troublantes pour les infirmières interviewées. McKenna et al. (2003) ainsi que Lemelin (2004) admettent aussi l'existence des manifestations physiques et sexuelles de la VH chez les infirmières et leur étude respective visait à les décrire et à en mesurer la prévalence. Du volet quantitatif de leur étude à devis mixte réalisée auprès de 551 infirmières, McKenna et al. (2003) ont mis à jour des manifestations de violence physique et sexuelle de la VH. Il ressort que 1 à 2% des infirmières ont été victimes d'assaut n'ayant pas nécessité une consultation médicale et qu'un autre 1 à 2% d'entre elles ont échappé à l'assaut. En ce qui a trait aux manifestations de violence sexuelle, 5% des répondantes ont rapporté avoir été la cible de propos à caractère sexuel et 1 à 2% d'entre elles ont mentionné avoir été victimes de harcèlement sexuel impliquant un contact physique. Pour sa part, Lemelin (2004) a rapporté d'autres manifestations physiques et sexuelles. Ainsi, entre 4,4% et 17,9% des infirmières interviewées ont rapporté des manifestations de violence physique incluant «être pris(e) par le bras ou les cheveux», «être poussé(e), bousculé(e) ou accroché(e)» et «être giflé(e)» (Lemelin, 2004, p. xxii). Les manifestations de violence sexuelle recensées comprennent le regard suggestif, l'offre d'un cadeau de nature sexuelle, le toucher inapproprié, l'invitation à avoir des contacts intimes, la verbalisation de fantasmes, le comportement exhibitionniste et la menace d'agression sexuelle.

En somme, les manifestations de VH décrites par Griffin (2004) illustrent plusieurs actions de violence verbale et psychologique entre les infirmières. De plus, les résultats des études de McKenna et al. (2003) et de Lemelin (2004) suggèrent également la

présence de manifestations de violence physique et sexuelle entre les infirmières. Toutes ces actions peuvent entraîner des conséquences néfastes chez les victimes ainsi que pour l'établissement de soins et sur la qualité et la sécurité des soins.

Conséquences de la VH

À ce jour, peu d'études ont documenté spécifiquement les conséquences de la VH chez les infirmières, notamment en ce qui a trait aux répercussions chez les victimes, pour l'établissement de soins ainsi que sur la qualité et la sécurité des soins. Cette section de la revue des écrits expose les résultats des études abordant ce sujet.

Conséquences chez les victimes. Les auteurs s'intéressant à la VH touchant les infirmières manifestent des inquiétudes dans les écrits quant à ses conséquences chez les victimes. Malgré la présence d'intérêt et de craintes, rares sont les auteurs ayant examiné et rapporté des conséquences psychologiques, physiques et professionnelles de la VH chez les infirmières. À notre connaissance, l'étude de McKenna et al. (2003) présentée précédemment est celle qui informe le plus sur les conséquences de la VH chez les victimes. Des participantes ont rapporté des conséquences physiques telles que la perte de poids, la fatigue, les céphalées, l'hypertension et dans un cas l'angine. De plus, lors de cette étude, 170 des 551 répondantes ont décrit l'épisode de VH leur ayant causé le plus de détresse. Plusieurs répondantes ont parlé de l'impact psychologique de la VH sur leur sentiment de confiance et leur estime de soi. D'autres ont abordé des sentiments de peur, d'anxiété, de tristesse, de colère et de dépression pour laquelle des antidépresseurs étaient parfois nécessaires. En contrepartie, cinq répondantes ont spontanément abordé les conséquences psychologiques positives suite à la résolution de leur expérience de VH. Elles ont rapporté se sentir plus fortes et sûres d'elles-mêmes. Elles se sont aussi dites

rassurées par le soutien reçu de leurs collègues. Ceci dit, les conséquences psychologiques négatives l'emportent largement sur les conséquences positives pour la majorité des victimes. Les auteurs soulignent que le développement d'interventions de prévention primaire de la VH doit retenir l'attention des gestionnaires et des chercheurs. De plus, un sondage mené par Eggertson (2011), auprès d'un nombre indéterminé d'infirmières, a fait ressortir d'autres conséquences qu'éprouvent des infirmières lorsqu'elles sont victimes de VH. Les plus rapportées sont les sentiments de culpabilité, de honte et de stress. Une répondante parle des conséquences chroniques liées à son expérience de VH. Elle explique que désormais, elle craint de commettre des erreurs ainsi que la reprise des actions négatives et la perte de son emploi.

Pour sa part, l'étude de Griffin (2004) citée précédemment informe sur les répercussions professionnelles de la VH. Quinze pourcent des infirmières nouvellement graduées victimes de VH (4/26) se sentaient craintives au moment de poser des questions à leurs collègues, ce qui aurait eu pour effet de limiter leurs apprentissages. De plus, on apprend que quatre des 26 infirmières interrogées ont dû être mutées à une autre unité de soins moins d'une année après le début de leur pratique professionnelle à cause de la VH.

Selon les auteurs, toutes ces conséquences chez les infirmières victimes de VH ont un impact sur l'établissement de soins ainsi que sur la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients.

Conséquences pour l'établissement de soins. Les auteurs consultés lient fréquemment la VH avec des conséquences néfastes pour l'établissement de soins (Longo et al., 2007; McKenna et al., 2003). La pénurie des infirmières est souvent attribuée en partie à la

présence de VH dans un environnement de travail. Toutefois, à notre connaissance, ce lien n'a été exploré que lors d'une seule étude.

Ainsi, Lindy et Schaefer (2010) ont mené des entrevues auprès de 20 gestionnaires d'unités de soins d'un hôpital du sud-ouest des États-Unis. Ces dernières ont exposé leurs observations concernant les répercussions de la VH sur l'établissement de soins. Elles ont noté un taux d'absentéisme plus élevé et un roulement du personnel infirmier important ayant pour impact de contribuer à la pénurie des infirmières. Les auteures recommandent que les chercheurs s'intéressent désormais aux perceptions qu'ont des gestionnaires de soins de leurs interventions en présence de VH. Ceci pourrait permettre d'identifier les interventions jugées efficaces et de formuler des pistes de solutions en ciblant un facteur organisationnel, soit le style de gestion de la VH dans le but de prévenir les conséquences pour l'établissement de soins.

Conséquences sur la qualité et la sécurité des soins. Bien que plusieurs auteurs avancent que la VH chez les infirmières puisse avoir des conséquences sur la qualité et la sécurité des soins, à notre connaissance, une seule étude avait pour objectif d'explorer cette relation.

Purpora (2010) a mené une étude doctorale descriptive qualitative qui visait à décrire les perceptions qu'ont des infirmières américaines sur leurs relations avec leurs collègues ainsi que sur le rapport entre ces relations et la qualité des soins. Les résultats de cette étude corroborent ceux de l'étude de McKenna et al. (2003). Selon les infirmières interviewées, la VH engendrerait une moindre qualité et sécurité des soins qui s'observe en particulier par les erreurs, les accidents et la piètre performance de l'infirmière. De plus, les résultats de l'étude de Purpora (2010) montrent que ces conséquences sur la

qualité et la sécurité des soins pourraient être liées à une mauvaise qualité de la relation entre les infirmières, à un manque de collaboration et à un bris de la communication entre collègues.

En somme, les conséquences de la VH chez les infirmières sont vraisemblablement nombreuses et sévères, mais encore peu étudiées. C'est pourquoi, il est de l'avis des chercheurs dans le domaine de la VH chez les infirmières qu'il est urgent de connaître davantage les facteurs qui y contribuent ainsi que ceux qui la préviennent afin de pouvoir y remédier ultérieurement par des interventions ciblées et pertinentes (Katrinli et al., 2010; Lemelin, 2004; Purpora et al., 2012).

Facteurs contribuant à la VH

Un nombre croissant de chercheurs se penchent sur le rôle des facteurs organisationnels dans la survenue de la VH chez les infirmières. Les résultats de notre analyse intégrative et critique des écrits révèlent que la théorie de l'oppression (Freire, 1974; Roberts, 1983) est dominante dans les écrits répertoriés. Celle-ci souligne que les infirmières souffrant de la domination d'autres groupes expriment leur frustration par de la violence entre elles.

Dans le cadre d'une étude corrélationnelle (Purpora et al., 2012), 175 infirmières recrutées dans divers milieux de soins de la Californie ont complété les questionnaires *NAQ-R* (Einarsen et al., 2009) pour mesurer les actions négatives venant de collègues et le *12-item Nurses Workplace Scale* (NWS) (DeMarco, Roberts, Norris, & McCurry, 2008) afin d'identifier les attitudes personnelles et les croyances contraignantes témoignant du sentiment d'oppression. Les résultats montrent que les sentiments d'oppression individuelle et de groupe seraient des prédicteurs de la VH. En d'autres

termes, les infirmières qui se voient comme opprimées se perçoivent davantage victimes de VH. Suite à cette étude, Purpora et al. (2012) s'interrogent sur les barrières organisationnelles qui nuisent à l'affirmation individuelle et collective des infirmières. Ces auteurs recommandent spécifiquement que les futures recherches visent les impacts que peuvent avoir différents facteurs individuels et organisationnels sur la VH.

Pour leur part, Katrinli et al. (2010) ont entrepris une étude exploratoire quantitative afin de connaître les points de vue d'infirmières sur les facteurs organisationnels et individuels associés à la VH chez les infirmières en Turquie. Les 232 répondantes avaient à identifier quels étaient les facteurs en cause pour chacune des cinq situations de VH présentées à partir d'une liste prédéterminées de facteurs. Le besoin de pouvoir de la personne responsable de l'action négative a été perçu comme étant le facteur individuel le plus important par les répondantes pour chacune des situations de VH. D'autres facteurs individuels ont été mentionnés, notamment les problèmes psychologiques et personnels des infirmières ayant posé des actions négatives. Parmi les facteurs organisationnels les plus fréquemment rapportés dans cette étude, il y avait la volonté de faire valoir son travail et le désir d'influencer les décisions organisationnelles ainsi que la distribution des ressources matérielles. Enfin, les répondantes ont aussi identifié le souhait de se voir confier certaines tâches, d'obtenir une promotion ou d'autres bénéfices personnels comme étant des facteurs organisationnels pertinents. Comme bien d'autres chercheurs, Katrinli et al. (2010) sont d'avis que davantage d'études doivent être menées afin de mieux comprendre la VH et les facteurs contributifs afin d'y trouver des solutions. Comme il est possible que d'autres informations pourraient être tirées des expériences de

VH des infirmières dans leur environnement de travail, il serait opportun de reprendre l'étude en omettant l'utilisation des vignettes et la liste prédéterminée de facteurs.

Enfin, l'étude de Topa et Moriano (2013) mentionnée précédemment visait à explorer les liens entre le stress lié au travail, le soutien de groupe et le sentiment d'appartenance au groupe avec la VH. Les résultats de celle-ci montrent que le stress lié au travail contribuerait à la VH. De plus, le sentiment d'appartenance au groupe et le soutien du groupe préviendraient la VH et ses conséquences néfastes et ce, même dans un environnement de travail qui est source de stress. Les auteurs recommandent donc que les infirmières puissent compter sur davantage de ressources pour gérer le stress lié au travail. Elles proposent également que des interventions soient menées au sein de l'unité de soins afin d'accroître le sentiment d'appartenance au groupe des infirmières soignantes et le soutien du groupe.

En bref, selon les résultats des études quantitatives de Purpora et al. (2012) et Katrinli et al. (2010), le besoin de détenir du pouvoir sur un individu ou dans l'organisation et le sentiment d'oppression seraient des facteurs individuels et organisationnels qui prédisposent à la VH chez les infirmières. Par ailleurs, il ressort de l'étude de Topa et Moriano (2013) que le stress lié au travail puisse y contribuer. Toutefois, des études adoptant une approche qualitative comprenant des questions ouvertes auraient peut-être mis en évidence d'autres facteurs individuels ou organisationnels contribuant à la VH.

Facteurs prévenant et réduisant la VH

À notre connaissance, outre l'étude de Topa et Moriano (2013) présentée dans la section précédente, seules trois études se sont attardées particulièrement aux facteurs prévenant la VH chez les infirmières (Griffin, 2004; Mallette et al., 2011; St-Pierre, 2012). La

première étude menée par Griffin (2004) et citée précédemment montre que des facteurs individuels, tels que les compétences interpersonnelles des infirmières et la connaissance de la VH, peuvent s'avérer importants afin de prévenir ou réduire l'occurrence de VH dans les milieux de soins. Dans cette étude, une formation a été offerte à 26 infirmières détenant leur diplôme professionnel depuis moins d'un an. Cette formation portait sur les dix manifestations les plus fréquentes de VH chez les infirmières et les meilleures manières d'y répondre ainsi que sur les comportements attendus de professionnels. Des aide-mémoire portant sur des stratégies facilitantes leurs étaient également remis. Un an plus tard, les participantes à l'étude ont été rencontrées de nouveau en entrevue de groupe afin d'évaluer l'utilité de la formation. Toutes les répondantes ont affirmé avoir confronté les infirmières responsables des actions négatives posées au cours de la dernière année. Quoique émotivement difficile à faire, la confrontation a été jugée utile afin de mettre fin à la VH. Aucune des répondantes ne mentionne s'être référée à son aide-mémoire au moment où elle rencontrait une action négative. Elles jugeaient qu'elles avaient suffisamment bien intégré son contenu lors de la formation. Certaines des participantes ont souligné que le fait de porter l'aide-mémoire sur elles, leur donnait un sentiment de sécurité et d'*empowerment*. Au terme de cette expérience, la majorité des infirmières interrogées étaient d'avis que la formation devrait être offerte à toutes les infirmières.

De son côté, l'étude descriptive à devis mixte menée par Mallette et al. (2011) avait pour but d'évaluer l'efficacité d'une nouvelle stratégie pédagogique afin de préparer les infirmières à répondre à la VH. Il s'agissait d'une expérience d'apprentissage par l'entremise d'un monde virtuel. L'efficacité de celle-ci a été comparée à celle obtenue

par l'usage de stratégies pédagogiques dites traditionnelles (cahier d'apprentissage et formation en ligne). Pour ce faire, 164 infirmières travaillant dans un hôpital tertiaire de Toronto ont été divisées en 5 groupes, dont un groupe contrôle. L'efficacité des stratégies de formation ont été mesurées pré et post formation à l'aide d'un questionnaire conçu par les chercheurs. Toutefois, en raison de limites méthodologiques, cette étude ne permet pas d'identifier la ou les stratégies pédagogiques les plus efficaces pour contrer la VH. Finalement, comme aucune mesure de prévalence de la VH n'a été prise, il est impossible de conclure que ces stratégies ont été efficaces pour prévenir la VH.

Enfin, l'étude ethnographique de St-Pierre (2012) avait pour but d'explorer les stratégies de prévention de la VH employées et jugées efficaces par 23 gestionnaires de soins œuvrant dans des hôpitaux ontariens. Lors d'entrevues semi-dirigées, des gestionnaires de soins ont expliqué que la résolution du problème de la VH chez les infirmières demande une vigilance constante qui s'exerce entre autres par une présence physique de la gestionnaire sur l'unité de soins en plus d'interventions de prévention. Une gestionnaire explique que l'*empowerment* des infirmières par l'éducation au sujet de la VH et l'offre d'outils pour y répondre rapidement et efficacement ont contribué au déclin de la VH dans son unité de soins (St-Pierre, 2012). Des détails concernant les outils employés ne sont malheureusement pas disponibles. D'autres répondantes ont exprimé que les victimes et les responsables de l'action devraient être encouragés à solutionner le problème par elles-mêmes dans les plus brefs délais (St-Pierre, 2012). Selon elles, cela serait la meilleure approche en présence de VH, car cette stratégie évite que les expériences de VH ne prennent plus d'ampleur. Dans ce cas, la gestionnaire s'implique davantage, au besoin seulement, en écoutant les deux parties concernées pour connaître

les différentes perspectives du problème. En dernier recours, elle peut faire appel à des ressources organisationnelles pour soutenir les parties impliquées et guider les interventions auprès d'elles. Ceci impliquerait toutefois, selon les répondantes, une intervention complexe et formelle qui occasionne des délais et peut nuire au processus de résolution du problème sous-jacent à la VH. Enfin, de l'avis des gestionnaires interrogées par St-Pierre (2012), le suivi auprès des deux parties est essentiel. D'abord, il faut interroger la victime et le ou la responsable de l'action négative de l'évolution de la situation. Ensuite, la description de la manifestation de VH et un plan d'action individualisé doivent être déposés au dossier de l'infirmière responsable de l'action de VH. Ceci dans le but d'assurer une cohérence dans les interventions auprès d'elle, particulièrement dans le cas d'une infirmière qui pose des actions de VH de manière répétitive ou grave. Si cette étude s'intéressait aux réponses des gestionnaires à la VH, St-Pierre (2012) reconnaît que l'implication de diverses ressources humaines de l'environnement de travail, soient les infirmières, les syndicats et le département des ressources humaines est nécessaire à la résolution de la VH.

En résumé, les études de Griffin (2004), de Mallette et al. (2011) et de St-Pierre (2012) rapportent des bénéfices venant de formations offertes aux infirmières par les établissements de soins puisque, selon le point de vue d'infirmières et de gestionnaires, elles ont contribué à l'*empowerment* des participantes (Griffin, 2004; Mallette et al., 2011; St-Pierre, 2012) et à la réduction de la VH dans les milieux de soins (St-Pierre, 2012). De plus, les gestionnaires d'unité qui adoptent une approche proactive face au phénomène et aux parties impliquées contribueraient à la diminution de la VH entre les infirmières de leur unité de soins (St-Pierre, 2012). Enfin, le sentiment d'appartenance au

groupe d'infirmières soignantes et le soutien que celui-ci procure préviendraient la VH (Topa & Moriano, 2013). Ainsi, des facteurs organisationnels semblent influencer l'incidence de la VH entre les infirmières. Cependant, mis à part ces constats, les facteurs organisationnels pouvant prévenir la VH entre les infirmières sont encore mal connus. En outre, la perspective des infirmières soignantes et des autres acteurs préoccupés par le phénomène a peu été examinée. Pourtant, la connaissance de celle-ci permettrait de développer des stratégies de prévention primaires, secondaires et tertiaires de la VH (McKenna et al., 2003; St-Pierre, 2012) en misant sur les facteurs organisationnels jugés les plus déterminants par les personnes concernées, particulièrement les infirmières. La consultation de celles-ci par les chercheurs et les gestionnaires favoriserait le développement, la mise en application et l'évaluation d'interventions fondées sur leur perspective en vue de prévenir et réduire la VH. Du même coup, les organisations répondraient à leur mission qui est de préserver la qualité et la sécurité du milieu de soins et de travail et contribueraient à la recherche et à l'application de solutions au problème de la VH (Croft & Cash, 2012; St-Pierre, 2012).

Synthèse de la revue intégrative des écrits empiriques

En résumé, il ressort de la revue intégrative et critique des écrits empiriques ainsi que des conclusions des chercheurs qu'il est crucial de s'intéresser au problème de la VH chez les infirmières étant donné sa prévalence importante dans les milieux de soins, les formes variées qu'elle peut prendre et les conséquences sérieuses et nombreuses qu'elle entraîne pour les infirmières, les patients et les organisations de soins. Cependant, à la lumière de l'ensemble des écrits répertoriés et analysés, il apparaît que la reconnaissance des facteurs individuels et organisationnels qui influencent la VH est incontournable, mais

que ceux-ci ont été très peu étudiés. Leur méconnaissance semble limiter ainsi l'éventail des interventions envisageables afin de la prévenir.

Parmi les facteurs individuels, hormis le rôle des sentiments d'oppression et de pouvoir observés dans certaines situations de VH chez les infirmières, de rares facteurs individuels ont été identifiés comme pouvant contribuer à la VH, notamment le besoin de pouvoir, les problèmes personnels et les problèmes psychologiques du responsable de l'action de VH (Katrinli et al., 2010). Il serait utile d'étudier par exemple les impacts de la personnalité, des attitudes et des modes de communications entre les infirmières et dans les milieux de soins sur la VH. Parmi les facteurs organisationnels, les effets du stress lié au travail, du sentiment d'appartenance au groupe des infirmières soignantes, du soutien du groupe, du style de gestion et de l'offre d'une formation sur la VH ont été examinés dans les études répertoriées. De plus, l'étude de Katrinli et al., (2010) présente le besoin de reconnaissance au travail et celui d'exercer une influence sur l'environnement de travail comme étant des facteurs organisationnels qui influencent la VH. Par ailleurs, le style de gestion et ses effets sur la VH ont été abordés selon la perspective des gestionnaires exclusivement (St-Pierre, 2012). En ce qui a trait aux effets d'une formation portant sur la prévention de la VH, à ce jour, seules deux études s'y sont attardées. L'intervention de Griffin (2004) a été testée auprès d'infirmières novices et jugée aidante par celles-ci. Pour sa part, Mallette et al. (2011) ont comparé l'efficacité de diverses stratégies pédagogiques afin de préparer les infirmières à répondre de manière optimale à la VH et ont conclu qu'elles étaient toutes valables. Toutefois, les résultats de la revue intégrative et critique des écrits montrent que des interventions ciblant

l'environnement de travail pourraient être complémentaires à ce genre de formation ciblant les individus.

Dans le cadre du présent travail dirigé, nous sommes particulièrement intéressées par les facteurs organisationnels qui influencent la VH chez les infirmières parce qu'il s'agit de facteurs modifiables et que les activités visant à les moduler pourraient être entreprises par plusieurs acteurs ce qui, à notre avis, favoriserait la pertinence et la pérennité des transformations. Il est plausible de penser que les interventions visant des facteurs organisationnels constituent un levier puissant pour parvenir à réduire la VH chez les infirmières. En effet, il nous apparaît plus probable de prévenir la VH chez les infirmières si l'environnement de travail y est favorable et que tous les acteurs impliqués¹ travaillent de concert en ce sens. Vue ainsi, la connaissance des facteurs organisationnels particuliers à un environnement de travail serait non seulement complémentaire, mais s'avèrerait un prérequis afin que la VH soit prévenue et ce, de manière durable par un changement de culture organisationnelle. De plus, les écrits recensés semblent indiquer que les facteurs organisationnels qui influencent la VH gagneraient à être étudiés selon le regard de différents informateurs clés choisis en fonction de leur rôle au sein de l'établissement de soins tels que des infirmières soignantes, des gestionnaires et d'autres ressources d'aide en présence de VH. Les expériences vécues par les infirmières dans le contexte de soins en tant que victime, par les responsables de l'acte violent ou par les témoins amèneraient des connaissances essentielles à la compréhension et à la résolution de la VH. Par ailleurs, les assistantes-infirmières-chefs d'unité (AICU) pouvant être témoins de VH, pourraient rapporter d'autres facteurs organisationnels en cause dans le

¹ Infirmières soignantes, assistante-infirmière-chef d'unité (AICU), infirmière-chef d'unité (ICU), coordonnateurs de soins, direction des soins infirmiers (DSI), directeur des ressources humaines (DRH), programme d'aide aux employés (PAE) et syndicats

phénomène. De même, le programme d'aide aux employés (PAE) ou le syndicat qui sont appelés à soutenir des infirmières qui vivent la VH pourraient avoir une perception différente des facteurs organisationnels impliqués. La mise en lumière des données concernant les facteurs organisationnels qui influencent la VH selon le regard des différents acteurs au sein d'un établissement de soins permettrait le développement d'interventions de prévention de la VH qui seraient cohérentes avec les besoins et les croyances des infirmières soignantes et des autres acteurs impliqués qui y travaillent. La prise en compte des opinions des divers acteurs et des solutions qu'ils jugent utiles et ajustées à leur contexte favoriserait la cohésion, l'engagement et la collaboration ultérieure de tous et chacun dans le développement d'un environnement de travail sain, exempt des manifestations de VH entre infirmières. Pour ce faire, un cadre de référence qui apporterait une vision ciblée des facteurs organisationnels influençant la VH chez les infirmières et qui tiendrait compte de la complexité du phénomène devrait être attentivement choisi. Voyons comment les cadres théoriques utilisés dans les études portant sur la VH chez les infirmières ont jusqu'ici permis d'explorer ces facteurs.

Cadres de référence employés dans les études sur la VH

Jusqu'à présent, les chercheurs ayant mené des études entourant la VH chez les infirmières ont souvent omis de retenir un cadre de référence pour guider leur étude (Griffin, 2004; St-Pierre, 2012). D'autres (Sellers et al., 2012) en ont nommé un sans le présenter clairement ou en démontrer l'utilité lors de la collecte ou de l'analyse des données. La section qui suit décrit et analyse brièvement les théories ayant servi de cadre de référence aux chercheurs ayant étudié la VH chez les infirmières. Des tableaux-synthèse de ces théories peuvent aussi être consultés (Annexe B).

«**Pédagogie des opprimés**» (Freire, 1974). La théorie la plus fréquemment retenue dans les études analysées précédemment porte sur la «Pédagogie des opprimés» élaborée par Paolo Freire (1974). Lemelin (2004) ainsi que Stanley et al. (2007) l'ont choisie pour mesurer la prévalence de la VH chez les infirmières. Quant à Purpora et al. (2012), ils l'ont utilisée pour étudier les liens entre les sentiments d'oppression et la VH chez elles. Cette théorie, dite sociale-critique, a des fondements tirés de la psychologie et de la sociologie et propose un regard centré sur les interactions sociales entre des groupes d'individus (Jauvin, 2003) lors d'un déséquilibre de pouvoir. Elle a été élaborée après que Freire ait remarqué que les Brésiliens avaient peu à peu adopté les valeurs de la culture de leurs conquérants parce qu'elles étaient véhiculées comme étant les «bonnes» valeurs (Freire, 1974).

La différence de pouvoir entre des groupes est le concept central de la «Pédagogie des opprimés». Les oppresseurs sont présentés comme étant ceux qui détiennent le pouvoir, les conquérants. Ils maintiennent le pouvoir par la division et la manipulation du groupe. Les opprimés sont ceux qui détiennent moins de pouvoir et qui cherchent à se libérer de l'emprise des oppresseurs. Éventuellement, les opprimés éprouvent de la frustration envers les oppresseurs. Toutefois, la violence est exprimée envers des individus à l'intérieur même du groupe des opprimés, car ceux-ci sont vus comme moins menaçants. L'auteur conçoit l'éducation comme essentielle à la prise de conscience de l'état d'oppression, une étape préalable primordiale à la recherche de solutions, puis à la libération. Cependant, pour ce dernier, les individus ne se libèrent pas isolément et ne peuvent non plus être libérés par autrui. La libération est une démarche de groupe qui

début par l'éveil collectif quant à leur condition d'opprimés et qui mène à la recherche de solutions singulières au groupe.

Roberts (1983; 2000) a été la première chercheuse en sciences infirmières à faire un lien entre la «Pédagogie des opprimés» et les infirmières. Selon cette auteure, cette théorie s'appliquerait bien à ces professionnelles. Roberts explique que le maintien de la croyance qu'elles sont inférieures au groupe des médecins est liée à la présence du modèle médical qui dicte les «bonnes» normes et les valeurs au sein du système de santé. Par conséquent, les infirmières entretiendraient des sentiments de haine envers elles-mêmes et leurs collègues. Ne pouvant exprimer leur colère envers les médecins et les administrateurs perçus comme menaçants, des infirmières s'adonneraient à des actions de violence envers leurs collègues ce qui leur permettrait à leur tour de jouir d'un certain pouvoir. La «Pédagogie des opprimés» (Freire, 1974) suggère aussi la nécessité pour les infirmières de reconnaître leur état d'oppression, de la dénoncer et de trouver ensemble des solutions qui leur conviennent à l'aide du dialogue. Ainsi, cette théorie s'avère appropriée afin de soutenir les recherches qui visent à rendre compte de la prévalence de la VH, si le but est de contribuer à la prise de conscience du problème et la recherche de solutions par les infirmières. Elle a d'ailleurs été utile afin de développer un modèle visant à mener les infirmières vers la libération des sentiments d'oppression (Roberts, 2000).

La force de cette théorie est sa validité démontrée à quelques reprises dans le cas de la VH chez les infirmières. Celle-ci a d'abord été confirmée par DeMarco et al. (2008) au moyen du développement et de la mise en application d'un instrument de mesure des comportements des groupes opprimés auprès d'infirmières. Plus récemment, Purpora et

al. (2012) ont confirmé un lien entre les sentiments individuels ainsi que collectifs d'oppression chez des infirmières et la VH. Toutefois, malgré que la recherche soutienne cette théorie, la «Pédagogie des opprimés» (Freire, 1974) présente une limite non négligeable. En effet, son regard est porté sur la différence de pouvoir uniquement. D'autres facteurs individuels ou contextuels pourraient être en cause, mais ne sont pas abordés par l'auteur. Ceci constitue une limite de la théorie, car selon Farrell (2001), elle ne permet pas de reconnaître toute l'ampleur du problème et ses multiples dimensions. Cette auteure recommande que la VH chez les infirmières soit examinée à trois niveaux, soit les niveaux micro ou interpersonnel, méso ou organisationnel et macro ou entre les infirmières et les groupes dominants.

Les résultats des études de St-Pierre (2012) et Griffin (2004) corroborent les points de vue de Farrell (2001) quant à la nécessité de s'intéresser aux facteurs organisationnels liés à la VH entre les infirmières. Le fait que la «Pédagogie des opprimés» (Freire, 1974) invite les infirmières à s'organiser et à s'engager en tant que groupe dans la lutte pour recouvrer la liberté ne serait donc pas suffisante. De plus, la responsabilité de trouver des solutions ne devrait pas reposer exclusivement sur les infirmières. Elle devrait être partagée avec tous les acteurs compétents (DSI, DRH, syndicat et PAE) afin d'assurer la faisabilité de l'implantation de stratégies qui contribueraient à la libération des infirmières et à la prévention de la VH. En somme, la théorie de Freire (1974) ne conviendrait pas pour examiner de manière exhaustive les facteurs organisationnels qui influencent la VH chez les infirmières.

«Théorie de l'apprentissage social» (Bandura, 1971). La deuxième théorie à avoir été employée en une seule occasion dans une étude portant sur la VH chez les infirmières est

la «Théorie de l'apprentissage social» élaborée par Bandura (1971). Walfaren et al. (2012) l'ont choisie afin de déterminer la prévalence des comportements de VH chez les infirmières. Les auteurs en font une description brève, mais l'utilité de ce cadre de référence ne ressort pas dans l'analyse des données.

La «Théorie de l'apprentissage social» (1971) a des fondements tirés de la psychologie et de la sociologie. Elle propose une perspective centrée sur l'individu et la collectivité afin d'expliquer l'adoption de tous comportements par les humains. En bref, elle avance que les comportements sont appris au fil des expériences et des observations de modèles de rôles significatifs ainsi que suite à des évaluations des comportements et des choix que font les apprenants quant à l'adoption de ceux-ci. Les apprenants sont vus comme influencés par l'environnement, mais tout de même en contrôle des comportements qu'ils manifestent. La «Théorie de l'apprentissage social de la violence» (Bandura, 1978) constitue l'application de cette théorie au contexte de la violence. Les détails de celle-ci sont présentés afin de bien saisir la pensée de Bandura (1971). Bandura (1978) ne croit pas que la frustration puisse expliquer à elle seule l'adoption de comportements violents. Il ne juge pas non plus que les comportements violents soient innés. Selon lui, ces comportements sont appris de trois sources : la famille, les médias et la sous-culture, telle que le milieu de travail, avec laquelle l'individu est en contact étroit. L'apprentissage des comportements violents se ferait par l'expérience directe et par l'observation de ceux-ci adoptés par un modèle de rôle ainsi que de leurs résultats (Bandura, 1978). L'auteur reconnaît les influences possibles entre les facteurs individuels (biologiques et cognitifs), l'environnement et les comportements. Cependant, il met principalement l'accent sur les facteurs individuels. Ainsi, il souligne que

différents instigateurs tels que les mauvais traitements et les influences de modèles, ou encore des régulateurs externes tels que le renforcement du comportement violent ou la punition peuvent influencer l'adoption d'un comportement violent (Bandura, 1978). Cependant, Bandura (1978) considère que l'individu demeure responsable de ses comportements puisqu'il dispose d'un processus d'autorégulation qui consiste en trois étapes soient 1) l'observation du comportement violent; 2) le jugement du comportement et de ses résultats en termes de bénéfiques; et 3) la réponse qui conduit à l'adoption d'un comportement ou non (Bandura, 1978). Le jugement du comportement violent et de ses conséquences est un exercice subjectif déterminant. C'est lui qui mènerait parfois de «bonnes» personnes à commettre de «mauvais» actes (Bandura, 1978). Toutefois, selon Bandura (1978), lorsque des alternatives pacifiques permettent aux individus d'obtenir ce qu'ils veulent, ils abandonnent les actes de violence.

La principale force de la «Théorie de l'apprentissage social» développée par Bandura (1971) réside dans sa validité démontrée à maintes reprises depuis sa publication (Goggin, 1974; Roberts, 1983; Weiss, 1974). Plusieurs chercheurs dans le domaine de la psychologie et des sciences infirmières l'ont retenue dans leurs études afin de prédire l'adoption de valeurs ou l'imitation de comportements. Par exemple, Goggin (1974) a étudié l'imitation de comportements irrationnels par des enfants. Pour sa part, Weiss(1974) s'est intéressé aux valeurs du supérieur qui sont éventuellement adoptées par ses employés. Suite à son étude, Weiss (1974) conclut que la théorie de l'apprentissage social (1971) est particulièrement valide dans les cas d'individus avec une faible estime de soi. Par conséquent, si l'hypothèse que les infirmières souffrent de sentiments de haine envers elles-mêmes et les autres infirmières se confirme comme le

suggère Roberts (1983), alors il est possible qu'elles imitent plus volontiers les comportements de leurs collègues. En particulier, les nouvelles graduées qui sont encore en quête de leur identité professionnelle pourraient imiter les comportements de VH qu'elles observent chez leurs préceptrices.

Muro et Jeffrey (2008) ont émis une critique face aux modèles de l'apprentissage social tel que celui proposé par Bandura (1978). Selon ces auteurs, les prémisses d'un tel modèle peuvent servir au développement d'outils d'intervention dans une organisation. Ainsi, à leur avis, il faudrait tirer profit de la tendance naturelle des individus à imiter les comportements en multipliant les modèles de rôles positifs, les opportunités d'interactions respectueuses et d'apprentissages collaboratifs et ainsi contribuer à un changement de culture organisationnelle.

Cependant, selon l'étudiante, deux limites liées à cette théorie devraient être soulignées en lien avec l'exploration des facteurs organisationnels liés à la VH. D'abord, le fait que l'individu est vu comme le responsable de ses actions pose un risque, celui que les interventions ne visent que l'individu alors que des interventions au niveau organisationnel seraient aussi essentielles et complémentaires selon les résultats de notre revue intégrative des écrits. Par exemple, l'étude de Walfaren et al. (2012) présentée précédemment a par la suite mené au développement d'une formation pour mieux reconnaître et répondre à la VH. Celle-ci a été offerte aux infirmières². Cependant, il ne semble pas que des interventions aient eu pour cible des facteurs présents dans l'environnement de travail. Ensuite, il est à noter que cette théorie n'est pas spécifique à la violence en milieu de travail. En effet, elle peut s'appliquer dans des contextes si

²Malheureusement, cette intervention n'ayant pas été décrite par les auteurs, elle n'a pu être exposée dans cette revue des écrits.

différents qu'il nous apparaît que la multitude de facteurs environnementaux pouvant être en jeu dans la problématique de la violence ne sont pas considérés des plus importants. Pourtant, à la lumière de la revue des écrits, si l'apprentissage social peut constituer un facteur important dans la perpétuation de la VH chez les infirmières, il n'est sans doute pas le seul facteur impliqué. Par conséquent, la «Théorie de l'apprentissage social de la violence» (Bandura, 1978) ne serait pas suffisante pour l'étude des facteurs organisationnels qui influencent la VH, puisqu'elle ne tient pas compte de la complexité du phénomène de la VH et du contexte dans lequel elle survient.

Il apparaît que la «Théorie de l'apprentissage social de la violence» (Bandura, 1978) pourrait être utile afin d'étudier les comportements des infirmières nouvellement embauchées et de les comparer à ceux de leurs préceptrices afin de déterminer s'il y a eu imitation d'actions de VH. Également, selon la «Théorie de l'apprentissage social» (Bandura, 1971), puisque les comportements sont imités, des actions de *caring* pourraient être renforcées chez les infirmières avec l'aide de modèles de rôle qui favorisent l'empathie, par exemple. Toutefois, cette théorie serait incomplète pour l'étude des facteurs organisationnels qui influencent la VH chez les infirmières, puisqu'elle cible principalement les facteurs individuels et les interactions sociales, mais omet l'examen approfondi des facteurs organisationnels.

«Leadership Transformationnel» (MacGregor Burns, 1978). Un troisième cadre de référence, celui du «Leadership Transformationnel» de MacGregor Burns (1978), a été retenu à une occasion par des chercheurs s'intéressant à la VH chez les infirmières, mais sans être décrit ni justifié. En effet, Sellers et al. (2012) ont fait ce choix lors de leur

étude descriptive présentée précédemment et qui visait à mesurer le taux de prévalence des actions négatives chez les infirmières.

Ce cadre de référence origine également de théories tirées de la psychologie et de la sociologie. Cependant, il apporte un regard différent des cadres présentés précédemment, puisqu'il ne se veut pas une théorie explicative des comportements violents, mais plutôt des avantages du leadership transformationnel sur l'engagement des individus en période de changement.

Afin de développer sa théorie, MacGregor Burns (1978) a examiné plusieurs biographies et comportements de leaders politiques. Il l'a fondée sur la croyance que l'histoire psycho-sociale de la personne influence son estime de soi et sa capacité d'empathie nécessaires au développement du leadership transformationnel. Les concepts centraux de cette théorie sont le pouvoir et le leadership. Le pouvoir est vu comme dépendant d'une motivation importante et de l'abondance des ressources internes et externes dont dispose le leader. Le leadership est entendu comme la capacité d'un individu à amener les employés à s'engager dans un changement. Pour ce faire, le leader a recours à une diversité de comportements transformationnels ou transactionnels (MacGregor Burns, 1978). Les premiers visent à amener l'employé à se dépasser et à adopter les valeurs du leader, les seconds prennent la forme d'échange de services, de récompenses ou de reconnaissance (Podsakoff, MacKenzie, Moorman & Fetter, 1990). Le leadership transformationnel se caractérise par l'exercice du dialogue entre le leader et les employés ainsi que par l'attention portée aux valeurs d'autrui. C'est pourquoi il est perçu comme étant moral ou éthique (Podsakoff et al., 1990). Mais des compromis sont souvent acceptés par les employés qui détiennent vraisemblablement un pouvoir moindre

que le leader (MacGregor Burns, 1978). Ce dernier est fort motivé à mobiliser les employés vers le changement et dispose possiblement de ressources plus importantes que ces derniers. Cependant, selon l'auteur, chaque environnement est distinct. C'est pourquoi l'inventaire des ressources dont dispose le leader ainsi que l'évaluation de leur pertinence et de leur impact réel sur l'exercice du pouvoir doivent être réalisés dans chacun d'eux et ce, par les différents acteurs impliqués dans le changement.

Dans une méta-analyse regroupant 87 études qui visait à examiner la validité des théories du leadership, Podsakoff et al. (1990) ont démontré la validité de la théorie du «Leadership transformationnel» dans des contextes autres que celui de la VH chez infirmières. Pour leur part, Judge et Piccolo (2004) ont conclu que le leadership transformationnel aurait des effets indirects positifs sur les comportements tels que l'altruisme, l'esprit d'équipe, la courtoisie, l'engagement et la préoccupation pour l'organisation que présentent les employés. Toutefois, ces effets surviendraient seulement lorsque les employés accordent leur confiance au leader. De son côté, le leadership transactionnel qui implique un échange explicite de services contre des bénéfices financiers, entre autres, aurait un effet direct sur ces comportements des employés. Cependant, toujours selon ces auteurs, il est difficile de déterminer quels sont les effets qui découlent spécifiquement du leadership transformationnel puisqu'il est souvent étroitement lié au leadership transactionnel. D'ailleurs, selon Bass (1999), les meilleurs leaders feraient usage des deux types de leadership. Néanmoins, la validité de cette théorie dans le contexte de la VH reste à démontrer.

Une force de la théorie du «Leadership Transformationnel» (MacGregor Burns, 1978) est que les employés sont vus comme des alliés dans le changement et non comme des

adversaires à dominer. Une seconde force est la reconnaissance que les ressources dont disposent les leaders peuvent avoir des impacts variables sur la capacité à mobiliser les employés vers le changement souhaité. Enfin, cette théorie apparaît facilement transposable au contexte organisationnel. Ainsi, elle pourrait être appropriée pour guider les leaders dans leur approche afin d'amener les infirmières à s'identifier à une nouvelle culture sans VH. Une gestionnaire de soins qui établirait un lien de confiance avec les infirmières et qui userait de comportements de leadership transformationnel favoriserait des comportements tels l'altruisme chez elles. De cette manière, elles pourraient abandonner les actions de violence et développeraient une culture de *caring* entre elles.

Selon l'étudiante, une limite de cette théorie est son regard porté vers un unique facteur sur la motivation des adeptes, soit le style de leadership. Cette théorie ne conviendrait pas pour l'étude des facteurs organisationnels qui préviennent la VH chez les infirmières, puisqu'une multitude de facteurs possiblement impliqués dans ce problème sont à explorer. D'ailleurs, Yulk (1999), dans son étude comparative et analyse critique des styles de leadership, suggère que la perspective dyadique (leader-subordonné) serait à remplacer par une perspective systémique examinant les relations entre individus, les groupes et avec l'organisation ainsi que leurs influences mutuelles. **«Déséquilibre entre efforts et récompenses au travail» (Siegrist, 1996).** Bien que le modèle du «Déséquilibre entre efforts et récompenses au travail» développé par Siegrist (1996) n'est pas directement lié à la VH, il a été employé par Topa et Moriano (2013) dans une étude qui visait à explorer les liens entre le stress au travail, le sentiment d'appartenance au groupe et le soutien que celui-ci procure avec la VH chez les infirmières.

Ce modèle prend appui sur deux modèles entourant la thématique du stress au travail reconnus, soient le «*person-environment fit model*» (French, Caplan, & Harrison, 1982) et le «*demand-control model*» (Karasek, & Theorell, 1990). Le modèle proposé intègre des concepts appartenant aux disciplines de la psychologie, de la sociologie et de la biologie. Il permet d'examiner non seulement les caractéristiques personnelles d'un travailleur et celles d'un milieu de travail, mais également les effets du stress chronique lié au travail sur la santé et le bien-être. De plus, il accorde une attention particulière sur les liens entre les récompenses disponibles, le contrôle perçu et le sentiment de stress (Siegrist, 1996).

Selon Siegrist (1996), le stress lié au travail et la détresse émotionnelle surviennent lorsqu'il y a un déséquilibre entre les efforts fournis par un individu et les récompenses qu'il obtient. Le stress a des conséquences sur la santé physique et psychologique du travailleur ainsi que sur son estime de soi et son sentiment d'auto-efficacité. Ainsi, l'équilibre entre les efforts et les récompenses est capitale pour assurer le bien-être des travailleurs.

Toujours d'après Siegrist (1996), la principale force de cette théorie est qu'elle intègre diverses notions issues de plusieurs disciplines, ce qui permet de reconnaître la complexité du phénomène du stress lié au travail. Néanmoins, aucune perspective disciplinaire infirmière ne figure parmi celles-ci. Une autre force du modèle est qu'il a fréquemment été employé dans des études dont les résultats ont majoritairement confirmé la validité (van Veghel, de Jonge, Bosma, & Schaufeli, 2005).

En ce qui a trait aux limites du modèle, van Veghel et al., (2005) soulignent que le modèle de Siegrist (1996) a été employé principalement auprès de populations

d'hommes, ce qui en limite la généralisation auprès de populations féminines. De plus, selon notre analyse critique, l'auteur gagnerait à faire une description plus détaillée de son modèle. Bien qu'il démontre les liens entre les concepts de manière claire, ces derniers ne sont que brièvement présentés. En particulier, le concept d'efforts mériterait, à notre avis, d'être explicité davantage. Il n'est pas clair si la VH devrait être considérée comme une cause du déséquilibre ou une conséquence du stress. Une dernière limite du modèle qui ressort de l'analyse critique est que bien que Siegrist (1996) s'intéresse grandement aux impacts du stress lié au travail sur la santé, cette dernière ne s'avère pas un concept clé pour l'auteur. En somme, il ne nous apparaît pas que le modèle de Siegrist (1996) soit optimal afin de guider précisément l'exploration de facteurs organisationnels qui influencent la VH chez les infirmières. Toutefois, il offre une vision de la VH, laquelle a été retenue par Topa et Moriano (2013) et exposée ci-dessous. Selon ce modèle, la pratique professionnelle actuelle de l'infirmière pourrait contribuer à créer un environnement de travail générateur de stress en raison, entre autres, de la complexité des soins dispensés aux patients et de la pénurie de ressources humaines, matérielles et financières (Topa, & Moriano, 2013). On peut alors concevoir que les demandes importantes de soins exigent que les infirmières fournissent de grands efforts, et ce de manière constante. Dans ce contexte, selon la théorie de Siegrist (1996), si les récompenses qu'elles obtiennent ne suffisent pas pour assurer le maintien de l'équilibre entre les efforts et les récompenses, elles souffriront de stress, puis de problèmes de santé ou de comportement. Selon les résultats de l'étude publiée par Topa et Moriano (2013), ce stress contribuerait à l'adoption de comportements violents par des infirmières. Les auteurs ont également jugé que le stress est inévitable dans le quotidien des infirmières et

se sont interrogées sur ce qui pourrait avoir un effet modérateur sur le stress et la VH. Ce questionnement les a emmené à recourir à un second modèle. Celui-ci est présenté ci-après.

«Théorie de l'identité sociale et le soutien de groupe» (Haslam, Reicher, & Levine, 2012). La «Théorie de l'identité sociale et le soutien de groupe» (Haslam et al., 2012) a été développée suite à diverses études sociologiques que les auteurs ont menées afin de connaître les variables qui modulent les effets des relations interpersonnelles sur le bien-être.

Selon cette théorie, l'identité sociale améliore les chances d'obtenir du soutien des pairs (Haslam et al., 2012). De plus, l'offre de soutien serait plus grande si les individus partagent des caractéristiques communes et si elle représente un intérêt d'avancement du groupe. Cependant, il est nécessaire que les membres éprouvent un sentiment d'appartenance à ce groupe afin d'offrir du soutien et d'en accepter. Le sentiment d'appartenance donne un sens au soutien reçu et en assure l'impact. L'intégration du sentiment d'appartenance s'avère essentiel pour que le groupe puisse guider les actions, les pensées et les perceptions de celui à qui le soutien est offert.

Eu égard au type de soutien offert, Haslam et al. (2012) soulignent que le groupe peut soutenir un individu en lui assurant un accès aux ressources matérielles et informationnelles nécessaires dans l'exercice de son travail ou encore en offrant du soutien émotionnel. Le résultat du soutien peut être positif ou négatif (Haslam et al., 2012). Il est positif s'il entraîne le sentiment d'être aimé ou valorisé par les autres ou s'il a des effets modérateurs sur certaines influences négatives. Cependant, dans certains cas, le soutien peut être nocif. Il en est ainsi, par exemple, s'il promeut la violence (Cordon,

Haslam, Williams, Haslam, & Rabinovitch, 2010 dans Haslam et al., 2012). En somme, le succès du soutien dépend de plusieurs facteurs, notamment les motivations et les buts de celui qui offre le soutien ainsi que de l'interprétation et des expériences antérieures du receveur. Ainsi, ces facteurs dépendent de la nature de la relation entre les personnes impliquées et de caractéristiques du contexte social.

La «Théorie de l'identité sociale et le soutien de groupe» (Haslam et al., 2012) présente plusieurs forces. D'abord, la théorie est brièvement, mais clairement présentée et détaillée ce qui contribue à la rendre crédible et facilement utilisable. Ensuite, bien qu'il s'agisse d'une théorie récente, les divers liens entre les concepts ont été fréquemment étudiés et confirmés par les auteurs. Topa et Moriano (2013) ont quant à elles récemment démontré que l'identité sociale et le soutien du groupe ont des effets modérateurs sur la VH, et ce malgré les effets de l'environnement de travail porteur de stress. Enfin, cette théorie est intéressante lorsque nous l'appliquons à la problématique de la VH chez les infirmières. En effet, elle pourrait guider le développement de stratégies organisationnelles visant à accroître le sentiment d'appartenance au groupe qu'éprouvent les infirmières et ainsi favoriser le soutien mutuel qu'elles s'offrent. Malgré ces forces, cette théorie conviendrait peu à l'exploration des facteurs organisationnels qui influencent la VH chez les infirmières puisqu'elle n'en regarde que quelques-uns, soient l'identité de groupe et le soutien qu'il peut procurer à ses membres.

«Phénoménologie de la perception» (Merleau-Ponty, 1945). La dernière théorie qui a été retenue dans une étude portant sur les perceptions des infirmières gestionnaires en lien avec la VH (Lindy et Schaefer, 2010) est la «Phénoménologie de la perception» développée par Merleau-Ponty en 1945.

Son expérience de prisonnier de guerre l'a influencé lors de la rédaction de sa théorie qui vise à décrire une expérience de vie. D'après Merleau-Ponty qui était foncièrement antipositiviste et antiréductionniste (Thomas, 2005), il n'y a pas de vérité ni de certitude (Sadala & Adorno, 2002). Selon Langer (1989), Merleau-Ponty voyait l'individu comme un tout indivisible et croyait que le monde et l'individu sont indissociables. Pour cette raison, la théorie de Merleau-Ponty est qualifiée de phénoménologie existentielle (Sadala & Adorno, 2002).

La «Phénoménologie de la perception» s'articule autour des concepts de l'incarnation (*embodiement*), de l'intentionnalité et de la perception (Langer, 1989; Thomas, 2005). Selon Thomas, qui a également étudié en profondeur la perspective de Merleau-Ponty, le corps est principalement vu comme l'outil de perception, mais il sert également à la mobilisation et à la communication. Suite à la perception, le corps peut répondre par des comportements à des sentiments de colère par exemple. Selon cette théorie, l'expression des sentiments par le corps, l'incarnation, est normale et la suppression de celle-ci serait malsaine (Thomas, 2005). Toujours selon Thomas (2005) au sujet de la vision de Merleau-Ponty, la perception serait une ouverture sur la réalité rendue possible par l'expérience directe. Elle est apprise à travers l'environnement et les relations et prend tout son sens quand on connaît et comprend la relation entretenue entre l'individu et son environnement. Ainsi, quand la relation entre le corps et le monde est perturbée, l'existence est bouleversée. Le concept d'intentionnalité est issu de la croyance que la personne est engagée dans le monde et qu'elle n'est jamais passive. Elle constitue tout ce que l'individu considère important dans le présent, ce qui retient son attention dans son

environnement et explique ses actions. Elle est influencée par le passé et forge le futur (Langer, 1989).

La «Phénoménologie de la perception» a le désavantage d'être complexe et controversée parce qu'elle manquerait de clarté (Langer, 1989; Thomas, 2005). Cependant, Sadala et Adorno (2002) et Thomas (2005) prétendent qu'elle est utile afin de décrire et comprendre la nature et le sens des expériences vécues. Selon Thomas (2005) et Beck (1994), «la Phénoménologie de la perception» convient tout à fait aux études en sciences infirmières qui portent sur le centre d'intérêt de la discipline soit le « (...) soin, dans ses diverses expressions, auprès de personnes, des familles, des communautés et des populations qui, en interaction continue avec leur environnement, vivent des expériences de santé» (Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010, p. 15). En effet, la «Phénoménologie de la perception» et la discipline infirmière partagent des valeurs et des centres d'intérêts, tels l'incarnation, l'intentionnalité et la perception. Selon Sadala et Adorno (2002), l'adoption de cette philosophie par les infirmières contribuerait à humaniser les soins. De plus, elle permettrait le dévoilement d'une abondance de données impossibles à obtenir par des approches quantitatives (Beck, 1992; Thomas, 2004). Enfin, cette approche est intéressante parce qu'elle reconnaît l'influence de l'environnement et des relations sur la perception de l'expérience vécue.

En somme, la «Phénoménologie de la perception» est intéressante pour l'étude de la VH chez les infirmières. Elle permettrait par exemple de faire ressortir ce que c'est de vivre la VH. Elle assurerait que les données soient abondantes et significatives pour les répondantes. Elle permettrait possiblement de faire ressortir plusieurs des facteurs pouvant être liés à la VH selon elles, basées sur leurs expériences de VH. Cependant,

afin de connaître spécifiquement les facteurs organisationnels qui influencent la VH chez les infirmières, il serait plus utile de recourir à une théorie qui les ciblerait davantage.

Celle-ci permettrait d'enrichir les connaissances sur ce sujet spécifiquement.

Synthèse de la revue intégrative et critique des écrits théoriques

À ce jour, six cadres théoriques ont guidé, à notre connaissance, la recherche entourant la VH chez les infirmières. Bien que les études aient été menées par des infirmières, dans aucun cas un cadre théorique issu des sciences infirmières n'a été retenu. Des cadres venant de la psychologie, de la sociologie, de la biologie et des sciences politiques ont été privilégiés. Ceux-ci ciblent soit l'individu, les interactions sociales, des caractéristiques du travail ou encore le style de leadership. Seule la «Phénoménologie de la perception» paraît se rapprocher des valeurs des infirmières parce qu'elle reconnaît la subjectivité et la complexité des expériences vécues. Cependant, pour les motifs mentionnés plus tôt, aucun de ces cadres de référence ne conviendrait tout à fait à l'étude des facteurs organisationnels qui influencent la VH chez les infirmières. Les constats qui se dégagent de la présente revue intégrative et critique des écrits nous amène à considérer une autre avenue et à recommander plutôt l'utilisation d'une perspective disciplinaire pour l'exploration de facteurs organisationnels qui influencent la VH chez les infirmières soignantes.

**Proposition d'une perspective disciplinaire pour l'exploration de facteurs
organisationnels influençant la VH chez les infirmières soignantes**

Une perspective disciplinaire offre une «façon distincte d'examiner des phénomènes» (Pepin et al., 2010, p. 3). La perspective unique des infirmières oriente le développement des connaissances qui leur seront utiles, entre autres, dans les domaines de la clinique, de la gestion, de la formation et de la recherche (Pepin et al., 2010). Elle contribue à la pertinence des connaissances du point de vue des utilisateurs dans un contexte donné (Rycroft-Malone, Harvey, Seers, Kitson, McCormack, & Titchen, 2004). Dans le cadre de ce travail dirigé, les recommandations d'utilisation d'une perspective infirmière afin de documenter des facteurs organisationnels influençant la VH chez les infirmières soignantes nous apparaît essentielle afin d'en assurer la pertinence aux yeux des infirmières soignantes, des gestionnaires de soins infirmiers, des formateurs et des chercheurs en sciences infirmières.

La perspective disciplinaire infirmière guide la pratique professionnelle et la recherche autour des concepts centraux suivants : la personne, la santé, le soin et l'environnement (Pepin et al., 2010). Des infirmières ont développé des cadres théoriques en accordant davantage d'importance à un ou quelques un de ces concepts centraux. Le cadre que nous retiendrons devrait s'intéresser particulièrement à l'environnement dans lequel des individus ou des groupes évoluent et permettre l'exploration de facteurs organisationnels influençant la VH chez les infirmières soignantes de façon optimale, soit de manière structurée et la plus exhaustive possible. Il devrait également reconnaître la complexité du phénomène contribuant à la VH en vue de la prévenir. Par conséquent, tout en étant axé sur les facteurs de l'environnement de travail des infirmières, il tiendrait également compte des diverses perspectives possibles des individus, de leurs expériences et de leurs propositions de solutions.

L'école de pensée du *caring* provient du paradigme de la transformation selon lequel chaque phénomène est considéré unique et en interaction continue avec le monde qui l'entoure (Pepin, et al., 2010). Cette école de pensée a pour prémisse le réel désir d'«être avec» et de connaître l'autre, y compris le contexte dans lequel il évolue. Parmi les théoriciennes de l'école de pensée du *caring* citées par Pepin et al. (2010), (Leininger, Boykin, Watson & Schoenhofer), le cadre développé par Leininger (1988; 2001; 2006; 2010) permet d'explorer de façon concrète et pragmatique des facteurs de l'environnement dans lequel évolue un individu ou un groupe.

La «Théorie sur la diversité et l'universalité des soins culturels» de Leininger (1988; 2001; 2006; 2010) s'intéresse aux multiples facteurs environnementaux qui peuvent influencer les comportements humains au sein d'un groupe (Leininger, 1988). Elle permet à celle qui s'en inspire d'accompagner un groupe dans la recherche de solutions de soins qui soient culturellement cohérentes par la mise en relief d'éléments culturels pertinents. Ainsi, elle pourrait être utile à l'étude de facteurs organisationnels qui influencent la VH entre les infirmières soignantes.

La section du travail dirigé qui suit expose dans un premier temps les concepts centraux cette théorie et, dans un deuxième temps, le *Sunrise Model* (Leininger, 2001), un modèle découlant de la théorie de Leininger (1988; 2001; 2006; 2010). Cette section permet également d'explicitier en quoi cette théorie en particulier pourrait faciliter l'exploration de facteurs organisationnels influençant la VH chez les infirmières soignantes d'abord par les questionnaires de soins puis par les chercheurs.

La «Théorie sur la diversité et l'universalité des soins culturels» (Leininger, 1988; 2001; 2006; 2010)

La «Théorie sur la diversité et l'universalité des soins culturels» proposée par Leininger (1988; 2001; 2006; 2010) est inspirée de théories issues de la philosophie, de l'anthropologie et de la sociologie (Leininger, 2001). Elle a pour fondement que les besoins de soins chez une personne ou un groupe sont parfois partagés par les différentes cultures alors que d'autres sont spécifiques (Leininger, 2001). Conséquemment à cela, les attentes et les réponses aux soins infirmiers peuvent varier d'une culture à l'autre (Leininger, 2001).

Voyons maintenant comment l'auteure définit les concepts clés de sa théorie soit, la personne, la santé, la culture, l'environnement et le soin (*care*). Selon cette théorie, «(...) la personne est un être qui ne peut être dissocié de son bagage culturel» (Pepin & al., 2010, p. 72). Pour Leininger (2001), le concept de personne englobe les individus, les familles, les groupes, les communautés et les institutions.

Selon l'auteure, la santé ne signifie pas simplement absence de maladie. Elle est un état de bien-être subjectif qui est défini et perçu différemment selon des critères culturels (Leininger, 1988). La santé est liée à l'habileté à accomplir des rôles sociaux de manière culturellement satisfaisante et épanouissante (Leininger, 1988).

Quant à la culture, celle-ci inclut les valeurs, les croyances, la structure sociale et la vision du monde qui sont apprises et partagées par un groupe de personnes et profondément ancrées en chacun de ceux appartenant à ce groupe (Leininger, 1988; 2002). Conséquemment, la culture d'un groupe et la présence de modèles de rôles

influencerait leurs choix et leurs comportements de santé, de même que les soins dispensés par l'infirmière, tout comme divers facteurs environnementaux.

Les facteurs environnementaux comprennent l'ensemble des éléments contextuels et structurels dans lequel la personne évolue tels que la vision du monde, les facteurs économiques, politiques et légaux, écologiques, religieux et philosophiques, éducationnels, technologiques et sociaux (Leininger, 2001; Pepin et al., 2010). Les définitions de ces facteurs se veulent souples et visent leur exploration en l'absence d'idées préconçues (Leininger & McFarland, 2010). Les définitions formulées par Leininger et McFarland (2010) sont présentées ici et s'adressent autant à des familles, des individus ou des groupes. Les facteurs sociaux sont décrits comme les liens intergénérationnels dans une famille ou un groupe ainsi que toutes les interactions sociales basées sur des croyances, des valeurs et un style de vie. Les facteurs religieux et philosophiques sont un ensemble de croyances naturelles et spirituelles qui guident les choix et les actions des individus afin de mener ou améliorer sa manière de vivre. Les facteurs politiques sont constitués du pouvoir et de l'autorité qui régissent ou influencent les actions, les décisions et les comportements des individus. Les facteurs technologiques réfèrent aux objets électroniques, mécaniques ou physiques (autres qu'humains) qui sont au service des individus dans l'exercice de leurs rôles. Les facteurs éducationnels incluent les stratégies formelles et informelles d'apprentissage. Enfin, les facteurs économiques incluent la production, la distribution et l'utilisation de biens nécessaires ou valorisés par les individus. Tous ces facteurs exercent une influence sur le quotidien des personnes de même que leurs interactions sociales et leur santé (Leininger, 2001; Pepin et al., 2010). Ainsi, la connaissance de ces facteurs donne un sens aux actions posées par

une personne (Leininger, 1988). La revue intégrative et critique des écrits entourant la VH chez les infirmières soignantes a permis d'en relever qui expliqueraient les comportements de VH chez elles. Certains d'entre eux ont possiblement pour effet de restreindre l'aptitude des infirmières à prendre soin l'une de l'autre, notamment le style de gestion (St-Pierre, 2012) et le stress lié au travail (Topa & Moriano, 2012).

Leininger (1988; 2006) soutient que les personnes ont une propension naturelle à prendre soin d'autres individus par des actions, des attitudes ou des pratiques dépendantes de la culture de celui-ci afin d'améliorer la qualité de vie et de promouvoir la santé et le bien-être de chacun (Leininger, 1988; 2006). Les soins (*care*) sont essentiels entre autres, au maintien de la qualité de vie et à la promotion du bien-être des personnes (Leininger, 1988). Ils prennent la forme d'actions d'assistance, de soutien ou de facilitation auprès d'un ou de plusieurs individus ayant le besoin d'améliorer leur condition humaine ou leur style de vie (Leininger, 1988). Les soins sont dits culturels s'ils tiennent compte de connaissances acquises sur une culture (Leininger, 1988). Voyons maintenant comment cette théorie pourrait s'appliquer à l'exploration des facteurs organisationnels qui influencent la VH chez les infirmières.

La théorie de Leininger (1988;2001; 2006; 2010) invite à la réflexion suivante face au phénomène de la VH entre les infirmières. Considérons pour un moment que les infirmières œuvrant dans un environnement où la VH est chose commune. Celles-ci peuvent devenir des «bénéficiaires de soins culturels». En effet, d'après la revue intégrative des écrits effectuée, la VH chez elles représente une problématique identifiée par les infirmières elles-mêmes qui nécessite des interventions ou des soins de prévention. Parce que l'environnement de travail est en interaction continue avec les

infirmières, il exercerait une influence importante sur leurs comportements, leurs interactions sociales, leur bien-être et leur santé. Ainsi, on peut formuler l'hypothèse que les comportements de violence entre les infirmières pourraient être prévenus par des interventions visant à maintenir leur santé ainsi qu'à adapter, remodeler et restructurer des facteurs de l'environnement de travail. Par exemple, on pourrait vouloir remplacer les comportements de VH entre les infirmières afin de les emmener à s'engager dans la création d'une culture *caring*. En effet, la VH chez les infirmières est à l'antipode du *caring*. Pourtant, le *caring* dont l'infirmière fait la démonstration auprès de ses patients et de leurs familles est une attitude naturelle et universelle selon Leininger (2006). Ainsi, il y a certainement une manière de tirer davantage profit de cette attitude dans les relations entre les infirmières. Cependant, pour y parvenir, les infirmières et nombre d'autres acteurs présents au sein de l'organisation doivent s'engager dans la co-crédation d'un environnement de travail exempt de VH.

Ainsi, selon l'étudiante, les gestionnaires d'une organisation de soins pourraient être proactifs en connaissant les facteurs de la culture organisationnelle dans laquelle les infirmières évoluent et en y étant sensibles afin de bien cibler les interventions de prévention de la VH. Ils pourraient agir à titre de «médiateurs» entre les besoins des infirmières et ceux de l'organisation de soin (Leininger, 2001). En effet, ils seraient appelé à jouer le rôle d'agents de changement par des interventions visant à créer un environnement de travail exempt de VH tout en tenant compte des ressources disponibles au sein de l'établissement et des contraintes qu'il impose. En somme, ils auraient à faire l'exercice d'un leadership transformationnel. Cette manière de faire pourrait être qualifiée de *caring*. Les interventions menées par les gestionnaires de soins, le

programme d'aide aux employés ou le syndicat par exemple pourraient alors être cohérentes avec les perceptions des infirmières eu égard aux facteurs organisationnels qui influencent la VH afin d'être significatives et contribuer à l'amélioration des conditions de travail, de la santé et du bien-être des infirmières.

La «Théorie sur la diversité et l'universalité des soins culturels» a été employée dans de nombreuses études en sciences infirmières et dans divers contextes cliniques et culturels afin de mieux comprendre les conceptions de la santé et de la maladie et les besoins de soins d'individus et de groupes à travers le monde (Bourbonnais, 2009; Kuster, Goulet, & Pepin, 2002; Leininger & MacFarland, 2002). Elle présente de nombreuses forces pour combler le manque de connaissances sur les facteurs organisationnels qui influencent la VH chez les infirmières. D'abord, la théorie proposée par Leininger offre une perspective unique. En effet, elle est la seule qui s'intéresse aux multiples facteurs liés à la culture et au *caring* comme des éléments exerçant une influence sur la santé et le bien-être des individus et de groupes (Leininger, 2001). Par ailleurs, selon l'étudiante, l'emploi de cette théorie pourrait faciliter l'exploration et la mise en évidence des facteurs organisationnels qui influencent la VH et pourrait guider les actions préventives à mener par les divers acteurs au sein de l'organisation de soins. Enfin, un modèle a été développé par Leininger afin de représenter schématiquement les principaux concepts de sa «Théorie sur la diversité et l'universalité des soins culturels» et faire ressortir les interrelations entre les différents facteurs environnementaux. Il s'agit du *Sunrise Model* (2001). Celui-ci offre une perspective de ces facteurs parmi lesquels des personnes ou des groupes évoluent. Ce modèle est décrit dans la prochaine section du travail dirigé.

Le *Sunrise Model* (Leininger, 2001)

Le *Sunrise Model* (Leininger, 2001) offre une représentation schématique et holistique de la théorie sur la diversité et l'universalité des soins culturels (1988; 2001; 2006; 2010) afin d'aider les cliniciens, les gestionnaires de soin et les chercheurs à en étudier toutes les composantes, soit la culture, les facteurs environnementaux, les soins et leurs résultats. La figure 3 ci-après présente la traduction libre autorisée du *Sunrise Model* (Leininger, 2001) (voir la version originale à l'Annexe D).

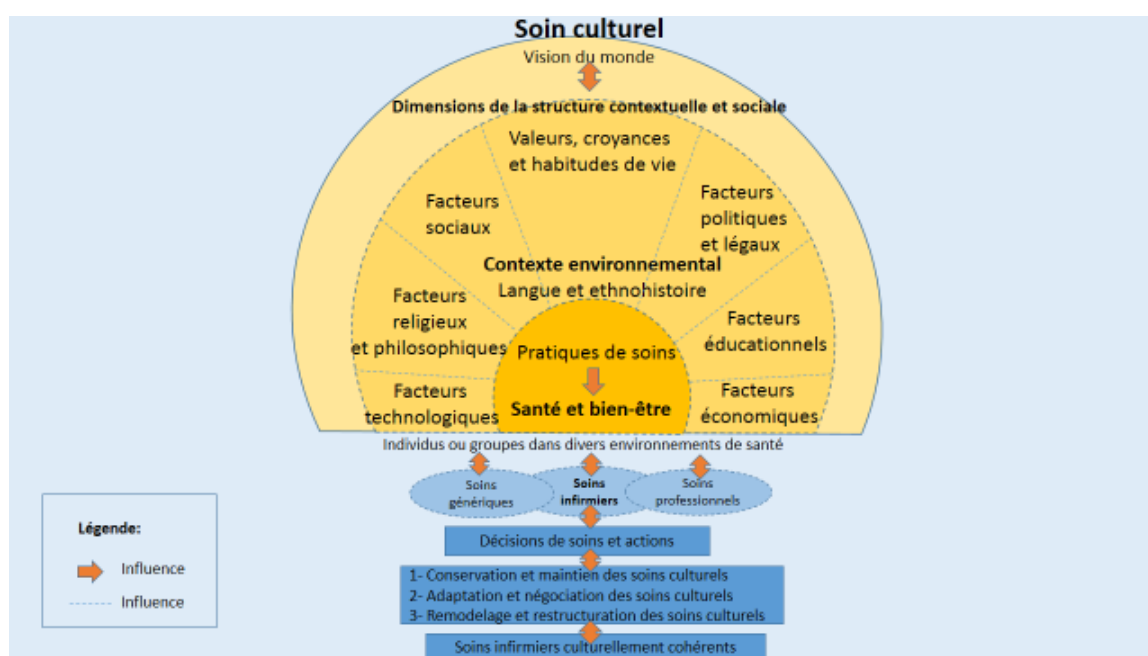


Figure 3 : *Sunrise Model* (Leininger, 2001). [Traduction libre autorisée] par Méлина Royal (2014).

Se situant au sommet du modèle, le soin culturel est l'objectif à atteindre par l'infirmière soignante. Il réfère à des valeurs, des croyances, des normes et des habitudes de vie qui facilitent ou rendent possible le maintien de la santé et du bien-être (Leininger, 2001). Le soin culturel dépend de la connaissance approfondie de la vision du monde à laquelle adhère une personne ou un groupe. Pour des infirmières soignantes, un

environnement de travail sain signifie, entre autres, un environnement de travail exempt de VH.

La vision du monde permet à l'individu de se situer dans son environnement. Elle comprend des dimensions de la structure contextuelle et sociale, lesquelles sont en interrelation et inter-influence constante; ce qui est mis en évidence par les flèches à double sens. En plus de la langue et de l'ethnohistoire des individus, ces dimensions comprennent sept facteurs contextuels décrits précédemment soit, les facteurs technologiques; religieux et philosophiques; sociaux; politiques et légaux; économiques; éducationnels, de même que des valeurs, des croyances et des habitudes de vie partagées par un groupe d'individus et qui donnent un sens aux pratiques de soins qu'ils choisissent (Leininger, 2001). Ces pratiques influencent la santé et le bien-être d'individus et de groupes œuvrant dans un établissement de soins.

Les soins infirmiers réfèrent à l'apprentissage d'une discipline et d'une profession humanistes et scientifiques qui visent à favoriser le maintien ou le recouvrement de la santé et du bien-être des personnes ou des groupes dans le respect de leur culture (Leininger, 2001). Ceci demande la négociation de deux types de soins, d'où le concept de médiateur culturel. Le premier type, les soins génériques sont propres aux personnes et le résultat de connaissances et de compétences apprises et transmises au sein d'un groupe (Leininger, 2001). Le second type, les soins professionnels, réfère aux connaissances et aux compétences enseignées et apprises de manière formelle au sein d'une institution (Leininger, 2001). Cette négociation devrait mener à des prises de décision conjointe et à des actions créatives menées selon trois principes. Ceux-ci doivent guider les soins infirmiers culturellement cohérents (Leininger, 2006).

Le premier principe est celui de la conservation et du maintien des soins culturels. Ce principe favorise la conservation des soins culturels qui sont efficaces par des actions, des ressources et des politiques d'assistance et de facilitation culturellement cohérentes pour les personnes. Le deuxième principe est celui de l'adaptation ou de la négociation des soins culturels. Dans ce cas, les soins bénéficient de modifications par l'ajustement d'actions, de ressources et de politiques pour être davantage cohérentes avec la culture, les attentes et les besoins de soins des personnes tout en étant efficaces. Enfin, le troisième principe est celui du remodelage ou de la restructuration des soins culturels qui ne favorisent pas la santé et le bien-être. Il vise à proposer aux personnes une nouvelle signification aux soins afin qu'ils s'engagent dans les changements nécessaires au maintien ou au recouvrement de leur santé et de leur bien-être. Le résultat des actions sera des soins culturellement cohérents.

Appliquée à la problématique qui nous intéresse, la moitié supérieure du *Sunrise Model* (Leininger, 2001) telle que présentée à la figure 2 pourrait être utile aux gestionnaires de soins infirmiers et aux chercheurs. D'une part, elle pourrait permettre à des gestionnaires tels que la directrice des soins infirmiers (DSI), le directeur des ressources humaines (DRH) et les infirmières chefs de tirer une richesse d'informations sur les facteurs organisationnels qui influencent les comportements de VH chez un groupe d'infirmières. Les gestionnaires pourraient s'inspirer du *Sunrise Model* (Leininger, 2001) et de son illustration pour développer un guide d'entrevue ou un questionnaire destiné aux infirmières soignantes et aux personnes concernées par la VH au sein de l'organisation afin de susciter la discussion. Des gestionnaires de soins pourraient également vouloir les consulter afin d'orienter leurs observations face aux

facteurs organisationnels pouvant influencer la VH sur une unité de soins. La connaissance de ceux-ci permettrait d'orienter le développement d'interventions de prévention primaire, secondaire et tertiaire³ de la VH créatives et culturellement cohérentes lorsque nécessaire. À cet effet, la partie inférieure du modèle est intéressante, puisqu'elle propose trois principes de soins (la conservation ou le maintien, l'adaptation ou la négociation, le remodelage ou la restructuration), lesquels pourraient mener à l'adoption d'interventions variées et ajustées aux particularités du milieu de soins visé. D'autre part, des chercheurs pourraient appuyer leurs études portant sur les facteurs qui influencent la VH chez les infirmières sur la portion supérieure du modèle afin d'en explorer le plus possible ou de justifier l'exploration de facteurs en particulier. Par exemple, suite à la revue des écrits entourant la VH chez les infirmières, il apparaît qu'aucune étude n'a porté sur les facteurs religieux et philosophiques, économiques, technologiques ou sur la langue. Ainsi, il pourrait être judicieux que des chercheurs s'attardent à ceux-ci.

En résumé, l'emploi de la théorie sur la diversité et l'universalité des soins culturels proposée par Leininger (1988; 2001; 2006; 2010) accompagné du *Sunrise Model* (2001) par des gestionnaires de soins et des chercheurs, pourrait contribuer à une meilleure compréhension de la VH chez les infirmières et en particulier des facteurs organisationnels qui l'influencent. Une discussion entourant cette proposition et le travail dirigé dans son ensemble est présentée dans la prochaine section.

³Leininger n'a pas employé l'expression «prévention primaire, secondaire et tertiaire». Cependant nous l'avons choisie afin de demeurer cohérents avec les écrits sur la VH.

Discussion

Cette section du travail dirigé propose un regard critique et une analyse réflexive sur la proposition qui a été émise. Elle porte également sur les forces et les limites du travail de recherche et d'analyse. Enfin, elle présente en quoi ce travail dirigé contribue à l'avancement des connaissances en sciences infirmières.

Selon l'étudiante, une force du *Sunrise Model* (Leininger, 2001) réside dans sa forme qui favorise la rétention de l'information qui s'y trouve et facilite son utilisation par les gestionnaires de soins infirmiers, les divers informateurs-clés et les infirmières-chercheuses. Aussi, bien que tiré d'une théorie très vaste et holistique, le *Sunrise Model* (2001) offre la possibilité de guider de façon pragmatique l'étude des facteurs organisationnels pouvant être impliqués dans le phénomène de la VH entre les infirmières. De plus, il ne constitue pas simplement un outil de collecte des données, mais il propose clairement aux gestionnaires de soins infirmiers des principes d'utilisation des données recueillies afin de concevoir des stratégies de prévention de la VH qui soient culturellement cohérentes.

Pour ces raisons, il semblerait intéressant d'employer le *Sunrise Model* (Leininger, 2001) issu de la «Théorie sur la diversité et l'universalité des soins culturels» de Leininger (1988; 2002; 2006; 2010) pour l'exploration de facteurs organisationnels qui influencent la VH chez les infirmières. Ce dernier aurait l'avantage d'illustrer concrètement le contexte de travail particulier dans lequel œuvrent des infirmières soignantes ainsi que les facteurs organisationnels à explorer. Il permettrait d'alimenter la réflexion sur le sujet de manière ciblée, exhaustive et structurée pour favoriser davantage la santé et le bien-être des infirmières.

Cependant, une limite pourrait être liée à la complexité de la documentation et de l'analyse des données de l'ensemble des facteurs environnementaux présentés dans le *Sunrise Model* (Leininger, 2001). Ainsi, il pourrait être pertinent de se concentrer sur des facteurs jugés prioritaires ou sur lesquels un plus grand contrôle peut être exercé par des gestionnaires de soins. Pour cette raison, les chercheurs devraient travailler en étroite collaboration avec les infirmières et les gestionnaires de soins afin d'examiner les facteurs clés pour chaque milieu de soin et pour développer, mettre à l'essai et évaluer un programme de prévention primaire, secondaire et tertiaire de la VH.

Il est aussi important de se rappeler que l'exercice d'identifier des facteurs organisationnels influençant la VH chez les infirmières serait à reprendre périodiquement, puisque les environnements de travail évoluent rapidement. Enfin, ces recherches ne seront justifiées que dans la mesure où une surveillance de la prévalence de la VH dans les différentes unités de soins sera effectuée afin de mesurer l'efficacité des stratégies de prévention implantées, ce qui demandera un engagement soutenu de la part des gestionnaires de soins infirmiers.

Examinons maintenant quelles sont les forces du travail dirigé. D'abord, la problématique bien cernée et pertinente justifie la revue intégrative des écrits empiriques entourant la VH chez les infirmières et des écrits théoriques portant sur les cadres théoriques ayant été employés antérieurement dans les études sur la VH. Ensuite, la démarche méthodologique inspirée de Whitemore et Knafl (2005), constitue une force importante de ce travail dirigé, parce qu'elle impose une rigueur soutenue et une collaboration étroite avec des experts lors des différentes étapes des démarches de recherche et d'analyse des écrits. Enfin, la traduction française du *Sunrise Model*

(Leininger, 2001) en facilite la diffusion et l'appropriation dans le contexte de santé québécois.

En ce qui concerne les limites, comme le mentionnent Whittemore et Knafl (2005), le processus de recension des écrits étant complexe, il est possible que des études pertinentes aient été omises dans la revue intégrative des études. De plus, les contraintes de temps pour réaliser le travail dirigé et d'espace afin de répondre aux exigences émises par la Faculté des Sciences infirmières constituent des limites non-négligeables.

Enfin, les contributions à l'avancement des connaissances en sciences infirmières de ce travail dirigé sont multiples. Premièrement, il propose une revue intégrative des écrits entourant spécifiquement le sujet de la VH chez les infirmières soignantes et sur les cadres théoriques ayant été employés à ce jour pour étudier ce problème, ce qui à notre connaissance, n'avait pas été fait jusqu'à présent. Deuxièmement, il y contribue aussi par l'émission d'une proposition originale afin d'explorer des facteurs organisationnels influençant la VH chez les infirmières soignantes. Désormais, la documentation de ces facteurs peut se faire de manière plus structurée et ciblée, ce qui constitue une étape essentielle au développement ultérieur de stratégies de prévention de la VH chez les infirmières qui soient les plus prometteuses. Enfin, la perspective infirmière proposée devrait faciliter le transfert des connaissances de la théorie à la pratique en plus de soutenir les recherches en sciences infirmières futures sur le sujet.

Conclusion

Pour conclure, le développement de connaissances entourant les facteurs organisationnels influençant la VH chez les infirmières s'avère essentielle afin de guider l'avancement de stratégies de prévention au niveau de l'organisation. Cependant, ces connaissances pourraient également être utiles à d'autres acteurs et non seulement aux gestionnaires de soins et aux chercheurs. Par exemple, les résultats des sondages internes et des études menées sur les facteurs organisationnels pourraient intéresser l'Ordre des Infirmiers et Infirmières du Québec (OIIQ). Responsable de la protection du public, il pourrait vouloir connaître les facteurs organisationnels qui influencent la VH afin de guider les organisations de soins vers la création d'un environnement de travail propice à l'offre de soins infirmiers de qualité et sécuritaires. De leur côté, la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) et les syndicats pourraient aussi être intéressés afin d'offrir aux infirmières un environnement de travail favorisant leur bien-être. En résumé, le développement de connaissances additionnelles sur les facteurs organisationnels qui influencent la VH chez les infirmières guidée par la «Théorie sur la diversité et l'universalité des soins culturels» (Leininger, 1988; 2001; 2006; 2010) et le *Sunrise Model* (Leininger, 2001) pourraient soutenir les efforts des différents acteurs souhaitant mener des actions concertées afin de la prévenir. Les infirmières, les patients et les organisations de soins pourraient ainsi en bénéficier.

Références

- Andersen, C. (2002). Workplace Violence: Are some nurses more vulnerable? *Issues in Mental Health Nursing*, 23(4), 351-366.
- Bandura, A. (1971). *Social Learning Theory*. Morristown: General Learning Press.
- Bandura, A. (1978). Social Learning Theory of Aggression. *Journal of Communications*, 28, 12-21.
- Bartholomew, K. (2006). *Ending Nurse-to-Nurse Hostility: Why Nurses Eat Their Young and Each Other*. Marblehead: HCPro.
- Bass, B. M. (1999). Two decades of research and development in transformational leadership. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8(1), 9-32.
- Beck, C. T. (1994). Phenomenology: its use in nursing research. *International Journal of Nursing Studies*, 31(6), 499-510.
- Bourbonnais, A. (2009). *Le sens des cris de personnes âgées vivant avec une démence en centre d'hébergement et de soins de longue durée* (Dissertation doctorale). Montréal: Université de Montréal.
- Briles, J. (1994). *The Briles Report on Women in Healthcare: Changing Conflict to Collaboration in a Toxic Workplace*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Coverdale, J., Gale, C., Weeks, S., & Turbott, S. (2001). A Survey of Threats and Violent Acts by Patients Against Training Physicians. *Medical Education*, 35(2), 153-159.
- Croft, R. K., & 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.
- DeMarco, R., Roberts, S. J., Norris, A., & McCurry, M. K. (2008). The Development of the Nurse Workplace Scale: Self-Advocating Behaviors and Belief in the Professional Workplace. *Journal of Professional Nursing*, 24(5), 296-301.
- Eggerston, L. (2011). Targeted: The impact of bullying, and what needs to be done to eliminate it. *Canadian Nurse.com*, June, 18-20.
- Einarsen, S. & Raknes, B. (1997). Harrassment at work and the victimization of men. *Violence and Victims*, 12, 247-263.
- Einarsen, S., Hoel, H., & Notelaers, G. (2009). Measuring exposure to bullying and harrassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the negative acts questionnaire-revised. *Work and Stress*, 23, 24-44.
- Farrell, G. A. (2001). From tall poppies to squashed leaves: Why don't nurses pull together more? *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 26-33.

- Farrell, G. A., Bobrowski, C., & Bobrowski, P. (2006). Scoping workplace aggression in nursing: Findings from an Australian study. *Journal of Advanced Nursing*, 55(6), 778-787.
- Freire, P. (1974). *Pédagogie des opprimés*. Paris : Librairie François Maspero.
- Freire, P. (2005). *Pedagogy of the oppressed: 30th anniversary*. New York: Continuum.
- French, J. R., Caplan, R. D., & Harrison, R. V. (1982). *The mechanisms of job stress and strain*. Chichester: Wiley.
- Goggin, J. E. (1974). Dependency, Imitation learning, and the Process of Identification. *The Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development*, 125(1), 207-217.
- Griffin, M. (2004). Teaching Cognitive Rehearsal as a Shield for Lateral Violence: An Intervention for Newly Licensed Nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 35(6), 257-263.
- Haslam, S. A., Reicher, S. D., & Levine, M. (2012). When other people are heaven, when other people are hell: How social identity determines the nature and impact of social support. Dans J. Jetten, C. Haslam, & S. A. Haslam. *The Social Cure: Identity, Health and Well-being*. New York: Psychology Press. (p. 157-174). Consulté le 25 mars 2014 de <http://books.google.ca>
- Jackson, D., Firtco, A., & Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 1-9.
- Jauvin, N. (2003). *La violence organisationnelle: Parcours conceptuel et théorique et proposition d'un modèle compréhensif intégrateur*. Québec : CLSC-CHSLD-Haute-Ville-Des Rivières. Consulté le 13-09-10 de <http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/CLSC-CHSLD-Haute-Ville-Des-Rivieres/ViolenceOrganisationnelle.pdf>
- Johnson, S. L. (2009). International perspectives on workplace bullying among nurses: a review. *International Nursing Review*, 56(2), 34-40.
- Judge, T. A., & Piccolo, R. F. (2004). Transformational and Transactional Leadership: A Meta-Analytic Test of Their Relative Validity. *Journal of Applied Psychology*, 89(5), 755-768.
- Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Katrinli, A., Atabay, G., Gunay, G., & Cangrali, B. G. (2010). Nurses' perceptions of individual and organizational political reasons for horizontal peer bullying. *Nursing Ethics*, 17(5), 614-627.
- Kuster, M., Goulet, C., & Pepin, J. (2002). Signification du soin postnatal pour des immigrants algériens. *L'infirmière du Québec*, 10(1), 12-23.

- Langer, M. M. (1989). *Merleau-Ponty's Phenomenology of perception: A Guide and Commentary*. Thalassée: The Florida State University Press.
- Laschinger, H. K. S., & Grau, A. L. (2012). The influence of personal 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.
- Leininger, M. (1988). Leininger's Theory of Nursing: Cultural Care Diversity and Universality. *Nursing Science Quarterly*, 1(4), 152-160.
- Leininger, M. M. (2001). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. Mississauga: Jones and Bartlett Publishers Canada.
- Leininger, M. M. (2002). Culture Care Theory: A major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189-192.
- Leininger, M. M. (2006). Selected Culture Care Findings of Diverse Cultures using Culture Care Theory and Ethnomethods. Dans M. M. Leininger et M.R. McFarland (Eds.). *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory*. (p. 281-306). Mississauga: Jones and Bartlett Publishers.
- Leininger, M. M., & MacFarland, M. R. (2002). *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice*. (3e éd.) New York: McGraw-Hill.
- Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2010). Madeleine Leininger's theory of Culture Care Diversity and Universality. Dans M. E. Parker et M. C. Smith (Eds.). *Nursing Theories and Nursing Practice*. (3^e éd.). Philadelphia : F. A. Davis Company.
- Lemelin, L. (2004). *Étude descriptive de la violence occupationnelle auprès d'infirmières du Québec* (Thèse de Maîtrise). Montréal: Université de Montréal.
- Lindy, C., & Schaefer, F. (2010). Negative workplace behaviours: an ethical dilemma for nurse managers. *Journal of Nursing Management*, 18(3), 285-292.
- Loiselle, C. G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent : Éditions du Renouveau Pédagogique.
- Longo, J., & Sherman, R. O. (2007). Leveling horizontal violence. *Nursing Management*, 38(3), 34-37 et 50-51.
- MacGregor Burns, J. (1978). *Leadership*. New York: Harper & Row, Publishers.
- Malette, C., Duff, M., McPhee, C., Pollex, H., & Wood, A. (2011). Workbook to virtual worlds: A pilot study comparing educational tools to foster a culture of safety and respect in Ontario. *Nursing Research*, 24(4), 44-64.
- Matheson, L. K. & Bobay, K. (2007). Validation of Oppressed Group Behaviors in Nursing. *Journal of Professional Nursing*, 23(4), 226-234.

- McGee, M. (2010). *L'expérience de vieillir au quotidien de femmes âgées montréalaises vivant seules à domicile dans un contexte de précarité économique* (Thèse de Maîtrise). Montréal: Université de Montréal.
- McKenna, Smith, Poole, & Cloverdale, (2003). Horizontal violence: Experiences of registered nurses in their first year of practice. *Journal of Advanced Nursing*, 42(1), 90-96.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. (5^eéd). Paris: Gallimard.
- Miller, M., & Hartung, S. Q. (2011). Covert Crime at Work. *The Pennsylvania Nurse*, 66(4), 11-16.
- Muro, M. & Jeffrey, P. (2008). A critical review of the theory and application of social learning in participatory natural resource management processes. *Journal of Environmental Planning and Management*, 51(3), 325-344.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2002). *Rapport sur la violence et la santé*. Genève : OMS.
- Patton, M., Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods*. (3^e éd.).Californie : Sage Publications
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. (3^e éd.). Montréal : Chenelière Éducation.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Moorman, R. H., &Fetter, R. (1990). Transformational leader behaviors and their effects on followers' trust in leader, satisfaction, and organizational citizenship behaviors. *Leadership Quarterly*, 1(2), 107-142.
- Purpora, C. M. (2010). *Horizontal Violence Among Hospital Staff Nurses and the Quality and Safety of patient Care* (Dissertation doctorale). Récupéré à <http://search.proquest.com/dissertations/docview/762407936/fulltextPDF/1405964F4266DBB5931/12?accountid=12543>
- Purpora, C. M., Blegen, M. A., & Stotts, N.A. (2012). Horizontal Violence Among Hospital Staff Nurses Related to Oppressed Self or Oppressed Group. *Journal of Professional Nursing*, 28(5), 306-14.
- Roberts, S. J. (1983). Oppressed group behavior: implications for nursing. *Advances in Nursing Science*, 5(4), 21-30.
- Roberts, S. (2000). Development of a positive professional identity: Liberating Oneself from the Oppressor Within. *Advances in Nursing Sciences*, 22(4), 71-82.
- Rycroft-Malone, J., Harvey, G., Seers, K., Kitson, A., McCormack, B., & Titchen, A. (2004). An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. *Issues in Clinical Nursing*, 13, 913-924.

- Sadala, M. L. A. & Adorno, R. de C. F. (2002). Phenomenology as a method to investigate the experienced lived: a perspective from Husserl and Merleau-Ponty's thought. *Journal of Advanced Nursing*, 37(3), 282-293.
- Sellers, K. F., Millenbach, L., Ward, K., & Scribani, M. (2012). The Degree of Horizontal Violence in RNs Practicing in New York State. *The Journal of Nursing Administration*, 42(10), 483-7.
- Sheridan-Loes, N. (2008). Understanding Lateral Violence in Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(3), 399-403.
- Siegrist, J. (1996). Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41.
- Sidani, S., & Braden, C. B. (2011). *Design, Evaluation, and Translation of Nursing Interventions*. Iowa: Wiley-Blackwell.
- Simons, S. R., Stark, R. B., & DeMarco, R. F. (2011). A New Four Item Instrument to Measure Workplace Bullying. *Research in Nursing and Health*, 34(2), 132-140.
- Stanley, K. M., Martin, M. M., Michel, Y., Welton, J. M., & Nemeth, L. S. (2007). Examining Lateral Violence in the Nursing Workforce. *Issues in Mental Health Nursing*, 28(11), 1247-1265.
- St-Pierre, I. (2012). How Nursing Managers respond to Intraprofessional Aggression: Novel Strategies to an Ongoing Challenge. *The Health Care Manager*, 31(3), 247-258.
- Thomas, S. P. (2005). Through the lens of Merleau-Ponty: advancing the phenomenological approach to nursing research. *Nursing Philosophy*, 6(1), 63-76.
- Topa, G., & Moriano, J. A. (2013). Stress and nurses' horizontal mobbing: Moderating effects of group identity and group support. *Nursing Outlook*, 61(3), e25-e31.
- vanVegchel, N., de Jonge, J., Bosma, H., Schaufeli, W. (2005). Reviewing the effort-reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Social Science & Medecine*, 60, 1117-1131.
- Vessey, J. A., DeMarco, R., & DiFazio, R. (2011). Bullying, Harassment, and Horizontal Violence in the Nursing Workforce: The state of the Science. Dans A. Debysette & J. Vessey (dir.), *Annual Review of Nursing Research: Nursing Workforce Issues* (vol. 28, p. 133-157). New-York: Springer publishing Company.
- Walfaren, N., Brewer, M. K., & Mulvenon, C. (2012). Sadly Caught Up in the Moment: An Exploration of Horizontal Violence. *Nursing Economics*, 30(1), 6-12.
- Weiss, H. M. (1978). Social Learning of Work Values in Organizations. *Journal of Applied Psychology*, 63(6), 711-718.
- Whittemore, R. & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553.

Yulk, G. (1999). An evaluation of conceptual weakness in transformational and charismatic leadership theories. *Leadership Quarterly*, 10(2), 285-305

Annexe A

Illustration de la démarche de recherche des écrits empiriques

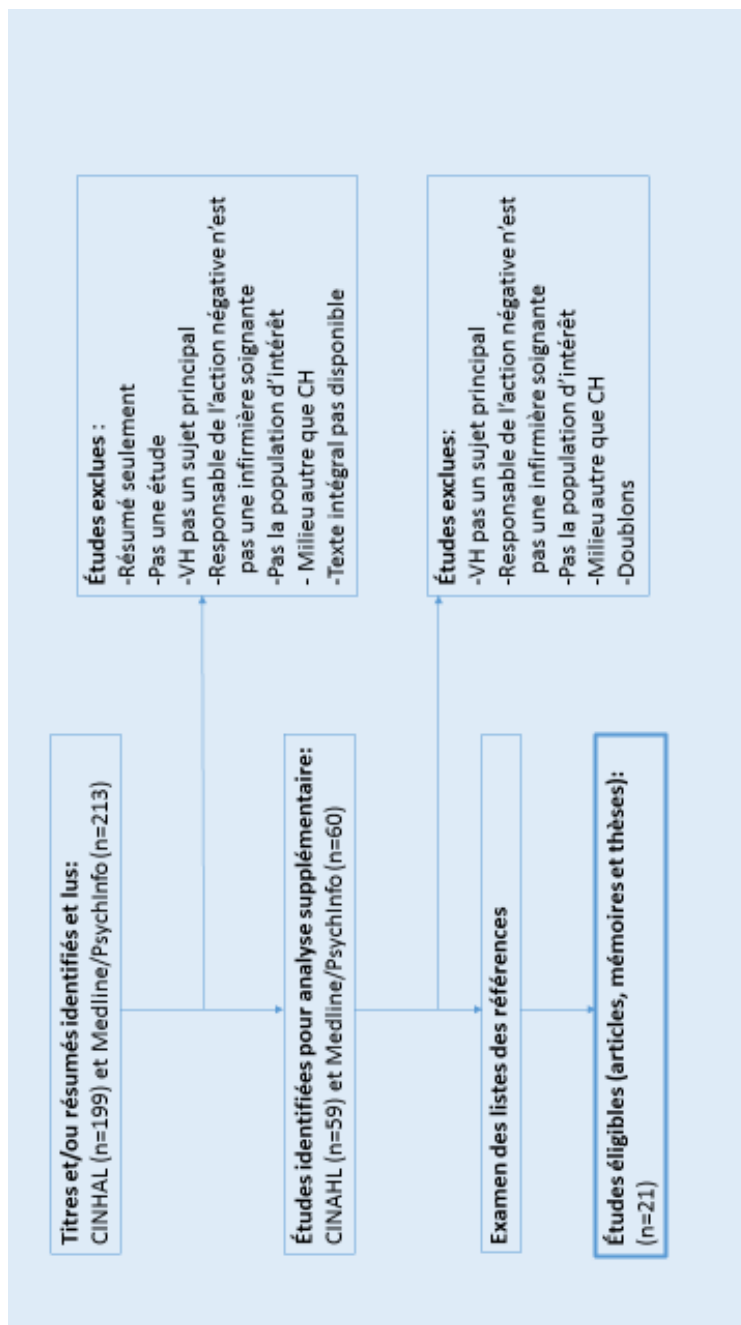


Figure 1 : Illustration de la démarche de recherche des écrits empiriques

Annexe B

**Tableaux des cadres théoriques qui ont été employés pour l'étude de la violence
horizontale (VH) chez les infirmières**

**Tableaux des cadres théoriques qui ont été employés pour l'étude de la violence
horizontale (VH) chez les infirmières**

Auteur/Titre	Contexte de développement	Vision/perspective	Courant philosophique
Freire, P. (1974) Pédagogie des opprimés	Envahissement du Brésil par les Européens, observations de Freire : Les Brésiliens adoptent les valeurs de la culture dominante	Regard sur les interactions sociales (opprimés-oppresseurs) : Facteur externe à l'individu	
Fondements	Concepts centraux	Forces et limites	Utilité pour étude de la VH
Théories de la psycho et de la socio; Dualité opprimé/oppresseur;	Différence de pouvoir entre les groupes; oppression, violence, liberté, éducation	Théorie explicative de la violence. Démontrée valide (DeMarco et al., 2008; Purpora at al., 2012). Rassembleuse. Démarche pour la libération : prise de conscience, recherche de solutions	Application de la théorie au contexte de la VH entre les infirmières par Roberts (1983). Serait appropriée pour aider à la conscientisation du problème, pour le développement d'une stratégie de «libération des infirmières» (Roberts, 2000). Ne considère pas toute l'ampleur du problème de la VH (unidimensionnelle) (Farrell). Fait porter la responsabilité du problème aux infirmières (Hutchison, 2006)

Auteur/Titre	Contexte de développement	Vision/Perspective	Courant philosophique
<p>Bandura, A.</p> <p>Théorie de l'apprentissage social (1971)/ Théorie de l'apprentissage social de la violence (1978)</p>	<p>Rejette les théories explicatives de la violence élaborées.</p>	<p>Regard centré sur l'individu (facteur interne) et la collectivité (facteur externe).</p>	
Fondements	Concepts centraux	Forces et limites	Utilité pour étude de la VH
<p>Théories de la psycho et de la socio;</p> <p>Comportements appris de 3 sources : famille, médias, sous-culture.</p> <p>Apprentissages secondaires à : expériences, observations des modèles de rôles, évaluations, choix des apprenants.</p> <p>Apprenants sont influencés par l'environnement, mais en contrôle de leurs comportements.</p>	<p>Modèles de rôle, Motivation : bénéfiques,</p> <p>Instigateurs et régulateurs,</p> <p>Adoption ou non des comportements violents via le processus d'autorégulation : 1) observation, 2) jugement et 3) choix</p>	<p>Théorie de l'apprentissage social (1971) démontrée valide pour prédire adoption de comportements (Goggin, 2012) et de valeurs (Weiss, 1974) par les apprenants.</p> <p>Individu est vu comme principal responsable de ses actions : risque que les interventions le ciblent lui seulement, au détriment de l'environnement.</p> <p>Multitude des facteurs environnementaux ne sont pas considérés.</p> <p>Complexité du phénomène de la VH pas considérée.</p>	<p>Pas spécifique au contexte de la VH, ou même au contexte de la violence au travail.</p> <p>Utile afin d'étudier l'influence de la préceptrice sur les comportements de la nouvelle embauchée (apprenante).</p> <p>Les comportements de <i>caring</i> pourraient être appris par les nouvelles infirmières si les modèles sont bien choisis.</p>

Auteur/Titre	Contexte de développement	Vision/ Perspective	Courant philosophique
<p>MacGregorBurns Leadership Transformationnel (1978)</p>	<p>Examen des biographies et comportements des leaders politiques.</p>	<p>Avantages du leadership (facteur externe) transformationnel sur l'engagement des individus en période de changement.</p> <p>Sciences politiques.</p>	
Fondements	Concepts centraux	Forces et limites	Utilité pour étude de la VH
<p>L'histoire psychosociale de la personne influence son estime de soi et sa capacité d'empathie nécessaires au développement du leadership transformationnel</p>	<p>Pouvoir : dépend de la motivation et des ressources disponibles</p> <p>Leadership : capacité d'amener les subordonnés à s'engager dans le changement</p> <p>Comportements de leadership transformationnels (amener l'employé à se dépasser et à adopter les valeurs du leader) et transactionnels (forme d'échange)</p>	<p>Vu comme éthique (Podsakoff, 1990).</p> <p>Subordonnés vus comme des alliés. Mais compromis faits par les subordonnés.</p> <p>Impact réel des différentes ressources varie selon les contextes.</p> <p>Validité de la théorie démontrée dans de multiples contextes (Podsakoff et al., 1990; Judge et Piccolo, 2004), mais leadership transactionnel également efficace.</p> <p>Applicable au contexte organisationnel.</p> <p>Regard porté sur un seul facteur de motivation des adeptes : le style de leadership.</p> <p>Perspective dyadique (leader/subordonné) représente une limite (Yulk, 1999).</p>	<p>Guider les leaders dans leur approche afin d'amener les infirmières à s'identifier à une nouvelle culture sans VH.</p>

Auteur/Titre	Contexte de développement	Vision/ Perspective	Courant philosophique
<p>Siegrist, J. (1996)</p> <p>Le modèle du déséquilibre entre efforts et récompenses au travail</p>	<p>Besoin d'intégrer différents concepts issus de diverses perspectives</p>	<p>S'intéresse aux dimensions du travail qui causent le stress et ses effets sur la santé</p> <p>Perspective intégrée : sociologie (contexte de travail), psychologie (caractéristiques personnelles) et biologie (effets immédiats et long-terme sur la santé)</p>	
Fondements	Concepts centraux	Forces et limites	Utilité pour étude de la VH
<p>Se veut complémentaire aux théories de :</p> <p>1) Person-environment fit (French et al., 1982)</p> <p>2) Demand-control Model (Karasek et Theorell, 1990)</p> <p>Centre d'intérêt du modèle porté sur les récompenses</p> <p>Le rôle de travailleur est lié à l'estime de soi et le sentiment d'auto-efficacité</p>	<p>Débalancement : absence de réciprocité entre les efforts et les récompenses entraîne du stress et une détresse émotionnelle</p> <p>Effort :</p> <p><u>Source extrinsèque</u> : demandes et obligation.</p> <p><u>Source intrinsèque</u> : besoin de contrôle pour composer avec les demandes au travail</p> <p>Récompense : Argent, estime, approbation, contrôle du statut</p> <p>Contrôle du statut : Lié à l'exercice du rôle. Peut être menacé.</p>	<p>Intégration de diverses perspectives</p> <p>Reconnait l'importance d'identifier les facteurs de l'environnement de travail en plus des facteurs personnels qui occasionnent un stress</p> <p>Meilleure compréhension du processus selon lequel la détresse survient ET ses effets sur la santé du travailleur</p> <p>Liens entre le déséquilibre effort-récompense et les effets sur la santé physique et psychologique, le bien-être au travail, et les comportements (consommation de cigarette et d'alcool) montrés (revue de 45 études) (van Vegchel et al., 2005)</p> <p>Illustration du modèle paraît incomplète (manque les effets)</p>	<p>Pas de lien formulé par Siegrist (1996) entre le stress et les comportements violents</p> <p>La VH pourrait être une variable comprise dans le contexte de l'environnement de travail (extrinsèque)</p> <p>Topa et Moriano (2013) : le stress au travail est lié à la VH chez les infirmières soignantes. Le stress est inévitable, il faut donc augmenter les ressources mises à leur disposition pour mieux le gérer.</p> <p>Opinion : Il faudrait revoir l'organisation du travail des infirmières (facteur extrinsèque) afin de réduire le stress au travail, puis la VH</p>

Auteur/Titre	Contexte de développement	Vision/ Perspective	Courant philosophique
Identité sociale et soutien de groupe (Haslam, Reicher, & Levine, 2012).	Cherchent à connaître les variables qui modèrent les effets de nos relations sur notre bien-être	Sociologie	
Fondements	Concepts centraux	Forces et limites	Utilité pour étude de la VH
<p>-Les autres ont une influence (positive ou négative) sur le bien-être d'un individu; l'identité sociale peut avoir un effet modulateur sur certaines influences négatives</p> <p>-Lorsque le sentiment d'identité sociale est présent, les individus offrent du soutien aux membres du groupe pour l'avancement des intérêts du groupe.</p> <p>- Les individus appartenant à un groupe ont plus de chance de recevoir du soutien de la part d'individus appartenant à ce même groupe.</p> <p>- Le sentiment d'identité sociale procure une manière d'interpréter le soutien de manière telle qu'il soit vu comme mutuellement favorable (donneur et receveur du soutien).</p>	<p>Identité sociale : sentiment d'appartenance à un groupe</p> <p>Internalisation sociale: social (appartenance liée à un titre ou une fonction) vs psychologique (sentiment, le groupe guide les perceptions, les pensées et les actions de celui qui en fait partie)</p> <p>Auto-catégorisation interne et externe : sentiment, facteur qui définit la relation et les implications de l'expérience de donner et recevoir du soutien</p> <p>Soutien social : son sens et son impact dépend de la relation entre celui qui offre et celui qui reçoit</p> <p>Ressources offertes : matérielles, informationnelles ou émotionnelles</p> <p>Résultat du soutien positif : sentiment d'être aimé ou valorisé par les autres. (peut aussi être négatif). Dépend de divers facteurs : a) motivations et buts de celui qui offre le soutien; b) interprétation et expériences du receveur. Ces facteurs dépendent de la nature de la relation entre les individus et des caractéristiques du contexte social.</p>	<p>-Théorie récente (2011)</p> <p>-Liens entre concepts démontrés (souvent par auteurs)</p> <p>-Facile à comprendre, claire, à première vue logique</p>	<p>-Le sentiment d'identité sociale partagé par les infirmières pourrait faire en sorte qu'elles abandonneraient la VH parce qu'elles souhaitent l'avancement du groupe</p> <p>-Topa et Moriano (2013) ont montré que l'identité sociale et le soutien du groupe ont des effets modulateurs sur la VH chez les infirmières soignantes</p>

Auteur/Titre	Contexte de développement	Vision/ Perspective	Courant philosophique
Merleau-Ponty Phénoménologie de la perception (1945)	Guerres mondiales; M-P fait prisonnier	Vise à décrire l'expérience humaine; Antipositivisme, antiréductionnisme;	Philosophie existentielle (existence de la personne dans le monde)
Fondements	Concepts centraux	Forces et limites	Utilité pour étude de la VH
Pas de vérité, ni de certitude; l'individu comme un tout indissoluble; le monde et l'individu sont indissociables; le chercheur est un apprenant	<p>Incarnation : expression de sentiments par le corps;</p> <p>Intentionnalité : engagement de l'individu dans le monde;</p> <p>Perception : ouverture sur la réalité, est apprise;</p> <p>Le corps : outil de perception, communication, mobilité</p>	<p>Complexe et controversée, manque de clarté.</p> <p>Utile pour décrire et comprendre l'expérience vécue.</p> <p>Reconnaît l'influence de facteurs environnementaux et des relations sur la perception des expériences vécues, mais ne les identifie pas.</p> <p>Permet le dévoilement de données inaccessibles par d'autres approches (quantitatives).</p> <p>Ne permet pas de guider précisément l'entrevue. Le répondant parlera de ce qui est important pour lui.</p> <p>Exercice de <i>bracketing</i> par le chercheur nécessaire pour éviter les biais.</p>	<p>Convient aux sciences infirmières, car concepts centraux sont d'intérêt pour les infirmières. Permet de répondre aux questions qui intéressent les infirmières telles que la compréhension de l'expérience de santé.</p> <p>Permet de décrire ce que c'est de vivre la VH.</p> <p>Elle permettrait de faire ressortir plusieurs des facteurs pouvant être liés à la VH selon elles, basées sur leurs propres expériences de VH. Cependant, une théorie plus ciblée pourrait être avantageuse afin d'identifier le plus grand nombre possible de ces facteurs.</p> <p>Dans la pratique : contribue à humaniser les soins.</p>

Annexe C

Autorisation d'emploi et de traduction du *Sunrise Model* (Leininger, 2001)

Montreal, May 14th 2014

Dear Dr. Leininger,

I am a master's student at the Nursing Faculty of the University of Montréal. I am directed by Line Beaudet, R.N., Ph. D., Associate Director for Nursing Research and Sylvie Dubois, R.N., Ph.D., Nursing Director, both working at the Centre Hospitalier Universitaire de Montréal (CHUM).

I am currently interested in proposing a theoretical model that would help identify organizational factors that may influence horizontal violence amongst staff nurses working in hospitals. The *Sunrise Model* developed by Dr. M. M. Leininger is, in my opinion, a great framework that could help managers and nurses identify the key relevant factors within a specific work context and ultimately guide culturally congruent interventions aimed at preventing horizontal violence.

I need permission to translate the model to French, possibly adapt it to assure a better fit with my subject of interest, and join the original and the translation to my «travail dirigé». I also request permission to use the model in future publications and presentations (possibly over the next 2 to 3 years).

Unfortunately, the editors, COPIBEC and the Copyright Clearance Center (CCC) were unable to help me. I have also written to <http://www.madeleine-leininger.com> and the *American Academy of Nursing*, as well as to Mrs McFarland, an ex co-worker of Dr Leininger, but to this day, I haven't had a reply. Therefore, Mrs Tina Lusignan, from the Copyboard of Canada has asked me to communicate with you in a last attempt to find the detainer of the rights of Dr Leininger's work.

The *Sunrise Model* illustration was found at p. 43 in:
Leininger, M.M. (2001). *Culture Care Diversity and Universality: A theory of nursing*. Boston: Jones and Bartlett Publishers inc. and National League for Nursng.
ISBN 0-7637-1825-4

I greatly appreciate your help,

Melina Royal, R. N.

melina.royal@umontreal.ca

e.c. Marilyn McFarland

Ms., Melina Royal, RN, This is to authorize the above request with the stipulation that all aspects of the author's, Madeleine M. Leininger, Ph.D. works, theories, models & quotations be duly ascribed to her.
My apology to the delayed response, as I was traveling.
Best regards,
Exec. of the Madeleine M. Leininger Estate dtd. 5-27-14
r MD,

Annexe D

Sunrise Model (Leininger, 2001)

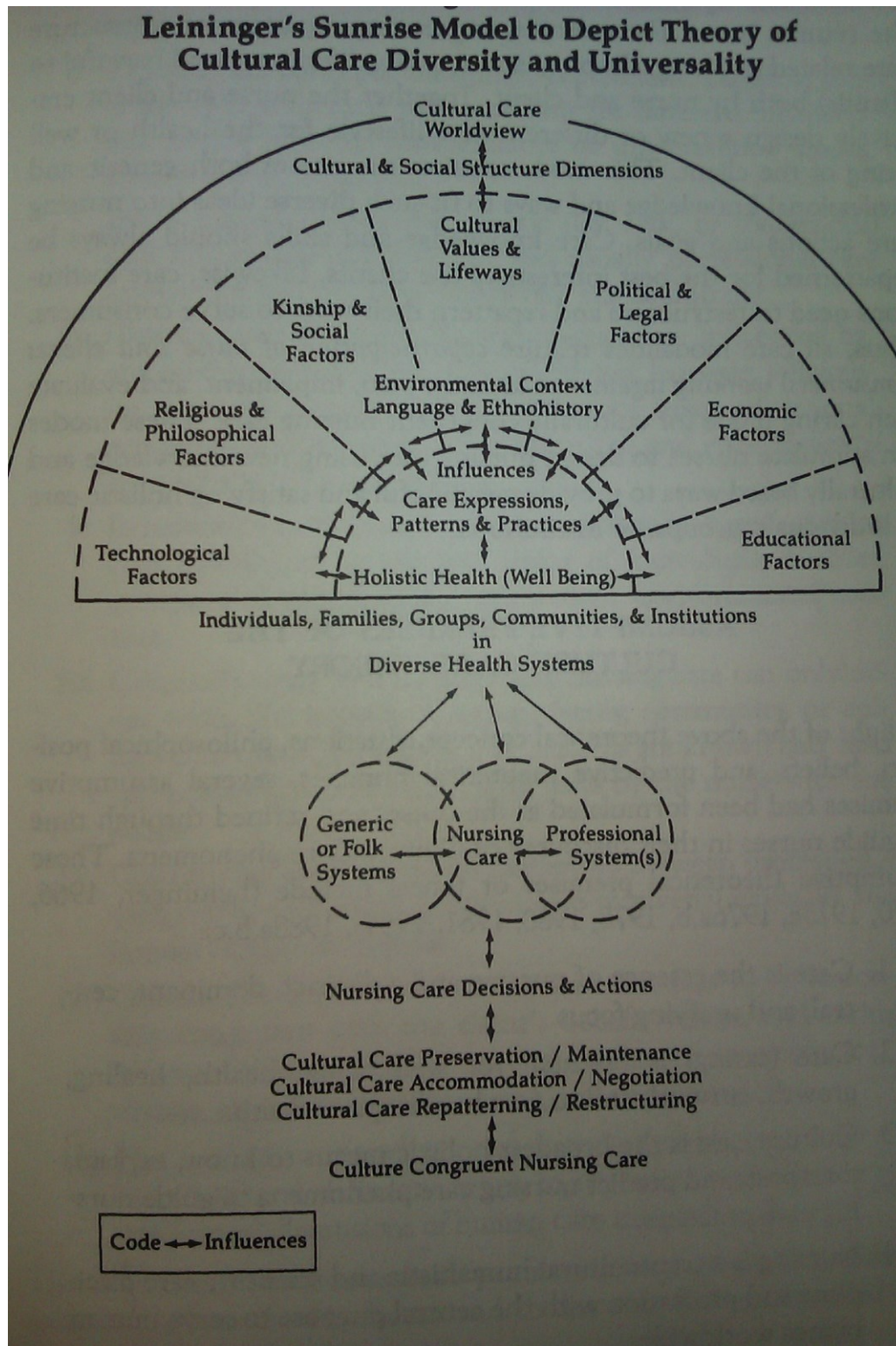


Figure 2 : Sunrise Model (Leininger, 2001) tirée de Leininger, M. M. (2001). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. Mississauga: Jones and Bartlett Publishers Canada.

Annexe E

Sunrise Model (Leininger, 2001). [Traduction libre autorisée]

par Méлина Royal (2014)

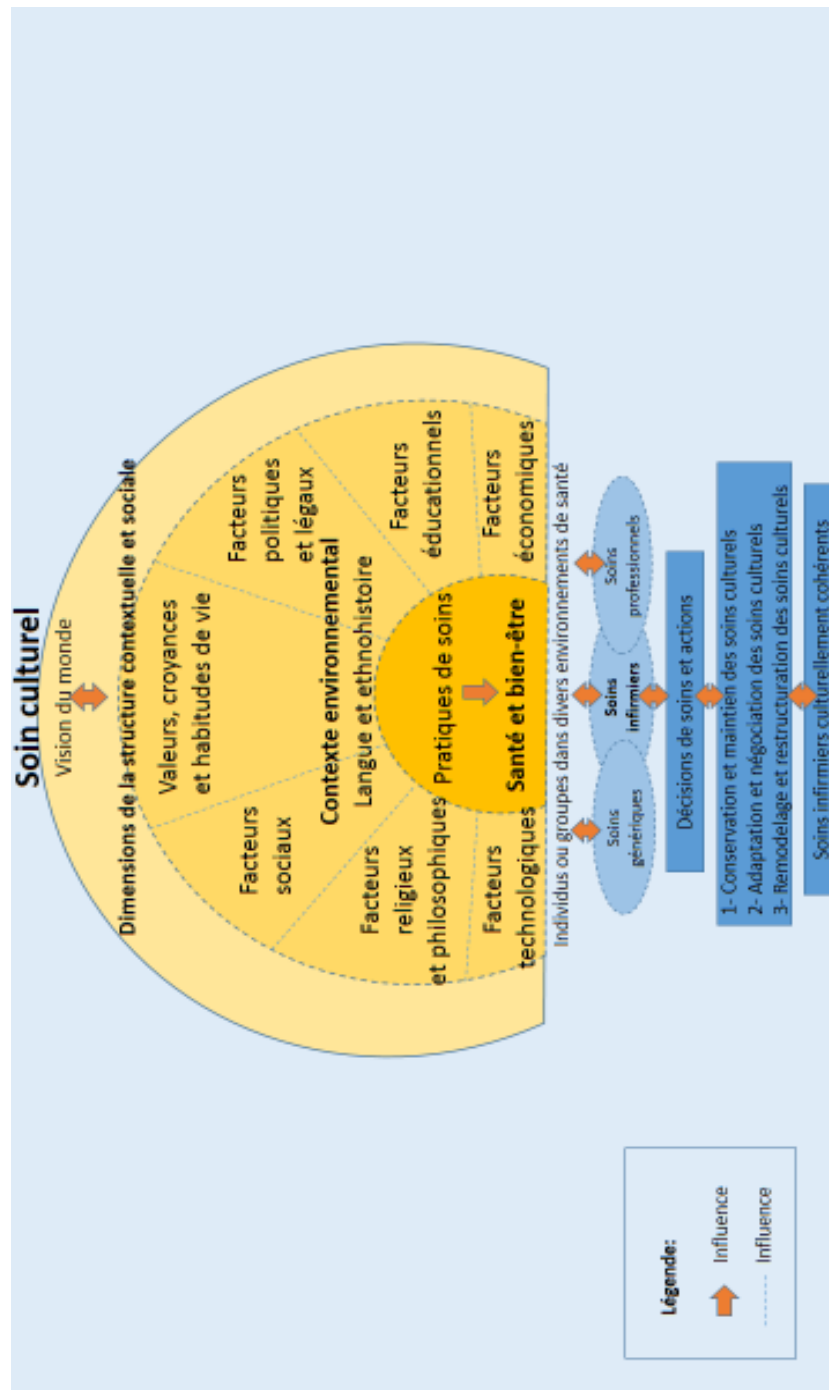


Figure 3 : *Sunrise Model* (Leininger, 2001). [Traduction libre autorisée] par Méлина Royal (2014)