

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

OFFERT À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

EN VERTU D'UN PROTOCOLE D'ENTENTE

AVEC L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

PAR

SANDRA ST-PIERRE

HARCÈLEMENT PSYCHOLOGIQUE, SANTÉ PSYCHOLOGIQUE, STRESS

ET SATISFACTION AU TRAVAIL CHEZ DES INFIRMIÈRES

TRAVAILLANT EN MILIEU HOSPITALIER

OCTOBRE 2011

Sommaire

Cette étude avait pour objectif d'évaluer la proportion des personnes qui ont été ou qui sont actuellement victimes de harcèlement psychologique au travail chez une population d'infirmières âgée de 18 ans et plus travaillant dans différents hôpitaux du Québec. L'étude visait aussi à évaluer les caractéristiques et les sources du harcèlement psychologique de même que les réactions face au harcèlement vécu par les infirmières mentionnant avoir été ou être actuellement victimes de harcèlement. La présente étude a aussi comparé la santé psychologique, le niveau de stress et la satisfaction au travail des infirmières mentionnant avoir été ou être actuellement victimes de harcèlement psychologique au travail et celles mentionnant ne pas en avoir été victimes. Au total, 96 infirmières travaillant dans des milieux hospitaliers du Québec ont participé à l'étude et ont ainsi complété l'Inventaire de Leymann, le SCL-90-R, l'Échelle de bien-être général, la Mesure du stress psychologique et l'Échelle de satisfaction globale au travail. Les résultats démontrent notamment qu'une proportion importante des infirmières en milieu hospitalier (43 %) ont déjà subi ou subissent actuellement du harcèlement psychologique au travail. Cette étude a aussi révélé que les infirmières ayant été victimes de harcèlement psychologique au travail ont subi ce harcèlement psychologique principalement de la part des collègues de travail et d'un supérieur hiérarchique. Les résultats ont également démontré que les infirmières qui ont déjà subi ou qui subissent actuellement du harcèlement psychologique au travail présentent significativement plus de symptômes de stress psychologique global que les infirmières ne subissant pas de harcèlement psychologique au travail. De façon générale, les deux

groupes ne diffèrent pas significativement quant à leur niveau de détresse et de bien-être psychologique ni au niveau de leur satisfaction au travail.

Table des matières

Sommaire	ii
Liste des Tableaux	vii
Remerciements.....	ix
Introduction.....	1
Prévalence du harcèlement au travail.....	4
Harcèlement au travail chez les infirmières.....	5
Études évaluant la prévalence du harcèlement au travail, les sources et le signalement	5
Études évaluant en outre les conséquences du harcèlement psychologique	6
Objectifs de l'étude.....	9
Hypothèses de recherche	10
Méthode	12
Participants.....	13
Description des variables et mesures	15
Caractéristiques sociodémographiques	15
Caractéristiques liées aux études et au travail.....	16
Harcèlement psychologique au travail	16
Groupe d'appartenance	19
Stress psychologique	20

Table des matières (suite)

Santé psychologique.....	21
Déresse psychologique	21
Bien-être psychologique	27
Satisfaction au travail	30
Procédures et déroulement de l'expérience	31
Analyses de données	33
Résultats.....	34
Caractéristiques sociodémographiques	35
Caractéristiques liées aux études et au travail.....	37
Harcèlement psychologique au travail.....	41
Âge des participants et variables dépendantes.....	50
Stress psychologique.....	50
Santé psychologique	50
Déresse psychologique	50
Échelle globale de déresse psychologique.....	50
Sous-échelles de déresse psychologique	55
Bien-être psychologique.....	55
Échelle globale du bien-être psychologique	55
Sous-échelles du bien-être psychologique.....	57
Satisfaction au travail.....	57
Discussion.....	60

Table des matières (suite)

La présence de harcèlement et les sources.....	62
Harcèlement	62
Sources du harcèlement.....	64
Stress psychologique.....	66
Santé psychologique	67
Satisfaction au travail.....	70
Forces et limites de l'étude	72
Références.....	76

Liste des Tableaux

Tableau 1 :	Analyses descriptives et analyses de comparaisons d'échantillons indépendants (Test T) de l'âge, du nombre d'enfants total, du nombre d'enfants qui habitent encore à la maison et du nombre d'années de scolarité complétée selon le groupe d'appartenance, et analyses descriptives et analyses du chi-carré du statut marital, de la présence ou non d'enfant, de l'appartenance à une minorité visible et d'un suivi ou non en psychothérapie selon le groupe d'appartenance	36
Tableau 2 :	Analyses descriptives des caractéristiques liées aux études et au travail selon le groupe d'appartenance	38
Tableau 3 :	Analyses descriptives et analyses de comparaisons d'échantillons indépendants (Test T) du nombre d'années d'ancienneté en tant qu'infirmière, du nombre d'années d'ancienneté en milieu hospitalier, du nombre d'années d'ancienneté dans l'établissement, du nombre d'infirmières sur le département et du nombre de médecins sur le département selon le groupe d'appartenance	42
Tableau 4 :	Harcèlement psychologique au travail.....	43
Tableau 5 :	Corrélations bivariées entre l'âge des participants et les variables dépendantes (stress psychologique, détresse psychologique, bien-être psychologique, satisfaction au travail)	51

Liste des Tableaux (suite)

Tableau 6 :	Analyses descriptives et analyse de covariance univariée (ANCOVA) du stress psychologique selon le groupe d'appartenance.....	52
Tableau 7 :	Analyses descriptives et analyses de covariance univariées (ANCOVA) de la détresse psychologique et de ses sous- échelles selon le groupe d'appartenance	53
Tableau 8 :	Analyses descriptives et analyses de covariance univariées (ANCOVA) du bien-être psychologique et de ses sous-échelles selon le groupe d'appartenance	56
Tableau 9 :	Analyses descriptives et analyse de covariance univariée (ANCOVA) de la satisfaction au travail selon le groupe d'appartenance.....	58

Remerciements

J'aimerais tout d'abord remercier ma directrice de recherche, Dr Karine Côté, pour son soutien, ses encouragements et pour sa disponibilité tout au cours de la production de cet essai. Je tiens également à remercier Madame Suzanne Bélanger, directrice des Services aux clientèles et des communications de l'OIIQ pour sa collaboration lors du recrutement des participants. Je remercie sincèrement toutes les personnes qui ont accepté de participer à cette étude, soit les infirmières faisant partie de l'OIIQ travaillant en milieux hospitaliers ainsi que les infirmières étudiant au baccalauréat en sciences infirmières. Un gros merci à Madame Anne-Renée Fillion pour son aide et sa générosité pour ce projet.

Je tiens enfin à remercier de façon toute spéciale mes parents, mon conjoint Jean-Luc et mes garçons (Justin, Tristan et Edward) pour m'avoir supportée avec leur amour et leurs encouragements tout au long de l'accomplissement de cet essai.

Introduction

Depuis plusieurs années, le harcèlement psychologique au travail, appelé également abus verbal, abus moral, bullying ou mobbing au travail, a retenu l'attention de plusieurs chercheurs. Une première définition du harcèlement au travail a été élaborée par Brodsky (1976), pour qui le harcèlement moral consiste en des tentatives répétées et persistantes d'une personne afin de tourmenter, briser la résistance, frustrer ou obtenir une réaction d'une autre personne.

Leymann (1996), quant à lui, a défini « le concept de *mobbing* » comme étant l'enchaînement, sur une assez longue période, de propos et d'agissements hostiles exprimés ou manifestés par une ou plusieurs personnes envers une tierce personne (la cible). Cette définition met en évidence les aspects spécifiques du mobbing et établit une distinction entre le mobbing et certaines autres formes de communication d'hostilité. L'auteur a aussi proposé une typologie des agissements constitutifs du harcèlement psychologique en cinq groupes : il s'agit d'agissements visant à empêcher la victime de s'exprimer, à l'isoler, à la déconsidérer auprès de ses collègues, à discréditer la victime dans son travail et à compromettre sa santé.

Hirigoyen (1998) a également défini le harcèlement moral dans l'entreprise comme « toute conduite abusive se manifestant notamment par des comportements, des paroles, des actes, des gestes, des écrits unilatéraux, de nature à porter atteinte à la personnalité, à la dignité ou à l'intégrité physique ou psychique d'une personne et mettre en péril son emploi ou à dégrader le climat de travail ».

Outre ces définitions et depuis 1998, de nombreuses autres définitions du harcèlement psychologique au travail ont été proposées dans les écrits scientifiques (Health & Safety Executive, 1997; Howells-Johnson, 2000). Ces définitions s'avèrent toutes très similaires.

Plusieurs pays de la Communauté européenne ont déjà adopté des lois pour interdire le harcèlement psychologique, notamment la Belgique, la Suède et la Norvège. En France, tourmenter, harceler ou importuner un employé peut désormais mener à la prison et à une amende pouvant s'élever jusqu'à 28 000\$.

La Commission des normes du travail du Québec (Canada) s'est aussi intéressée à cette problématique du harcèlement. Elle a créé des normes et a précisé sa vision du harcèlement afin de prendre les mesures nécessaires pour que ces normes soient appliquées dans toutes les organisations (articles 81.18, 81.19 et 81.20, Loi sur les normes du travail). La Commission des normes du travail, dans son article 81.18 (2002), a défini le harcèlement comme étant une conduite vexatoire se manifestant par des comportements, des paroles, des actes ou des gestes répétés, qui sont hostiles ou non désirés, conduite fondée ou non sur un des motifs discriminatoires interdits par la *Charte des droits et libertés de la personne du Québec* (article 10; v.g., race, couleur, sexe, grossesse, orientation sexuelle, état civil; Assemblée Nationale du Québec, juin 1975). De plus, une conduite qui est de nature à porter atteinte à la dignité, à l'intégrité physique ou psychologique de la personne ou de nature à brimer un droit ou d'affecter le rendement au travail ou aux études d'une personne ou groupe de personnes ou à créer un climat de travail ou d'étude intimidant ou hostile font également partie de la définition.

Les dispositions prévues par les normes du travail concernant le harcèlement psychologique s'accompagnent d'un recours spécifique (articles 123.6 à 123.16) sous la responsabilité de la Commission des normes du travail et sont entrées en vigueur en juin 2004 (Brun & Kedl, 2006).

Prévalence du harcèlement au travail

Plusieurs études ont évalué la prévalence du harcèlement dans le milieu du travail. Ces études ont principalement évalué la proportion des personnes qui occupent un emploi et qui ont déjà subi ou qui subissent du harcèlement dans leur milieu de travail (v.g., Celik & Bayraktar, 2004; Einarsen & Raknes, 1997; Lewis, Coursol & Herting, 2002; Leymann, 1990; Namie, 2008; Sofield & Salmond, 2003; Vartia, 2002). La Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail (CGSST) de l'Université Laval a réalisé un sondage panquébécois en 2004 sur le harcèlement psychologique au travail auprès de 1005 personnes. Les résultats démontrent que parmi les répondants qui occupent un emploi, entre 7% et 9% ont mentionné subir régulièrement du harcèlement psychologique au travail au cours des 12 derniers mois. Entre autres, 7 % ont affirmé avoir été isolés volontairement des autres par un individu ou par un groupe, 7 % ont affirmé avoir été dévalorisés ou ridiculisés devant d'autres personnes et 9% ont déclaré avoir été victimes de propos injurieux, menaçants ou dégradants. Parmi les personnes qui se disaient victimes de harcèlement psychologique au travail, 43 % considèrent qu'il s'agissait de propos ou d'agissements légers ou subtils.

Les études démontrent aussi que la prévalence des personnes qui subissent du harcèlement dans leur milieu de travail varie en fonction de leur sexe et de la nature de leur milieu de travail. En ce sens, plusieurs études démontrent que les victimes du harcèlement psychologique au travail sont principalement les femmes (v.g., Lewis et al., 2002; Namie, 2008; Savicky, Cooley, & Gjesvold, 2003; Sitzman, 2004). De plus, plusieurs études démontrent que les infirmières sont particulièrement touchées par cette problématique (v.g., Hilton, Kottke & Pfahler, 1994; Nurse Report Abuse, 2001).

Harcèlement au travail chez les infirmières

La majorité des études évaluant le harcèlement au travail chez les infirmières ont évalué la prévalence, les sources et la fréquence du signalement du harcèlement psychologique au travail. Des études se sont aussi intéressées en outre aux conséquences psychologiques pouvant influencer leur rendement, leur taux d'absentéisme et leur santé psychologique.

Études évaluant la prévalence du harcèlement au travail, les sources et le signalement

Différents types de harcèlement ont été évalués auprès de 8780 infirmières oeuvrant dans 210 hôpitaux situés dans les provinces de l'Alberta et de la Colombie-Britannique (Duncan et al., 2001). Les auteurs ont évalué la fréquence des différents types de harcèlement vécu par les infirmières dans le cadre de leur travail. Les résultats démontrent tout d'abord que près de la moitié (46 %) des participants ont vécu une ou plusieurs formes de harcèlement pendant leurs cinq derniers quarts de travail. La fréquence des différents types de harcèlement était la suivante : 38 % ont vécu du harcèlement psychologique, 19 % ont vécu des menaces d'attaque physique, 18 % ont vécu des attaques physiques, 8 % ont vécu du harcèlement sexuel et moins de 1 % ont vécu une agression sexuelle. De plus, 70 % des participants ayant vécu du harcèlement psychologique mentionnent ne pas avoir signalé l'incident aux personnes responsables. Les différents types de harcèlement avaient été causés principalement par des patients. Le harcèlement psychologique était par ailleurs la forme de violence la plus importante, peu importe la source de provenance (v.g., patients, familles, collègues, médecins).

L'étude de Celik et Bayraktar (2004) arrive à des résultats similaires avec 100% des participants qui ont rapporté des incidents de harcèlement psychologique verbal. Ces auteurs ont effectué une étude auprès de 225 étudiants en sciences infirmières en

Turquie. Les résultats démontrent aussi que les étudiants vivent du harcèlement psychologique au niveau académique (83,1 %), sexuel (53,3 %) et physique (5,7 %). Par ailleurs, les principales sources identifiées pour ces types de harcèlement sont les collègues de classe (100%), le corps enseignant (41,3%), les infirmières (33,8%) et les médecins (31,6%). Les résultats démontrent aussi que 88,9 % des personnes ayant subi du harcèlement n'ont pas signalé les abus à un supérieur.

Études évaluant en outre les conséquences du harcèlement psychologique

Uzun (2003) a réalisé une étude auprès de 467 infirmières âgées entre 18 et 47 ans et travaillant dans différents hôpitaux de la Turquie. L'étude démontre que 86 % des infirmières ont subi au moins une expérience de harcèlement psychologique dans les douze derniers mois. De ce nombre, 57% ont rapporté verbalement ou par écrit ces abus. Les résultats démontrent aussi que les sources du harcèlement psychologique sont les parents des patients (59,8%), les patients eux-mêmes (22,7 %), les médecins (6,9 %) ainsi que les infirmières entre elles (6,2 %). Les personnes ayant fait les abus sont généralement des hommes (71,9 %). Dans son étude, Uzun (2003) a aussi tenté de déterminer les principales émotions ressenties par les infirmières de son échantillon à la suite d'un incident de harcèlement psychologique. Les principales émotions rapportées sont la colère (58,3 %), la frustration (52,8 %) et l'anxiété (41,2 %). Enfin, les résultats démontrent que le département où les infirmières subissent le plus de harcèlement psychologique est la psychiatrie suivi du service des urgences. De plus, les résultats démontrent que les participants qui ont vécu du harcèlement ont rapporté, entre autres, que les expériences de harcèlement psychologique avaient affecté négativement leur moral, leur niveau de productivité pendant une certaine période de temps et avait augmenté la fréquence des erreurs commises.

L'étude de Henderson (2003) réalisée auprès de 49 infirmières (25 au Canada et 24 au Royaume-Uni) appuie les précédentes études. Ainsi, les résultats démontrent que les infirmières ayant été interrogées lors de focus groupe, peu importe le département dans lequel elles travaillent notamment en périnatalité et aux urgences, rapportent vivre quotidiennement de la violence et des menaces dans le contexte de leur travail, et ce, autant au Canada qu'au Royaume-Uni.

De plus, une étude a été réalisée par Rowe et Sherlock (2005) auprès de 213 infirmiers et infirmières (204 femmes et 9 hommes) d'un centre hospitalier de Philadelphie. Les questionnaires ont été distribués dans l'ensemble des départements et comprenait une échelle sur le harcèlement psychologique au travail et un sondage portant également sur le harcèlement psychologique au travail. Les résultats démontrent tout d'abord que 96,4 % des infirmières ont déjà été victimes de comportements agressifs verbaux. Par ailleurs, les principales sources que les auteurs ont identifiées sont les infirmières (27 %), la famille des patients (25 %), les médecins (22 %), les patients (17 %), les résidents (4 %), autres (3 %) et les internes (2 %). Enfin, les résultats démontrent que les infirmières victimes de harcèlement psychologique sont plus stressées, ont une baisse de leur satisfaction au travail et s'absentent plus souvent.

Une autre étude réalisée par Hilton et al. en 1994 auprès d'infirmières d'un centre médical de la Californie a démontré des résultats semblables. En effet, dans son étude, les objectifs étaient de déterminer la fréquence du harcèlement psychologique, d'identifier les sources, d'évaluer l'absentéisme et le roulement de personnel ainsi que de vérifier si la performance au travail était affectée. Les résultats démontrent que 89 % des infirmières ont déjà été victimes de harcèlement psychologique. Parmi celles-ci, 47 % ont subi un ou deux incidents sur une période d'un mois. De plus, les résultats

montrent que les sources sont les médecins (35 %), les patients (30 %) et la famille des patients (19 %). Par ailleurs, les résultats démontrent que le harcèlement psychologique pourrait affecter la performance au travail et augmenter le taux d'absentéisme. En effet, 36,1 % des infirmières croient que le harcèlement psychologique a influencé le taux d'absentéisme et 42,2 % estiment que ce type d'incident provoque un roulement du personnel infirmier.

Cameron (1998) a réalisé une étude auprès de 151 infirmiers et infirmières d'un hôpital au sud de la Californie qui visait à évaluer les expériences de harcèlement psychologiques vécues dans les 15 derniers jours. Deux objectifs étaient présents. Le premier était de connaître l'incidence du harcèlement psychologique commis par les patients et les membres de la famille des patients auprès du personnel infirmier. Le second objectif était d'évaluer les impacts du harcèlement psychologique auprès des victimes en ce qui concerne leurs émotions, leur performance au travail ainsi que leur façon de traiter les patients. Les résultats démontrent que 45 % des infirmières rapportent avoir vécu du harcèlement psychologique au travail dans les 15 derniers jours. De ces infirmières, 40 mentionnent avoir été harcelées au travail entre 0 et 3 fois, 7 infirmières rapportent avoir vécu du harcèlement psychologique 4 à 6 fois et 7 infirmières affirment avoir vécu du harcèlement psychologique au travail plus de 6 fois pendant cette période. Durant le dernier mois, 51 infirmières rapportent avoir vécu au moins un incident d'harcèlement psychologique au travail, 21 infirmières mentionnent avoir vécu 1 à 3 incidents d'harcèlement psychologique, 14 infirmières affirment avoir vécu 4 à 6 incidents d'harcèlement psychologique et 10 infirmières rapportent avoir vécu plus de 6 incidents d'harcèlement psychologique au travail. Les résultats démontrent en outre que la performance des infirmières au travail est affectée par le

harcèlement psychologique puisqu'il y a une augmentation du nombre d'erreurs commises (52 %), le moral est affecté (51 %), il y a une diminution de la productivité (40 %) ainsi qu'une surcharge de travail pour les pairs (29 %). Pour tous les cas de harcèlement psychologique, 51 % ont été rapportés aux superviseurs qui sont intervenus dans 66 % des cas.

En bref, l'ensemble des écrits scientifiques permet de constater que le harcèlement psychologique est considéré comme étant la principale forme d'agression au travail. De plus, les études montrent que les infirmières en sont fréquemment victimes. Les auteurs ont constaté que les principales sources de ces abus envers les infirmières étaient les patients et les membres de leur famille et les médecins. Les études démontrent aussi que la présence de harcèlement psychologique au travail chez les infirmières influence leur rendement ainsi que leur satisfaction au travail et affecte la qualité des soins donnés aux patients. L'ensemble de ces résultats a été obtenu dans plusieurs pays différents (Di Martino, 2002; Godin, 2004; Mayhew & Chappell, 2001; Namie, 2008; Viitasara, 2004). La plupart des auteurs n'ont pas utilisé ou comparé leur résultats avec un groupe contrôle (composé de femmes infirmières n'ayant pas subi de harcèlement psychologique au travail) et certains départements hospitaliers semblent ne pas avoir été évalués. De plus, aucune étude ne semble avoir évalué le harcèlement psychologique au travail auprès d'une population d'infirmières du Québec.

Objectifs de l'étude

La présente étude a tout d'abord comme objectif d'évaluer la proportion des personnes qui ont été ou qui sont actuellement victimes de harcèlement psychologique au travail chez une population d'infirmières âgée de 18 ans et plus travaillant dans différents hôpitaux du Québec. L'étude vise aussi à évaluer et à comparer la santé

psychologique, le niveau de stress et la satisfaction au travail des infirmières qui mentionnent avoir été ou sont actuellement victimes de harcèlement psychologique au travail et des infirmières qui mentionnent n'avoir jamais été victimes de harcèlement psychologique au travail (groupe contrôle). Enfin, l'étude vise à évaluer les caractéristiques, les sources du harcèlement psychologique et les réactions (v.g., porter plainte ou non; incluant les raisons de ces réactions) du harcèlement vécu par les infirmières qui mentionnent avoir été ou sont actuellement victimes de harcèlement.

Hypothèses de recherche

À la lumière des écrits scientifiques, les hypothèses de recherche suivantes sont formulées :

- 1) Une proportion importante des infirmières en milieu hospitalier ont déjà subi ou subissent actuellement du harcèlement;
- 2) Il est attendu que les infirmières ayant subi ou subissant du harcèlement psychologique aient subi, parmi tous les membres du personnel hospitalier, ce harcèlement psychologique principalement de la part de collègues ou d'un supérieur hiérarchique (v.g., médecins);
- 3) Il est attendu que les infirmières ayant subi ou subissant du harcèlement psychologique vont démontrer un niveau de stress significativement plus élevé que les infirmières ne subissant pas de harcèlement psychologique;
- 4) Il est attendu que les infirmières ayant subi ou subissant du harcèlement psychologique qualifient leur santé psychologique (v.g., dépression, somatisation, hostilité, anxiété) comme étant significativement moins bonne que les infirmières ne subissant pas de harcèlement psychologique;

5) Il est attendu que les infirmières ayant subi ou subissant du harcèlement psychologique vont démontrer une satisfaction au travail significativement plus faible que les infirmières ne subissant pas de harcèlement psychologique.

Méthode

Participants

Les participants de la présente étude sont des infirmières âgées de 18 ans et plus travaillant dans différents hôpitaux du Québec. Ces infirmières font partie de l'Ordre des Infirmières du Québec (OIIQ) qui est le plus grand Ordre professionnel au Québec comptant 67 000 membres. De ces membres, 35 000 se sont portés volontaires à participer à différentes recherches. Les démarches ont été effectuées auprès de l'Ordre et l'auteur de la présente étude a obtenu la coopération de Madame Suzanne Bélanger, directrice des Services aux clientèles et des communications de l'OIIQ pour effectuer le recrutement des participants. Pour la présente étude, 300 infirmières ont été sélectionnées de façon aléatoire à partir de la liste des 35 000 infirmières volontaires. Des questionnaires ainsi que deux formulaires de consentement ont été envoyés par la poste par l'auteur à ces 300 infirmières les invitant à contribuer à la présente étude. Le formulaire de consentement, qui comportait la description du projet, les modalités relatives à leur participation et les renseignements concernant l'anonymat, devait être signé par les participants. Cela avait pour but de s'assurer que celles-ci puissent donner un consentement libre et éclairé quant à leur participation à cette expérimentation. Par la suite, les infirmières sollicitées devaient retourner au présent auteur ce formulaire de consentement ainsi que les questionnaires dûment complétés à l'aide des enveloppes pré-adressées et pré-affranchies.

Étant donné la faible participation des infirmières à l'étude ($n = 50$), une seconde méthode de recrutement a été utilisée. Afin d'obtenir un plus grand nombre de participants à cette recherche, les infirmières étudiant au baccalauréat en sciences infirmières d'une université francophone au Québec ont été sollicitées par le présent auteur dans le cadre d'un cours de troisième année universitaire. Les participants

devaient être des femmes âgées de plus de 18 ans et travailler en milieu hospitalier. La cueillette des données s'est tenue à même le local où le cours est habituellement donné, auprès d'un premier groupe de 35 élèves et d'un second groupe de 24 élèves. L'auteur de la présente étude a brièvement expliqué le contexte de celle-ci, puis un formulaire de consentement et une liste de services d'aide en cas de besoin ont été distribués à chaque étudiant. Le formulaire de consentement, qui comportait la description du projet, les modalités relatives à leur participation et les renseignements concernant l'anonymat, a été dûment signé par les participants afin de s'assurer d'un consentement libre et éclairé quant à leur participation à cette expérimentation. Dans un premier temps, les participants ont reçu les questionnaires qu'ils devaient remplir à la maison. La semaine suivante, l'auteur est retournée dans ces mêmes classes afin d'y recueillir les questionnaires ayant été complétés. Au total, 59 questionnaires ont été distribués en classe et 46 questionnaires ont été remplis et remis au présent auteur.

Les participants de l'étude ont été classifiés en deux groupes. Le premier groupe inclut les infirmières qui rapportent avoir subi ou qui subissent actuellement du harcèlement psychologique au travail. Le second groupe (groupe de comparaison) inclut les infirmières qui rapportent n'avoir jamais subi de harcèlement psychologique au travail. En se fondant sur les résultats des écrits scientifiques, il était attendu qu'environ 50% des participants aient déjà subi ou subissent actuellement du harcèlement psychologique.

En somme, un total de 96 personnes ont accepté de participer à l'étude et l'âge moyen était de 28,63 ans (étendue = 21 à 48; ÉT= 6,95). Ces participants étaient soit des infirmières travaillant dans des milieux hospitaliers au moment de l'étude et/ou des étudiants qui travaillent aussi en milieu hospitalier. Le nombre moyen d'années de

travail était de 5,46 ans (étendue = 0 à 24; ÉT= 5,51). Parmi les 96 personnes qui ont participé à l'étude, aucune n'a été exclue pour les analyses statistiques.

Description des variables et mesures

Les variables employées dans le cadre de la présente étude sont les caractéristiques socio-démographiques, les caractéristiques du travail, le harcèlement psychologique au travail, incluant le groupe d'appartenance (participants ayant subi du harcèlement psychologique au travail et participants n'ayant pas subi de harcèlement), le stress, la santé psychologique et la satisfaction au travail.

Caractéristiques sociodémographiques

Un questionnaire sociodémographique a permis de recueillir des informations sur l'âge (en années), le statut marital (i.e., célibataire, conjoint de fait, marié, séparé, divorcé et veuve, autre), le nombre d'enfants dans la famille et le niveau de scolarité (i.e., moins d'une septième année, une septième année, secondaire 1, 2, 3, 4, 5, Cégep, université : certificat, baccalauréat, maîtrise, doctorat et autres). En ce qui concerne la variable nombre d'enfants habitant encore à la maison, certaines données manquantes ont été retrouvées. Par ailleurs, pour faciliter les analyses, le niveau de scolarité complété a été transformé en années de scolarité (moins d'une septième année = 6 ans, une septième année = 7 ans, secondaire 1 = 7 ans, secondaire 2 = 8 ans, secondaire 3 = 9 ans, secondaire 4 = 10 ans, secondaire 5 = 11 ans, CEGEP =13 ans, certificat =14 ans, baccalauréat =16 ans, maîtrise =18 ans et doctorat = 21 ans), en se basant sur les correspondances du système scolaire québécois. De plus, afin de respecter le postulat du chi-carré (Howell, 1998), le nombre de catégories de la variable catégorielle statut marital a été réduit. Deux catégories ont été réalisées, une première comprenant les

statuts : célibataire, séparée, divorcée et veuve, une seconde catégorie pour le statut conjoint de fait et pour le statut mariée.

Caractéristiques liées aux études et au travail

Ce questionnaire a été réalisé par le présent auteur afin d'évaluer les caractéristiques liées aux études et au travail indépendamment des informations sociodémographiques. Des questions ont été posées concernant la situation actuelle de chacun des participants (v.g., travaille, étudie, bénéficie de prestation d'assurance chômage) de façon à préciser le domaine d'études, le cas échéant, et afin de savoir si elles travaillaient actuellement comme infirmière dans un centre hospitalier (v.g., oui, oui mais en congé de maladie, non). Ensuite, des questions ont porté notamment sur le statut d'emploi (v.g., travaille à temps complet de jour uniquement, travaille à temps complet de jour et de soir), le nombre de mois d'ancienneté, le département, le nombre d'infirmières sur le département ainsi que le nombre de médecins au département.

Pour des raisons éthiques, les régions de travail des infirmières ayant participé à l'étude n'ont pas été demandées. Cette prudence s'explique par le fait qu'une étude portant sur le harcèlement psychologique au travail chez des infirmières dans une région en particulier pourrait nuire à la réputation d'un ou des hôpitaux de cette région.

Harcèlement psychologique au travail

La variable harcèlement psychologique au travail a été mesurée à l'aide de la version française (Niedhammer, David & Degioanni, 2006) du questionnaire de Leymann sur la violence psychologique au travail (Leymann Inventory of Psychological Terror, LIPT; Niedhammer et al., 2006). Ce questionnaire a aussi été utilisé afin de savoir quelles infirmières ont déjà subi du harcèlement psychologique et quelles infirmières n'ont pas subi de harcèlement psychologique ainsi que la fréquence et la

source du harcèlement psychologique au travail chez les infirmières. Dans leur étude, Niedhammer et al. ont utilisé un large échantillon d'hommes et de femmes de la population salariée sollicités pour participer à une enquête transversale par l'intermédiaire d'un réseau de 143 médecins du travail. L'étude portait sur 7 694 salariés, dont 3 132 hommes et 4 562 femmes, ayant répondu à l'auto-questionnaire anonyme contenant la version française du LIPT.

Le questionnaire original utilisé pour le développement de la version française est la version allemande élaborée par Leymann (1996). Le questionnaire a donc été traduit de l'allemand vers le français par une procédure classique de traduction/contre-traduction. Deux modifications substantielles ont été apportées par rapport au questionnaire original de Leymann (Niedhammer et al., 2006). Les auteurs ont supprimé deux items redondants de la liste des 45 situations : l'item « menaces écrites » et l'item « on vous oblige à faire des tâches nuisibles à votre santé ». Ces suppressions ont permis d'introduire deux items qui semblaient manquer dans la liste : « on s'adresse à vous seulement par écrit » et « on vous confie des tâches très supérieures à vos compétences » (Niedhammer et al., 2006).

Le LIPT se compose de deux pages de questions. Les résultats du LIPT permettent d'évaluer la prévalence d'exposition à 45 situations de violence au cours des 12 derniers mois (questions 1 à 6), la fréquence et la durée d'exposition à ces situations (questions 7 à 9), l'auteur(s) des violences (position hiérarchique : collègues, supérieurs, subordonnés), le sexe et le nombre d'agresseur(s) (questions 10 et 11) et le soutien potentiel reçu (question 12). Les questions 13 et 14 ont été ajoutées par rapport au questionnaire original. La question 13 permet de préciser, selon la perspective de la personne répondante, si la personne a été exposée à des situations de violence

psychologique au travail au cours des 12 derniers mois. Enfin, la question 14 permet de préciser si la personne a été témoin de violence psychologique envers autrui sur son lieu de travail (Niedhammer et al., 2006). La définition de la violence psychologique au travail de Leymann définit les salariés exposés par ceux ayant été confrontés à au moins une situation, au moins une fois par semaine, pendant six mois ou plus.

En ce qui concerne la validité, les 45 items de Leymann ont été analysés à l'aide d'une analyse à composante principale. Le diagramme des valeurs propres indiquait une divergence à cinq facteurs mais aussi à huit facteurs. Les auteurs ont choisi de retenir huit facteurs puisque chacun des facteurs 6, 7 et 8 comportait trois items avec une contribution significative. Cette solution à huit facteurs explique 38 % de la variance (Niedhammer et al., 2006).

Niedhammer et al. (2006) définissent ces huit facteurs et les dimensions qui y sont rattachées. Le facteur 1 est lié à 9 items et traitent de l'exclusion et de la mise à l'écart (items 3, 10, 11, 12, 13, 16 et 18; v.g., on ne vous adresse pas la parole) et deux items portent sur des attaques indirectes sur la personne (items 24 et 25; v.g., on dit du mal de vous dans votre dos). Le facteur 2 est associé à 9 items qui concernent une critique du travail dont des sanctions par excès de travail, aussi bien quantitativement que qualitativement (2, 5, 7, 9, 17, 21, 23, 34 et 35; v.g., on met vos décisions en question, on vous donne sans cesse de nouvelles tâches). Notons que 3 items (7, 9 et 17; v.g., harcèlement téléphonique) portent sur le harcèlement téléphonique et les écrits menaçants. Le facteur 3 est associé à 5 items (4, 8, 36, 40 et 41; v.g., on crie après vous, on vous injurie à haute voix), qui concerne les menaces verbales, les injures, les menaces de violence corporelle et les violences qualifiées de légères. Le facteur 4 est lié à 5 items (14, 19, 20, 22 et 33; v.g., on vous a mis à un poste de travail qui vous isole des autres)

qui, à une exception près, portent sur les sanctions sur le travail (tâches sans intérêt, très inférieures à vos compétences, voire humiliantes ou qui blessent la conscience). En ce qui concerne le facteur 5, il est associé à 4 items (6, 30, 31 et 32; v.g., critique permanente à propos de votre vie privée) qui impliquent toutes les attaques envers la vie privée, la personne elle-même, ses origines, ses opinions politiques ou religieuses. Le facteur 6 est lié à 3 items (29, 38 et 39; v.g., on vous oblige à faire des tâches qui nuisent à votre santé) qui portent sur l'atteinte à la santé du salarié, ou à son handicap. Le facteur 7 est associé à 3 items (28, 37 et 45; v.g., on vous fait verbalement des allusions ou propositions sexuelles) qui, pour deux d'entre eux, concernent le harcèlement sexuel. Le facteur 8 est associé à 3 items (42, 43 et 44; v.g., vous êtes physiquement maltraité(e)) qui portent sur la violence physique sur la personne et sur ses biens. Il importe de noter que quelques items ont des contributions comprises entre 0,30 et 0,40 (items 2, 3, 6, 10, 37 et 42) et que quelques rares items ne sont pas associés clairement à un facteur (items 1, 15, 26, et 27; v.g., on interdit à vos collègues de vous parler) (Niedhammer et al., 2006). De plus, les cinq premiers facteurs dans l'analyse à composante principale sont modérément corrélés entre eux, les coefficients de corrélation de Pearson supérieurs à 0,30 (Niedhammer et al., 2006). En ce qui concerne les trois derniers facteurs (atteinte à la santé et au handicap, harcèlement sexuel et violence physique), les corrélations sont inférieures à 0,30, à l'exception de la corrélation entre le facteur 1 (exclusion) et le facteur 6 (atteinte à la santé et au handicap) dont le coefficient est de 0,31 (Niedhammer et al., 2006).

Groupe d'appartenance. Dans la présente étude, la question 13 du LIPT (Niedhammer et al., 2006) a été utilisée afin d'établir le groupe d'appartenance des participants. Cette question portait sur le fait d'être ou d'avoir été exposée à des

situations de violence psychologique au travail au cours des 12 derniers mois (« Considérez-vous que vous avez fait l'objet de violence psychologique au travail au cours des douze derniers mois? »). Les participants ayant répondu oui à la question ($n = 40$) ont été classifiés dans le groupe des participants subissant ou ayant subi du harcèlement psychologique au travail. Un participant a répondu non à cette question mais a quand même été classifié dans le groupe de participants subissant ou ayant subi du harcèlement. En effet, le participant qui avait affirmé de ne pas subir du harcèlement psychologique (question 13) mais qui avait affirmé subir au moins une des 45 situations de violence pendant au moins 1 fois par semaine pendant au moins 6 mois a aussi été considéré comme étant une personne ayant subi du harcèlement psychologique au travail dans les 12 derniers mois (Leymann, 1996; Niedhammer et al., 2006). Tous les autres ont été classifiés comme étant des participants n'ayant pas subi du harcèlement psychologique au travail ($n = 55$).

Stress psychologique

La variable stress psychologique a été mesuré par la Mesure du stress psychologique (Lemyre, Tessier & Fillion, 1990). Cet instrument présente une version longue qui contient 49 items (MSP-49) et deux versions abrégées de 25 items (MSP-A et MSP-B). Pour la présente étude, la version MSP-A a été utilisée, puisque ses qualités psychométriques sont plus satisfaisantes que celles de la version MSP-B (Lemyre, Tessier & Fillion, 1990). Cet instrument évalue l'intensité de l'expérience subjective de se sentir stressé selon des indicateurs cognitivo-affectifs, somatiques ou comportementaux (v.g., je suis préoccupée, tourmentée ou tracassée; Lemyre, Tessier & Fillion, 1990). Le répondant doit indiquer sur une échelle de type Likert allant de 1 (pas du tout) à 8 (énormément) dans quelle mesure l'item correspond à ce qu'il ressent. La

MSP-49 corrèle très fortement avec la version abrégée (MSP-A, $r = 0,98$; Lemyre, Tessier & Fillion, 1990). Ces auteurs démontrent que la version MSP-A possède un coefficient de cohérence interne de 0,93 et une fidélité test-retest de 0,68 sur un intervalle de deux semaines.

L'échelle globale a été utilisée dans la présente étude afin de déterminer l'intensité du stress vécu par chaque participant. Pour la présente étude, le coefficient alpha obtenu pour l'échelle globale est de 0,95.

Santé psychologique

La variable santé psychologique a été évaluée par deux aspects : la détresse psychologique et le bien-être psychologique.

Détresse psychologique. La détresse psychologique a été évaluée par la version française du Symptom Checklist-90 (SCL-90-R; Derogatis, 1994) réalisée par Gosselin et Bergeron (1993). Cet instrument évalue les différents symptômes psychologiques et psychopathologiques. Le SCL-90-R est composé de 90 questions et il mesure la symptomatologie éprouvée au cours des sept derniers jours. Selon Derogatis (1977), cette période fournit habituellement les informations les plus pertinentes sur le statut clinique des patients.

Dans le cadre de cette étude, les participants ont été invités à rapporter le degré auquel elles sont troublées par le symptôme selon une échelle de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement). La version papier-crayon du test a été utilisée et la durée de passation a varié entre 12 et 15 minutes. Le SCL-90-R comprend neuf échelles de symptômes, soit la somatisation, l'obsession-compulsion, la sensibilité interpersonnelle, la dépression, l'anxiété, l'hostilité, l'anxiété phobique, l'idéation paranoïde, le psychotisme ainsi que sept items additionnels (Derogatis, 1994).

Tout d'abord, l'échelle de somatisation évalue la détresse provenant du dysfonctionnement corporel aux plans cardio-vasculaire, gastro-intestinal, respiratoire, musculaire et autres systèmes possiblement influencés par le système nerveux autonome, y compris les composantes somatiques de l'anxiété (Derogatis, 1994). L'auteur mentionne qu'il s'agit de symptômes fréquemment rapportés en ce qui concerne l'étiologie de la somatisation mais ils peuvent aussi refléter une maladie physique réelle. L'échelle de la somatisation comprend 12 questions (1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56 et 58; v.g., maux de tête).

L'échelle d'obsession-compulsion reflète des pensées, des impulsions et des actions vécues comme étant involontaires, irrésistibles et contraignantes (Derogatis, 1994). Dans cette dimension, des comportements et des expériences exprimant une dysfonction cognitive peuvent également être inclus selon Dérogatis (1994). Cette échelle contient dix questions (3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55 et 65; v.g., trouble de mémoire).

En ce qui concerne l'échelle de sensibilité interpersonnelle, elle exprime des sentiments d'inadéquation et d'infériorité ressentis par un individu lorsqu'il se compare aux autres (Derogatis, 1994). L'auto-dépréciation, le sentiment d'être mal à l'aise et l'inconfort marqué lors d'interactions interpersonnelles constituent des manifestations spécifiques à cette échelle (Derogatis, 1994). L'auteur mentionne qu'un score élevé à cette échelle indique une conscience personnelle aiguë ainsi que des attentes négatives lors de relations interpersonnelles surtout en ce qui concerne les aspects de la communication et de comportements sociaux. Cette échelle comprend huit questions (6, 21, 34, 36, 41, 61, 69 et 73; v.g., tendance à critiquer les autres).

L'échelle de dépression fait référence à des manifestations de la dépression clinique caractérisée par des symptômes dysphoriques de l'humeur et de l'émotivité, une perte d'intérêt à la vie, une perte d'énergie ainsi qu'un manque de motivation (Derogatis, 1994). D'autres items sont inclus dans cette dimension dont le sentiment de désespoir, des idées suicidaires ainsi que certains aspects cognitifs et somatiques de la dépression (Derogatis, 1994). Cette échelle est composée de 13 questions (5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71 et 79; v.g., diminution du plaisir ou de l'intérêt sexuel).

L'échelle d'anxiété regroupe un ensemble de symptômes et de signes cliniques d'un niveau élevé d'anxiété manifeste (Derogatis, 1994). L'auteur rapporte que des signes généraux de nervosité, de tension et de tremblement sont inclus de même que des sentiments de terreur et des attaques de panique. De plus, des items exprimant des sentiments d'appréhension et de menace ainsi que des composantes somatiques de l'anxiété font également partie de cette dimension (Derogatis, 1994). Cette échelle est constituée de dix questions (12, 17, 23, 33, 39, 72, 78, 80, 86 et 32; v.g., douleur au cœur ou à la poitrine).

L'échelle d'hostilité est composée de pensées, de sentiments et d'actions qui sont caractérisés par des états émotifs reflétant de la colère (Derogatis, 1994). Les items de cette échelle incluent les quatre modes de manifestation suivants : l'agression, l'irritabilité, la rage et le ressentiment (Derogatis, 1994). Cette échelle comprend six questions (11, 24, 63, 67, 74 et 81; v.g., crises de colère incontrôlables).

L'échelle d'anxiété phobique reflète une crainte persistante, irrationnelle et disproportionnée d'une personne, d'un lieu, d'un objet ou d'une situation spécifiques qui mène à la fuite ou à l'évitement (Derogatis, 1994). Cette échelle est constituée de sept questions (13, 25, 47, 50, 70, 75 et 82; v.g., peur de sortir seul(e) de la maison).

Pour ce qui est de l'échelle d'idéation paranoïde, elle définit le comportement paranoïde comme un mode de pensée dysfonctionnel se traduisant par la projection d'idées, de la méfiance hostile, des idées de grandeur, des illusions ainsi qu'une crainte de perdre l'autonomie (Derogatis, 1994). Cette échelle comprend six questions (8, 18, 43, 68, 76 et 83; v.g., sentiment qu'on vous observe ou qu'on parle de vous).

L'échelle de psychotisme est représentée comme une expérience humaine continue (Derogatis, 1994). L'auteur mentionne que cette échelle comporte des items exprimant un continuum allant d'une aliénation interpersonnelle légère (style de vie en retrait et schizoïde) à la dramatique évidence d'une psychose (v.g., hallucinations, projections de pensées). Dix questions composent cette échelle (7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88 et 90; v.g., entendre des voix que les autres n'entendent pas).

Par ailleurs, sept items additionnels qui ne sont pas inclus dans les échelles précédentes contribuent tout de même au score global en raison de leur signification clinique (Derogatis, 1994). Ces items ne donnent par un score collectif (19, 44, 60, 64, 66, 59 et 89; v.g., manquer d'appétit).

Par ailleurs, le SCL-90-R inclut trois indices globaux, soit l'indice global de sévérité, le total de symptômes positifs et l'indice de détresse des symptômes positifs (Derogatis, 1994). L'indice global de sévérité représente la somme des cotes d'intensité à tous les items divisés par 90 et peut ainsi être utilisé comme score général de détresse (Derogatis, 1994). Selon l'auteur, il s'agit du meilleur indicateur du niveau ou de l'importance de la détresse. Si désiré, il peut être retenu comme un score unique de la santé psychologique (Derogatis, 1994). Le total des symptômes positifs constitue le nombre d'items dont la cote d'intensité de la détresse est différente de zéro et ce, indépendamment de l'intensité (Derogatis, 1994). Pour sa part, l'indice de détresse des

symptômes positifs mesure l'intensité moyenne des symptômes rapportés et est obtenu en additionnant les cotes d'intensité de détresse non différentes de zéro puis en divisant ce total par le total des symptômes positifs (Derogatis, 1994). L'auteur fait mention que l'indice de détresse des symptômes positifs mesure un style de réponse de l'individu dans l'expression ou l'évaluation de sa détresse, soit en l'augmentant, soit en la diminuant.

Les études démontrent des coefficients de cohérence interne et de fidélité test-retest très satisfaisants pour les neuf dimensions de ce questionnaire et ce, tant pour la version originale anglaise que pour la version française réalisée au Québec (Gosselin & Bergeron, 1993). Il est à noter que les coefficients alpha pour chacune des neuf dimensions sont plus élevés pour la version française que pour la version originale américaine, probablement en raison de la plus grande homogénéité de l'échantillon québécois composé uniquement de femmes tirées de la population générale (Gosselin & Bergeron, 1993). Ces auteurs font mention que le coefficient alpha du score global à la version française du SCL-90 est de 0,96.

Pour l'échelle de somatisation, le coefficient de cohérence interne est de 0,86 pour la version américaine réalisée par Derogatis (1977) et de 0,89 pour la version française de Alvir, Schooler, Borenstein, Woerner et Kane (1988; cité dans Gosselin & Bergeron, 1993). En ce qui concerne l'échelle d'obsession-compulsion, le coefficient est de 0,86 pour la version américaine et de 0,89 pour la version française. L'échelle de sensibilité interpersonnelle obtient un coefficient de 0,86 pour la version américaine et un coefficient de 0,88 pour la version française. Ensuite, l'échelle de dépression obtient un coefficient de 0,90 pour la version américaine et la version française. Les coefficients sont également identiques en ce concerne l'échelle d'anxiété, soit de 0,85. Pour l'échelle

d'hostilité, un coefficient de 0,84 est obtenu pour la version américaine et un coefficient de 0,77 est obtenu pour la version française. Derogatis (1977) fait mention d'un coefficient de 0,82 pour l'échelle d'anxiété phobique alors que Alvir et al. (1988) obtiennent un coefficient de 0,83. En ce qui concerne l'échelle d'idéation paranoïde, le coefficient est de 0,80 pour la version américaine et de 0,82 pour la version française. Finalement, l'échelle du psychotisme obtient un coefficient de 0,77 pour la version américaine et un coefficient de 0,85 pour la version française.

Quant à la fidélité test-retest, ces auteurs démontrent une bonne stabilité dans le temps pour chacune des neuf échelles et ce, tant dans la version originale américaine que dans la version française. Les corrélations des scores obtenus aux échelles entre les deux temps vont de 0,71 à 0,83 pour la version québécoise (Gosselin & Bergeron, 1993). Le degré de correspondance très élevée des coefficients alpha pour chacune des neuf échelles lors du temps 1 et du temps 2 confirme la stabilité interne du SCL-90 tant de la version originale anglaise que de la version française (québécoise) (Gosselin & Bergeron, 1993).

En ce qui a trait à la validité du test, les études américaines révèlent une validité de convergence acceptable pour chacune des neuf échelles du SCL-90 (Gosselin & Bergeron, 1993; Prévile, Boyer, Potvin, Perreault & Légaré, 1992). Ces auteurs rapportent que la validité de différenciation est plus problématique puisque toutes les échelles corrélaient assez fortement avec des échelles de dépression et d'anxiété. Cette dernière observation, conjuguée avec l'obtention de corrélations élevées entre les échelles et de coefficients de consistance interne très élevés du score global, portent à croire que le SCL-90 pourrait représenter davantage une mesure de détresse globale ou générale, plutôt que des échelles spécifiques de la psychopathologie tel que

conceptualisé par Derogatis (Gosselin & Bergeron, 1993). Selon l'évaluation de la version française réalisée par Fortin et Coutu-Wakulczyk (1985), les corrélations entre les échelles varient de 0,37 à 0,74.

Pour la présente étude, l'indice global de sévérité sera utilisé de même que le score obtenu à chacune des 9 échelles (i.e., la somatisation, l'obsession-compulsion, la sensibilité interpersonnelle, la dépression, l'anxiété, l'hostilité, l'anxiété phobique, l'idéation paranoïde, le psychotisme). Dans la présente étude, les coefficients alpha de cohérence interne obtenus sont les suivants : 0,99 pour l'indice global de sévérité, 0,92 pour l'échelle de somatisation, 0,94 pour l'échelle d'obsession-compulsion, 0,89 pour l'échelle de sensibilité interpersonnelle, 0,93 pour l'échelle de dépression, 0,94 pour l'échelle d'anxiété, 0,89 pour l'échelle d'hostilité, 0,95 pour l'échelle d'anxiété phobique, 0,90 pour l'échelle d'idéation paranoïde, 0,95 pour l'échelle du psychotisme et 0,83 pour l'échelle des items additionnels.

Bien-être psychologique. Le bien-être psychologique a quant à lui été évalué par l'échelle de bien-être générale (Perception de vie) développée par Ryff (1989) et traduite et validée en français par Bouffard et Lapierre (1997) afin d'examiner ce qui pourrait sous-tendre un fonctionnement psychologique positif (Ryff & Singer, 1998). L'instrument est composé de 18 questions et évalue 6 dimensions du bien-être, soit l'autonomie, le sentiment de compétence, la croissance personnelle, les relations positives avec autrui, le sens à la vie et l'acceptation de soi.

Contrairement à la plupart des instruments de mesure du bien-être psychologique, le choix de ces dimensions provient essentiellement d'une recension des approches théoriques sur le bien-être, le développement humain, la croissance personnelle et la santé mentale (Ryff & Singer, 1998). L'échelle d'autonomie évalue

l'autodétermination, l'indépendance d'esprit ainsi que la capacité du répondant de résister aux pressions sociales et de s'évaluer à partir de standards personnels (Ryff & Singer, 1998). Trois questions composent cette échelle (9, 14, 17; v.g., tendance à être influencé par les gens qui ont de fortes opinions). Ces auteurs mentionnent que l'échelle de compétence s'intéresse au sentiment de compétence du répondant face à son environnement, mesure son impression de maîtriser et de contrôler ses affaires quotidiennes et d'utiliser les occasions qui se présentent. Trois questions composent cette échelle (1, 4, 7 ; v.g., les demandes de la vie de tous les jours me démoralisent souvent). L'échelle de croissance personnelle réfère au sentiment de développement continu, d'amélioration de soi, d'actualisation de son potentiel et d'ouverture à de nouvelles expériences (Ryff & Singer, 1998). Trois questions composent cette échelle (6, 11, 13; v.g., il y a longtemps que j'ai renoncé à faire des changements ou des améliorations dans ma vie). Ces mêmes auteurs expliquent que l'échelle de relations positives avec autrui indique si le répondant a des relations satisfaisantes et empreintes de confiance avec les autres. Elle évalue également s'il est capable d'empathie, d'affection et d'intimité (Ryff & Singer, 1998). Trois questions composent cette échelle (5, 12, 15; v.g., il m'a été difficile et frustrant d'entretenir des relations intimes). L'échelle du sens à la vie indique si le répondant a des buts et une orientation vers l'avenir et s'il accorde un sens à son présent et à son passé (Ryff & Singer, 1998). Trois questions composent cette échelle (2, 16, 18; v.g., je vis au jour le jour et ne pense pas vraiment au futur). Finalement, ces auteurs rapportent que l'échelle d'acceptation de soi évalue l'attitude de l'individu envers lui-même et sa capacité de reconnaître ses qualités et ses défauts. Trois questions composent cette échelle (3, 8, 10; v.g., j'aime la plupart des aspects de ma personnalité). Chaque échelle comporte 20 énoncés qui décrivent une

façon d'être ou d'agir et le répondant doit indiquer, sur une échelle en six points allant de 1 (fortement en désaccord) à 6 (fortement en accord), si ces énoncés s'appliquent à sa situation (Ryff & Singer, 1998). Ryff (1989) a utilisé ces échelles auprès de 321 adultes de scolarité élevée des deux sexes et de trois groupes d'âge : jeunes adultes ($M=19,5$ ans), adultes d'âge moyen ($M=49,8$ ans) et personnes âgées ($M=75$ ans).

Cet instrument présente de bonnes qualités psychométriques puisque la fidélité test-retest à six semaines d'intervalle s'échelonne de la façon suivante : 0,85 pour l'échelle d'acceptation de soi, 0,83 pour l'échelle sens à la vie, 0,81 pour l'échelle croissance personnelle (Ryff & Singer, 1998). Les alphas de cohérence interne des différentes échelles de l'instrument s'échelonnent de 0,83 à 0,91. Pour l'échelle d'autonomie, la cohérence interne est de 0,83. L'échelle sentiment de compétence a une cohérence interne de 0,86. Pour l'échelle de croissance personnelle, la cohérence interne est de 0,85. L'échelle des relations positives avec autrui a une cohérence interne de 0,88. Pour l'échelle de sens à la vie, la cohérence interne est de 0,88. L'échelle d'acceptation de soi a une cohérence interne de 0,91.

Des analyses factorielles appuient la structure de l'échelle et de nombreuses études appuient sa validité prédictive (Ryff & Singer, 1998). Les échelles de bien-être sont corrélées positivement avec des mesures de fonctionnement positif (satisfaction de vivre, estime de soi, équilibre affectif) et négativement avec la dépression, ce qui indique une validité concomitante acceptable (Ryff & Singer, 1998).

Pour la présente étude, l'échelle globale sera utilisée afin de déterminer le bien-être psychologique de chaque participant de même que le score obtenu à chacune des échelles (l'autonomie, la compétence, la croissance personnelle, les relations positives avec autrui, le sens à la vie et l'acceptation de soi). Dans la présente étude, les

coefficients obtenus sont les suivants : 0,40 pour l'échelle d'autonomie, 0,71 pour l'échelle de compétence, 0,55 pour l'échelle de croissance personnelle, 0,72 pour l'échelle de relation positive avec autrui, 0,32 pour l'échelle du sens à la vie et 0,60 pour l'échelle de l'acceptation de soi. Finalement, le coefficient pour l'échelle globale du bien-être psychologique est de 0,82.

Satisfaction au travail

L'échelle de satisfaction globale au travail (Blais, Lachance, Forget, Richer & Delude, 1991) a été utilisée afin de connaître la satisfaction au travail des participants. L'échelle de satisfaction globale au travail est une adaptation de l'échelle de satisfaction de vie (Blais, Vallerand, Pelletier, & Brière, 1989). Pour chacun des cinq énoncés, le répondant doit faire une évaluation globale de sa qualité de vie au travail à l'aide d'une échelle Likert en sept points allant de 1 (fortement en désaccord) à 7 (fortement en accord). Les études de fidélité et de validité ont été effectuées auprès de six échantillons impliquant plus de 2 000 participants occupant des emplois dans le secteur privé, public et parapublic (Blais et al., 1989). Les indices de cohérence interne et de test-retest démontrent de façon constante que l'échelle est très homogène et relativement stable dans le temps (Blais et al., 1989). Ces auteurs démontrent que l'analyse factorielle confirmatoire soutient la conception unidimensionnelle de la mesure. Les résultats des études de validation démontrent que l'échelle de satisfaction globale au travail répond de manière fort acceptable à des critères de validité de construit, de validité convergente et discriminante (Blais et al., 1989). De plus, l'échelle de satisfaction globale au travail, administrée dans un contexte de recherche-action, est faiblement associée à un indicateur de désirabilité sociale et de gestion d'impression (0,22; Blais et al., 1989).

Dans la présente étude, l'échelle globale sera utilisée afin de déterminer le degré de satisfaction au travail de chaque participant. Le coefficient alpha de cohérence interne obtenu pour l'échelle globale est de 0,71.

Procédures et déroulement de l'expérience

Un questionnaire comportant les différents instruments de mesure mentionnés plus haut a été distribué aux infirmières de différents hôpitaux du Québec ayant donné l'autorisation de transmettre leurs coordonnées à des fins de recherche. Le taux de participation désiré était de 50 personnes par groupe (groupe expérimental et groupe contrôle). Le recrutement des participants a été fait avec la coopération de Madame Suzanne Bélanger, directrice des services aux clientèles et des communications de l'OIIQ.

Les questionnaires et deux formulaires de consentement ont été envoyés par la poste à chaque participant de l'étude. Ceux-ci ont également reçu des enveloppes pré-affranchies et pré-adressées (i.e., une petite enveloppe blanche servant au retour du formulaire de consentement signé et une grande enveloppe brune servant au retour du questionnaire complété). L'enveloppe contenait un formulaire de consentement dans lequel les participants étaient assurés de l'anonymat des résultats et où elles acceptaient de participer à l'étude de manière volontaire. Il a été suggéré à chaque participant de conserver un des deux formulaires de consentement pour leurs dossiers car les formulaires de consentement contenaient les informations sur l'étude et les coordonnées des personnes pouvant être contactées pour obtenir plus d'informations sur l'étude. Le second formulaire devait être signé et retourné par la poste dans une enveloppe différente de celle utilisée pour retourner les questionnaires. L'ensemble de ces questionnaires prenait environ 30 minutes pour y répondre. Les participants ont été

invités à remplir les questionnaires et les retourner par la poste à l'aide de l'enveloppe pré-adressée et pré-affranchie.

Tel que mentionné plus haut, une seconde méthode de recrutement a été utilisée, compte tenu de la faible participation des infirmières sollicitées. Les infirmières étudiant au baccalauréat en sciences infirmière de l'Université du Québec à Chicoutimi ont été invitées à participer à cette recherche portant sur le harcèlement psychologique au travail lors de visites organisées à un cours de troisième année universitaire. Les participants devaient être des femmes âgées de plus de 18 ans travaillant en milieu hospitalier.

Pour ce second recrutement, l'auteur de la présente étude a brièvement expliquée le contexte de celle-ci, puis un formulaire de consentement (comportant la description du projet, les modalités relatives à la participation et les renseignements concernant l'anonymat) et une liste de services d'aide en cas de besoin ont été distribués à chaque étudiante. Le formulaire de consentement a été dûment signé par les participants et ceux-ci ont reçu les questionnaires qu'ils devaient remplir à la maison. La semaine suivante, le présent auteur est retourné dans ces mêmes classes afin d'y recueillir les questionnaires ayant été complétés.

Un code secret et confidentiel a été attribué à chacun des participants. Par conséquent, aucun questionnaire ni aucun document ne faisait mention de l'identité des participants. Les informations recueillies dans le cadre de l'étude ont ainsi été inscrites sur des feuilles ayant uniquement un code secret. Cette procédure avait pour but de préserver la confidentialité de tous les participants.

Tous les instruments de mesure utilisés dans la présente étude ont obtenu l'assentiment de leurs auteurs pour leur utilisation. De plus, les consignes d'usage

accompagnant chacun des tests respectent les textes des consignes intégrales des auteurs de ces instruments.

Analyses de données

Tout d'abord, des analyses à partir du test t de Student et du test du Kchicarré (χ^2) ont permis de déterminer le profil sociodémographique et les caractéristiques du travail des participants. Dans un deuxième temps, des analyses de covariance (ANCOVA) ont permis de comparer les deux groupes (les infirmières subissant du harcèlement psychologique au travail et celles ne subissant pas d'harcèlement psychologique au travail) sur l'ensemble des résultats obtenus aux différents tests des mesures des variables à l'étude. La variable Âge des participants a été utilisée comme covariable. Les postulats de base pour chacune des analyses ont été vérifiés et rencontrés.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques

Des analyses descriptives et des tests de comparaisons d'échantillons indépendants (Test T) ont été effectués pour décrire l'âge, le nombre d'enfants total, le nombre d'enfants qui habitent encore à la maison et le nombre d'années de scolarité complétée. Des analyses descriptives et du chi-carré ont également été effectuées pour décrire le statut marital, la présence ou non d'enfants, l'appartenance à une minorité visible ainsi qu'un suivi en psychothérapie. Certaines données manquantes ont été retrouvées pour la variable nombre d'enfants habitant encore à la maison. Les autres variables ne contenaient aucune donnée manquante.

Le Tableau 1 présente tout d'abord les résultats obtenus des analyses descriptives et des analyses de comparaisons d'échantillons indépendants (Test T) de l'âge, du nombre d'enfants total, du nombre d'enfants qui habitent encore à la maison et du nombre d'années de scolarité complétée.

Comme le démontre le Tableau 1, les infirmières ayant subi du harcèlement psychologique au travail diffèrent significativement de celles n'ayant pas subi du harcèlement psychologique au travail quant à leur âge $t(94) = 2,85, p = 0,005$. De plus, les infirmières ayant subi du harcèlement psychologique au travail ne diffèrent pas significativement de celles n'ayant pas subi du harcèlement psychologique au travail quant à leur nombre d'enfants total $t(41) = 0,35, p = 0,731$, leur nombre d'enfants qui habitent encore à la maison $t(41) = -1,27, p = 0,213$ et leur nombre d'années de scolarité complétée $t(94) = 1,15, p = 0,254$.

Le Tableau 1 présente également les résultats obtenus des analyses descriptives et des analyses du chi-carré du statut civil, de la présence ou non d'enfant, de

Tableau 1

Analyses descriptives et analyses de comparaisons d'échantillons indépendants (Test T) de l'âge, du nombre d'enfants total, du nombre d'enfants qui habitent encore à la maison et du nombre d'années de scolarité complétée selon le groupe d'appartenance, et analyses descriptives et analyses du chi-carré du statut marital, de la présence ou non d'enfant, de l'appartenance à une minorité visible et d'un suivi ou non en psychothérapie selon le groupe d'appartenance

Variables	H (n = 41)		NH (n = 55)		dl	t	p
	M	ET	M	ET			
Âge	30,88	7,80	26,95	5,75	94	2,85	0,005**
Nombre d'enfants total	2,05	0,84	1,95	0,92	41	0,35	0,731
Nombre d'enfants à la maison	1,50	0,80	1,84	0,96	41	-1,27	0,213
Nombre d'années de scolarité	14,59	1,48	14,24	1,47	94	1,15	0,254
Variables	n	%	n	%	dl	χ^2	p
Statut marital					1	1,41	0,235
Célibataire, séparée, divorcée, veuve	13	13,5	24	25,0			
Conjointe de fait, mariée	28	29,2	31	32,3			
A des enfants					1	2,86	0,091
Oui	22	22,9	20	20,8			
Non	19	19,8	35	36,5			
Appartenance à une minorité visible					1	0,73	0,394
Oui	2	2,1	1	1,0			
Non	39	40,6	54	56,3			
Suivi en psychothérapie					1	1,20	0,273
Oui	6	6,3	13	13,5			
Non	35	36,5	42	43,7			

Note. H = infirmières subissant du harcèlement psychologique au travail; NH = infirmières ne subissant pas d'harcèlement psychologique au travail.

** $p < 0,01$.

l'appartenance ou non à une minorité visible et la présence ou non d'un suivi en psychothérapie.

Comme le démontre le Tableau 1, les personnes subissant du harcèlement psychologique au travail ne diffèrent pas significativement des personnes ne subissant pas de harcèlement psychologique au travail quant à leur statut marital, $\chi^2 (2, N = 96) = 1,41, p = 0,235$, la présence ou non d'enfant, $\chi^2 (1, N = 96) = 2,86, p = 0,091$, appartenance ou non à une minorité visible, $\chi^2 (1, N = 96) = 0,73, p = 0,394$ et la présence ou non d'un suivi en psychothérapie, $\chi^2 (1, N = 96) = 1,20, p = 0,273$.

Caractéristiques liées aux études et au travail

Des analyses descriptives ont d'abord été effectuées pour décrire la situation actuelle générale du participant. Ces variables liées aux études et au travail des participants ne contenaient aucune donnée manquante.

Le Tableau 2, présente les résultats obtenus des analyses descriptives de la situation actuelle du participant. Comme le démontre le Tableau 2, plus de 94% des personnes ayant subi (97,5%; $n = 41$) et n'ayant pas subi de harcèlement psychologique au travail (94%; $n = 55$) occupent actuellement un emploi (incluant les personnes qui travaillent et celles qui travaillent et étudient) et près de la moitié d'entre eux sont également aux études (48,7% des personnes ayant subi et 64,9% des personnes n'ayant pas subi du harcèlement psychologique au travail). Le domaine d'étude le plus prévalent dans les deux groupes d'appartenance constituent les soins infirmiers (85% des personnes ayant subi du harcèlement et 89,2% des personnes n'ayant pas subi du harcèlement psychologique au travail). Presque toutes les personnes ayant subi (97,6%; $n = 41$) et n'ayant pas subi de harcèlement psychologique au travail (81,8%; $n = 55$)

Tableau 2

Analyses descriptives des caractéristiques liées aux études et au travail selon le groupe d'appartenance

Variables	H (n = 41)		NH (n = 55)	
	n	%	n	%
Situation actuelle du participant				
Travaille	21	51,2	18	32,7
Étudie	1	2,4	2	3,6
Prestation de l'assurance chômage	0	0,0	0	0,0
Travaille et étudie	19	46,3	35	63,6
Si étudie, domaine				
Administration	0	0,0	1	2,7
Toxicomanie	1	5,0	1	2,7
Soins infirmiers	17	85,0	33	89,2
Psychologie organisationnelle	1	5,0	0	0,0
Santé publique	0	0,0	1	2,7
Nursing	1	5,0	1	2,7
Travaille présentement comme infirmière				
Oui	40	97,6	45	81,8
Oui, congé maladie	1	2,4	1	1,8
Non	0	0,0	2	3,6
Non, congé maternité	0	0,0	7	12,7
Travaille à temps plein				
De jour uniquement	10	40,0	5	27,8
De soir uniquement	3	12,0	1	5,6
De nuit uniquement	2	8,0	4	22,2
De jour et de soir	3	12,0	4	22,2
De jour et de nuit	3	12,0	1	5,6
De jour, de soir et de nuit	4	16,0	3	16,7
Travaille à temps partiel				
De jour uniquement	0	0,0	4	11,4
De soir uniquement	2	12,5	0	0,0
De nuit uniquement	1	6,3	0	0,0
De jour et de soir	3	18,8	4	11,4
De jour et de nuit	0	0,0	1	2,9
De soir et de nuit	0	0,0	5	14,3
De jour, de soir et de nuit	10	62,5	21	60,0
Travaille dans quel département				
Urgence	11	26,8	15	27,3
Chirurgie	5	12,2	10	18,2
PPE	0	0,0	2	3,6
Bloc opératoire	1	2,4	2	3,6
Soins intensifs	7	17,1	4	7,3
Psychiatrie	5	12,2	2	3,6
Dispensaire	1	2,4	0	0,0
CLSC info santé	0	0,0	1	1,8
Périnatalité	2	4,9	5	9,1
Pédiatrie	2	4,9	3	5,5

Tableau 2

Analyses descriptives des caractéristiques liées aux études et au travail selon le groupe d'appartenance (suite)

Variables	H (n = 41)		NH (n = 55)	
	n	%	n	%
Travail dans quel département (suite)				
Cardiologie	2	4,9	3	5,5
Unité A	0	0,0	1	1,8
Médecine	2	4,9	0	0,0
Oncologie	2	4,9	0	0,0
InfoSanté	0	0,0	1	1,8
Soins palliatifs	1	2,4	1	1,8
Gériatrie	0	0,0	1	1,8
URFI	0	0,0	1	1,8
Hémodialyse	0	0,0	1	1,8
Toxicomanie	0	0,0	2	3,6
Autre emploi que celui d'infirmière				
Oui	8	19,5	6	10,9
Non	33	80,5	49	89,1
Précision des autres emplois				
Professeur de danse	1	14,3	2	33,3
Infirmière de recherche	0	0,0	2	33,3
Infirmière dans une agence	1	14,3	0	0,0
Clinique d'esthétique privée	0	0,0	1	16,7
Bureau de production (management)	1	14,3	0	0,0
Infirmière auxiliaire	1	14,3	0	0,0
Infirmière soins des pieds	1	14,3	0	0,0
Serveuse dans une auberge	1	14,3	0	0,0
Maintenance	0	0,0	1	16,7
Infirmière dans un CLSC	1	14,3	0	0,0

Note. H = infirmières subissant du harcèlement psychologique au travail; NH = infirmières ne subissant pas d'harcèlement psychologique au travail.

travaillent actuellement comme infirmière. La majorité des personnes ayant subi (40%; $n = 10$) et n'ayant pas subi de harcèlement psychologique au travail (27,8%; $n = 5$) travaillent actuellement de jour pour les infirmières à temps plein. La majorité des personnes ayant subi (62,5%; $n = 10$) et n'ayant pas subi de harcèlement psychologique au travail (60%; $n = 21$) travaillent actuellement de jour, de soir et de nuit pour les infirmières à temps partiel. Le département le plus prévalent dans les deux groupes d'appartenance est l'urgence (26,8% des personnes ayant subi et 27,3% des personnes n'ayant pas subi du harcèlement psychologique au travail). Enfin, la majorité des personnes n'occupent pas un emploi autre que celui d'infirmières (80,5% des personnes ayant subi et 89,1% des personnes n'ayant pas subi du harcèlement psychologique au travail).

Des analyses descriptives et des tests de comparaisons d'échantillons indépendants (Test T) ont par la suite été effectués pour décrire le nombre de mois d'ancienneté en tant qu'infirmière, en milieu hospitalier et dans l'établissement où elles travaillent ainsi que le nombre d'infirmières et le nombre de médecins sur le département selon le groupe d'appartenance. Pour faire ces analyses, les données manquantes pour trois variables (le nombre de mois d'ancienneté en milieu hospitalier, le nombre d'infirmières et le nombre de médecins sur le département) ont tout d'abord dû être remplacées par des valeurs moyennes. Parmi les 96 infirmières ayant mentionné leur nombre de mois d'ancienneté en milieu hospitalier (41 infirmières ayant subi du harcèlement psychologique au travail et 55 infirmières n'ayant pas subi d'harcèlement psychologique au travail), un participant n'avait pas indiqué le nombre de mois d'ancienneté. Cette valeur manquante a été remplacée par le nombre de mois d'ancienneté moyen du groupe d'appartenance de cette infirmière subissant du

harcèlement psychologique au travail ($n = 41$; $M = 77,24$; $ET = 75,10$). De plus, un participant ne subissant pas de harcèlement psychologique au travail n'avait pas inscrit le nombre d'infirmières sur le département et trois participants ne subissant pas de harcèlement psychologique au travail n'avaient pas indiqué le nombre de médecins sur le département. Ces valeurs manquantes ont été remplacées par le nombre moyen d'infirmières ($n = 55$; $M = 17,11$; $ET = 19,21$) et de médecins ($n = 55$; $M = 7,02$; $ET = 6,43$) du groupe d'appartenance de ces participants.

Le Tableau 3 présente les résultats obtenus des analyses descriptives et des analyses de comparaisons d'échantillons indépendants (Test T) du nombre de mois d'ancienneté en tant qu'infirmière, du nombre de mois d'ancienneté en milieu hospitalier, du nombre de mois d'ancienneté dans l'établissement, du nombre d'infirmières sur le département et du nombre de médecins sur le département selon le groupe d'appartenance.

Comme le démontre le Tableau 3, les infirmières ayant subi du harcèlement psychologique au travail ne diffèrent pas significativement de celles n'ayant pas subi du harcèlement psychologique au travail quant au nombre de mois d'ancienneté en tant qu'infirmière, $t(94) = 1,525$, $p = 0,131$, au nombre de mois d'ancienneté en milieu hospitalier, $t(94) = 1,442$, $p = 0,153$, au nombre de mois d'ancienneté dans l'établissement, $t(94) = 1,784$, $p = 0,435$, au nombre d'infirmières sur le département, $t(93) = -1,754$, $p = 0,083$ et au nombre de médecins sur le département, $t(91) = -1,312$, $p = 0,193$.

Harcèlement psychologique au travail

Des analyses descriptives ont été effectuées pour documenter le harcèlement psychologique au travail vécu. Le Tableau 4 présente les résultats obtenus des analyses

Tableau 3

Analyses descriptives et analyses de comparaisons d'échantillons indépendants (Test T) du nombre d'années d'ancienneté en tant qu'infirmière, du nombre d'années d'ancienneté en milieu hospitalier, du nombre d'années d'ancienneté dans l'établissement, du nombre d'infirmières sur le département et du nombre de médecins sur le département selon le groupe d'appartenance

Variables	H (n = 41)		NH (n = 55)		dl	t	p
	M	ET	M	ET			
Ancienneté en tant qu'infirmière (mois)	77,24	75,10	56,69	57,04	94	1,525	0,131
Ancienneté en milieu hospitalier (mois)	75,39	76,35	55,87	56,29	94	1,442	0,153
Ancienneté dans l'établissement (mois)	52,59	45,35	45,20	45,86	94	0,784	0,435
Nb d'infirmières sur le département	11,46	8,51	17,11	19,21	93	-1,754	0,083
Nb de médecins sur le département	5,43	4,82	7,02	6,43	91	-1,312	0,193

Note. H = infirmières subissant du harcèlement psychologique au travail; NH = infirmières ne subissant pas d'harcèlement psychologique au travail.

Tableau 4

Harcèlement psychologique au travail

	H (n = 41)	
	N	%
Prévalence d'exposition aux situations de violence dans les 12 derniers mois		
Relations de travail	63	48,46 ^a
Supérieur vous refuse la possibilité de vous exprimer	8	6,15
Constamment interrompu (e) lorsque vous vous exprimez	7	5,39
D'autres personnes vous empêchent de vous exprimer	9	6,92
On crie après vous, on vous injurie à haute voix	0	0,00
Critique permanente à propos de votre travail	9	6,92
Critique permanente à propos de votre vie privée	2	1,54
Harcèlement téléphonique	1	0,77
Menaces verbales	11	8,46
Menaces écrites	0	0,00
Regards ou gestes méprisants	10	7,69
On ignore votre présence en s'adressant à d'autres	6	4,62
Isolement	11	8,46 ^a
On ne vous adresse pas la parole	1	0,77
On ne veut pas être abordé par vous	2	1,54
Poste de travail qui vous isole des autres	2	1,54
On interdit à vos collègues de vous parler	0	0,00
On fait comme si vous n'existiez pas	6	4,62
On s'adresse à vous seulement par écrit	0	0,00
Tâches professionnelles modifiées	15	11,54 ^a
Aucune tâche, pas de travail	0	0,00
On vous confie des tâches sans intérêt	5	3,85
Tâches très inférieures à vos compétences	4	3,08
On vous donne sans cesse de nouvelles tâches	5	3,85
On vous confie des tâches humiliantes	0	0,00
Tâches très supérieures à vos compétences	1	0,77

Tableau 4

Harcèlement psychologique au travail (suite)

	H (n = 41)	
	N	%
Prévalence d'exposition aux situations de violence dans les 12 derniers mois (suite)		
Attaques sur la personne	38	29,23 ^a
On dit du mal de vous dans votre dos	14	10,77
On propage des rumeurs fausses sur vous	5	3,85
On vous ridiculise devant les autres	4	3,08
On vous soupçonne d'être psychiquement malade	0	0,00
On veut vous contraindre à un examen psychiatrique	0	0,00
On se moque d'un handicap que vous avez	0	0,00
On imite votre allure, votre voix et vos gestes	0	0,00
On attaque vos opinions politiques ou religieuses	0	0,00
On attaque ou on se moque de vos origines	0	0,00
Obligé(e) de mener des travaux blessant la conscience	0	0,00
On juge votre travail de façon injuste et blessante	5	3,85
On met vos décisions en question	8	6,15
On vous injurie dans des termes obscènes ou dégradants	1	0,77
On vous fait des allusions ou propositions sexuelles	1	0,77
Violence et menaces de violence	3	2,31 ^a
Obligé(e) de faire des tâches qui nuisent à votre santé	1	0,77
Malgré votre mauvaise santé, travail nuisible	0	0,00
On vous menace de violences corporelles	1	0,77
On utilise des violences légères à titre d'avertissement	0	0,00
Vous êtes physiquement maltraité(e)	1	0,77
Quelqu'un vous occasionne des frais afin de vous nuire	0	0,00
Dégâts à votre domicile ou sur votre lieu de travail	0	0,00
On en vient à des agressions sexuelles envers vous	0	0,00

Tableau 4
Harcèlement psychologique au travail (suite)

	H (n = 41)	
	N	%
Fréquence de la violence psychologique au cours des 12 derniers mois		
Tous les jours	0	0,0
Presque tous les jours	7	18,9
Au moins 1 fois par semaine	9	24,3
Au moins 1 fois par mois	6	16,2
Rarement	15	40,5
Durée de la violence psychologique (mois)		
0	1	3,1
1	1	3,1
2	2	6,3
3	1	3,1
6	6	18,8
7	1	3,1
8	1	3,1
12	7	21,9
15	1	3,1
18	1	3,1
22	1	3,1
24	4	12,5
36	2	6,3
60	1	3,1
68	1	3,1
85	1	3,1
Présence actuelle de la violence psychologique		
Oui, encore aujourd'hui	17	48,6
Non, antérieurement dans le même emploi	14	40,0
Non, antérieurement dans un emploi précédent	4	11,4

Tableau 4
Harcèlement psychologique au travail (suite)

	H (n = 41)	
	N	%
Sources de harcèlement psychologique		
Collègue	22	47,8
Supérieur hiérarchique	19	41,3
Subordonné	5	10,9
Sexe de la source de violence psychologique		
Hommes	1	3,0
Femmes	23	69,7
Aussi bien des hommes que des femmes	9	27,3
Nombre de sources de la violence psychologique		
1	13	43,3
2	10	33,3
3	3	10,0
5	3	10,0
7	1	3,3
Personnes informées de la violence psychologique		
Collègue	17	26,2
Supérieur	9	13,8
Responsable du personnel	5	7,7
Représentant du personnel	3	4,6
Inspection du travail	0	0,0
Médecin du travail	0	0,0
Autre médecin	3	4,6
Assistance sociale	0	0,0
Amis, connaissances en dehors de l'entreprise	16	24,6
Membres de la famille	11	16,9
Non, je n'ai personne mais je l'aurais souhaité	0	0,0
Non, je n'ai personne mais je n'en ai pas besoin	1	1,5

Tableau 4
Harcèlement psychologique au travail (suite)

	H (n = 41)	
	N	%
Auto-évaluation comme victime de violence psychologique		
Oui	40	97,6
Non	1	2,4
Attributions		
Mauvaise ambiance générale au travail	19	26,4
Mauvaise organisation du travail	9	12,5
Problèmes de management, d'encadrement	7	9,7
Problèmes de compétition entre les gens	11	15,3
Envie, la jalousie	11	15,3
Conflit ou différend non résolu au travail	8	11,1
Parce que l'on veut me faire partir de l'entreprise	3	4,2
Parce que je suis différent des autres (âge, sexe, nationalité etc.)	1	1,4
Ne sait pas	3	4,2
Témoin de violence psychologique		
Oui	36	87,8
Non	5	12,2

Note. H = infirmières subissant du harcèlement psychologique au travail. Certaines variables contiennent des données manquantes. Les *n* peuvent ainsi varier.

^a = Nombre total de situations de violence = 130.

descriptives des informations pertinentes concernant le harcèlement psychologique au travail auprès des infirmières subissant ou ayant subi du harcèlement psychologique au travail dont, notamment, la prévalence d'exposition à 45 situations de violence regroupées en 5 catégories (relations de travail, isolement, tâches professionnelles modifiées, attaques sur la personne, violence et menaces de violence), la fréquence du harcèlement psychologique au cours des 12 derniers mois, la durée, les sources de ce harcèlement et les attributions. Certaines de ces variables contenaient des données manquantes. Elles n'ont pas été remplacées. Les n peuvent ainsi varier.

Tel que le démontre le Tableau 4, les participants subissant du harcèlement psychologique au travail ont identifié un total de 130 situations de violence au travail au cours des 12 derniers mois. Les deux catégories d'exposition les plus prévalentes sont les relations de travail ($n = 63$; 48,46%) et les attaques sur la personne ($n = 38$; 29,23%). Les situations de violence les plus fréquemment identifiées par les participants sont des menaces verbales, des regards ou des gestes méprisants et on dit du mal de vous dans votre dos.

Comme le démontre aussi le Tableau 4, chez les personnes rapportant subir du harcèlement psychologique au travail, 40,5% mentionnent en avoir vécu rarement au cours des 12 derniers mois ($n = 15$), 16,2% soulignent avoir vécu du harcèlement au moins une fois par mois ($n = 6$), 24,3% au moins une fois par semaine ($n = 19$) et 18,9% presque tous les jours ($n = 7$).

Comme l'indique le Tableau 4, les personnes subissant du harcèlement psychologique au travail rapportent dans une proportion de 18,8% vivre ce harcèlement depuis six mois. Aussi, 21,9% des personnes subissant du harcèlement psychologique au

travail rapportent en être victime depuis 12 mois et 28,1% des personnes subissant du harcèlement psychologique au travail disent en être victime depuis 24 mois et plus.

Le Tableau 4 démontre que 48,6% des personnes subissant du harcèlement psychologique au travail rapportent être encore aujourd'hui confronté à du harcèlement psychologique et 40% mentionnent ne pas en vivre actuellement mais avoir été confronté antérieurement dans le même emploi à du harcèlement psychologique. Seulement 11,4% rapportent ne pas en vivre actuellement mais avoir été confronté à du harcèlement psychologique antérieurement dans un emploi précédent.

Comme l'indique aussi le Tableau 4, 47,8% des personnes subissant du harcèlement psychologique au travail ont mentionné les collègues ($n = 22$) et 41,3% ont mentionné leur supérieur immédiat ($n = 19$) comme étant les principales sources de harcèlement psychologique. De plus, la source de violence psychologique est en majorité de sexe féminin (69,7%). Un total de 27,3% des personnes subissant du harcèlement psychologique au travail rapportent qu'aussi bien les hommes que les femmes sont la source de ce harcèlement. Le Tableau 4 révèle que la majorité des personnes ont mentionné subir du harcèlement psychologique de la part d'au moins deux personnes ($n = 17$; 56,6%).

Le Tableau 4 indique que pour parler de leurs problèmes d'harcèlement, les personnes subissant du harcèlement psychologique au travail se sont tournés principalement vers leurs collègues ($n = 17$; 26,2%), leurs amis ou connaissances en dehors de l'entreprise ($n = 16$; 24,6%) et les membres de leur famille ($n = 11$; 16,9%).

Le Tableau 4 démontre que 26,4% des participants attribue le fait de vivre du harcèlement psychologique au travail à une mauvaise ambiance générale, 11,1% à un conflit ou un différend non résolu au travail et 15,3 % à de l'envie et de la jalousie

d'autrui. Enfin, 87,7% des personnes subissant du harcèlement psychologique ont mentionné avoir également été témoin de violence psychologique dans le cadre de leur travail.

Âge des participants et variables dépendantes

Étant donné que les analyses descriptives ont démontré que les personnes vivant du harcèlement psychologique au travail étaient significativement plus âgées que les personnes ne vivant pas de harcèlement psychologique, des analyses de corrélations bivariées entre l'âge et chacune des variables dépendantes ont été effectuées. Les résultats sont présentés au Tableau 5. Comme le démontre le Tableau 5, l'âge des participants est lié significativement à la majorité des variables dépendantes. Il s'avère donc nécessaire de contrôler statistiquement pour l'âge des participants et ainsi inclure l'âge en tant que covariable dans les analyses qui suivent.

Stress psychologique

Le Tableau 6 présente les résultats obtenus des analyses descriptives et de l'analyse de covariance univariée (ANCOVA) du stress psychologique en fonction du groupe d'appartenance. Comme l'indique le Tableau 6, les personnes subissant du harcèlement psychologique présentent un stress psychologique global significativement plus grand que les personnes ne subissant pas de harcèlement psychologique, $F(1, 93) = 5,998, p < 0,0005$.

Santé psychologique

Détresse psychologique

Échelle globale de détresse psychologique. Le Tableau 7 présente les résultats obtenus des analyses descriptives et de l'analyse de covariance univariée de la détresse psychologique globale en fonction du groupe d'appartenance. Comme l'indique le

Tableau 5

Corrélations bivariées entre l'âge des participants et les variables dépendantes (stress psychologique, détresse psychologique, bien-être psychologique, satisfaction au travail)

	<i>r</i>	<i>p</i>
Stress global	0,405	< 0,0005***
Détresse globale	0,474	< 0,0005***
Somatisation	0,483	< 0,0005***
Obsession-compulsion	0,410	< 0,0005***
Sensibilité interpersonnelle	0,359	< 0,0005***
Dépression	0,392	< 0,0005***
Anxiété	0,472	< 0,0005***
Hostilité	0,489	< 0,0005***
Anxiété phobique	0,520	< 0,0005***
Idéation paranoïde	0,468	< 0,0005***
Psychotisme	0,466	< 0,0005***
Items additionnels	0,426	< 0,0005***
Bien-être global	-0,335	< 0,001***
Autonomie	-0,015	0,887
Compétence	-0,127	0,218
Croissance personnelle	-0,172	0,093
Relations positives avec autrui	-0,422	< 0,0005***
Sens à la vie	-0,227	0,026*
Acceptation de soi	-0,316	0,002**
Satisfaction au travail	0,025	0,811

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,0005$.

Tableau 6

Analyses descriptives et analyse de covariance univariée (ANCOVA) du stress psychologique selon le groupe d'appartenance

Variables	H (n = 41)		NH (n = 55)		df	Carré moyen	F	p
	M	ET	M	ET				
Stress global	105,21	32,60	82,35	32,76				
Groupe					1	5709,751	5,998	< 0,0005**
Résiduel					93	952,012		

Note. H = infirmières subissant du harcèlement psychologique au travail; NH = infirmières ne subissant pas d'harcèlement psychologique au travail. Les analyses ont été effectuées en utilisant l'âge des participants comme covariable.

** $p < 0,0005$.

Tableau 7

Analyses descriptives et analyses de covariance univariées (ANCOVA) de la détresse psychologique et de ses sous-échelles selon le groupe d'appartenance (suite)

Variables	H (n = 55)		NH (n = 41)		df	Carré moyen	F	p
	M	ET	M	ET				
Anxiété phobique	0,76	1,10	0,30	0,73	1	0,892	1,405	0,239
Groupe					93	0,635		
Résiduel								
Idéation paranoïde	1,10	1,03	0,61	0,78	1	1,520	2,298	0,133
Groupe					93	0,661		
Résiduel								
Psychotisme	0,78	1,06	0,40	0,70	1	0,531	0,848	0,360
Groupe					93	0,626		
Résiduel								

Note. H = infirmières subissant du harcèlement psychologique au travail; NH = infirmières ne subissant pas d'harcèlement psychologique au travail. Les analyses ont été effectuées en utilisant l'âge des participants comme covariable.

* $p < 0,05$.

Tableau 7

Analyses descriptives et analyses de covariance univariées (ANCOVA) de la détresse psychologique et de ses sous-échelles selon le groupe d'appartenance

Variables	H (n = 41)		NH (n = 55)		dl	Carré moyen	F	p
	M	ET	M	ET				
Détresse globale	1,10	0,97	0,65	0,70				
Groupe					1	1,267	2,271	0,135
Résiduel					93	0,558		
Somatisation	1,30	0,90	0,73	0,73				
Groupe					1	3,047	5,683	0,019*
Résiduel					93	0,536		
Obsession-compulsion	1,30	1,12	0,70	0,73				
Groupe					1	3,695	5,006	0,028*
Résiduel					93	0,738		
Sensibilité interpersonnelle	1,12	0,97	0,80	0,83				
Groupe					1	0,480	0,673	0,414
Résiduel					93	0,714		
Dépression	1,31	0,99	0,91	0,81				
Groupe					1	0,999	1,418	0,237
Résiduel					93	0,704		
Anxiété	1,07	1,06	0,52	0,70				
Groupe					1	2,374	3,754	0,056
Résiduel					93	0,632		
Hostilité	1,10	1,10	0,69	0,77				
Groupe					1	0,559	0,811	0,370
Résiduel					93	0,689		

Tableau 7, les personnes subissant du harcèlement psychologique au travail ne se distinguent pas des personnes ne subissant pas d'harcèlement psychologique au travail quant à leur score global de détresse psychologique, $F(1, 93) = 1,267, p = 0,135$.

Sous-échelles de détresse psychologique. Le Tableau 7 présente les résultats des analyses descriptives et de l'analyse de covariance univariée (ANCOVA) de la somatisation, $F(1, 93) = 5,683, p = 0,019$, de l'obsession-compulsion, $F(1, 93) = 5,006, p = 0,028$, de la sensibilité interpersonnelle, $F(1, 93) = 0,673, p = 0,414$, de la dépression, $F(1, 93) = 1,418, p = 0,237$, de l'anxiété, $F(1, 93) = 3,754, p = 0,056$, de l'hostilité, $F(1, 93) = 0,811, p = 0,370$, de l'anxiété phobique, $F(1, 93) = 1,405, p = 0,239$, de l'idéation paranoïde, $F(1, 93) = 2,298, p = 0,133$ et du psychotisme, $F(1, 93) = 0,848, p = 0,360$, en fonction du groupe d'appartenance. Ainsi, les résultats démontrent que les personnes subissant du harcèlement psychologique au travail ne diffèrent pas significativement des personnes ne subissant pas de harcèlement psychologique au travail sur 7 des 9 sous-échelles (sensibilité interpersonnelle, dépression, anxiété, hostilité, anxiété phobique, idéation paranoïde et psychotisme). La différence entre les groupes concernant la sous-échelle de l'anxiété était toutefois proche du seuil de signification ($p < 0,06$). Les personnes subissant du harcèlement psychologique au travail rapportent vivre significativement plus de symptômes de somatisation et d'obsession-compulsion que les personnes ne subissant pas de harcèlement psychologique au travail.

Bien-être psychologique

Échelle globale du bien-être psychologique. Le Tableau 8 présente les résultats obtenus des analyses descriptives et de l'analyse de covariance univariée (ANCOVA) de la détresse psychologique en fonction du groupe d'appartenance. Comme l'indique le

Tableau 8

Analyses descriptives et analyses de covariance univariées (ANCOVA) du bien-être psychologique et de ses sous-échelles selon le groupe d'appartenance

Variables	H (n = 41)		NH (n = 55)		dl	Carré moyen	F	p
	M	ET	M	ET				
Bien-être global	80,66	12,97	85,62	10,90				
Groupe					1	182,813	1,417	0,237
Résiduel					93	128,980		
Autonomie	12,71	2,30	12,30	2,11				
Groupe					1	3,395	0,521	0,472
Résiduel					93	6,521		
Compétence	13,44	2,99	14,90	2,66				
Groupe					1	39,735	4,991	0,028*
Résiduel					93	7,922		
Croissance personnelle	14,63	2,85	15,24	2,59				
Groupe					1	2,917	0,403	0,527
Résiduel					93	7,230		
Relations positives	13,29	4,03	14,65	3,57				
Groupe					1	5,190	0,428	0,515
Résiduel					93	12,123		
Sens à la vie	12,34	3,58	13,38	2,69				
Groupe					1	10,401	1,113	0,294
Résiduel					93	9,348		
Acceptation de soi	14,24	2,73	15,09	2,59				
Groupe					1	3,478	0,434	0,467
Résiduel					93	6,514		

Note. H = infirmières subissant du harcèlement psychologique au travail; NH = infirmières ne subissant pas d'harcèlement psychologique au travail. Les analyses ont été effectuées en utilisant l'âge des participants comme covariable.

* $p < 0,05$.

Tableau 8, les personnes subissant du harcèlement psychologique présentent un score global de bien-être psychologique qui ne diffère pas significativement de celui obtenu par les personnes ne subissant pas de harcèlement psychologique, $F(1, 93) = 1,417, p = 0,237$.

Sous-échelles du bien-être psychologique. Le Tableau 8 présente les résultats de l'analyse de covariance (ANCOVA) de l'Autonomie, $F(1, 93) = 0,521, p = 0,472$, de la Compétence, $F(1, 93) = 4,991, p = 0,028$, de la Croissance personnelle, $F(1, 93) = 0,403, p = 0,527$, des Relations positives avec autrui, $F(1, 93) = 0,428, p = 0,515$, du Sens à la vie, $F(1, 93) = 1,113, p = 0,294$ et de l'Acceptation de soi, $F(1, 93) = 0,534, p = 0,467$ en fonction du groupe d'appartenance. Ainsi, les personnes subissant du harcèlement psychologique au travail diffèrent significativement des personnes ne subissant pas de harcèlement psychologique au travail quant à la sous-échelle Compétence uniquement. Les résultats indiquent ainsi que les personnes subissant du harcèlement psychologique au travail rapportent un niveau de compétence significativement moins élevé que celui rapporté par les personnes ne subissant pas de harcèlement psychologique au travail. Leur niveau d'autonomie, de croissance personnelle, de relations positives avec autrui, de sens à la vie et d'acceptation de soi est semblable à celui rapporté par les personnes ne subissant pas de harcèlement psychologique au travail.

Satisfaction au travail

Le Tableau 9 présente les résultats obtenus des analyses descriptives et de l'analyse de covariance univariée (ANCOVA) de la satisfaction au travail en fonction du groupe d'appartenance. Comme l'indique le Tableau 9, les personnes subissant du harcèlement psychologique ne diffèrent pas significativement des personnes ne subissant

Tableau 9

Analyses descriptives et analyse de covariance univariée (ANCOVA) de la satisfaction au travail selon le groupe d'appartenance

Variables	H (n = 41)		NH (n = 55)		dl	Carré moyen	F	p
	M	ET	M	ET				
Satisfaction globale	4,28	2,23	4,61	1,10				
Groupe					1	3,115	2,324	0,131
Résiduel					93	1,340		

Note. H = infirmières subissant du harcèlement psychologique au travail; NH = infirmières ne subissant pas d'harcèlement psychologique au travail. Les analyses ont été effectuées en utilisant l'âge des participants comme covariable.

pas de harcèlement psychologique au niveau de la satisfaction au travail, $F(1, 93) = 2,324, p = 0,131$.

Discussion

Cette étude avait notamment pour objectif d'évaluer la proportion des personnes qui ont été ou qui sont actuellement victimes de harcèlement psychologique au travail chez une population d'infirmières âgée de 18 ans et plus travaillant dans différents hôpitaux du Québec. L'étude visait aussi à évaluer les caractéristiques, les sources du harcèlement psychologique et les réactions face au harcèlement vécu par les infirmières mentionnant avoir été ou être actuellement victimes de harcèlement. La présente étude est la première étude à évaluer le harcèlement psychologique au travail chez une population d'infirmières provenant de différents hôpitaux du Québec en utilisant en outre un groupe de comparaison composé d'infirmières qui mentionnent ne pas avoir été victimes de harcèlement psychologique au travail. La présente étude a aussi comparé la santé psychologique, le niveau de stress et la satisfaction au travail des infirmières mentionnant avoir été ou être actuellement victimes de harcèlement psychologique au travail et celles mentionnant ne pas en avoir été victimes.

Tout d'abord, la présente étude a démontré qu'une proportion importante des infirmières en milieu hospitalier ont déjà subi ou subissent actuellement du harcèlement psychologique au travail. Cette étude a révélé que les infirmières ayant été victimes de harcèlement psychologique au travail ont subi ce harcèlement psychologique principalement de la part des collègues de travail et d'un supérieur hiérarchique. Les résultats ont également démontré que les infirmières en milieux hospitaliers qui ont déjà subi ou qui subissent actuellement du harcèlement psychologique au travail présentent significativement plus de symptômes de stress psychologique global que les infirmières ne subissant pas de harcèlement psychologique au travail. De façon générale, les deux groupes ne diffèrent pas significativement quant à leur niveau de détresse et de bien-être

psychologique ni au niveau de leur satisfaction au travail. Les résultats obtenus seront discutés à partir des 5 hypothèses de la présente étude.

La présence de harcèlement et les sources

Harcèlement

La première hypothèse suggérait qu'une proportion importante des infirmières en milieu hospitalier ont déjà subi ou subissent actuellement du harcèlement.

En utilisant la définition du harcèlement psychologique préconisée par Leymann (1996) et Niedhammer et al. (2006), près de la moitié (43 %) des infirmières travaillant en milieux hospitaliers et ayant participé à l'étude ont été classifiées comme ayant subi du harcèlement au travail au cours des 12 derniers mois. Aussi, la moitié des infirmières subissant du harcèlement psychologique au travail rapportent en être victime depuis plus de 12 mois (50 %) et en être encore aujourd'hui confrontée (47 %).

Ces résultats appuient cette hypothèse et sont concordants avec ceux de la recension des écrits antérieurs concernant la prévalence du harcèlement dans le milieu du travail (Celik & Bayraktar, 2004; Einarsen & Raknes, 1997; Lewis et al., 2002; Leymann, 1990; Sofield & Salmond, 2003; Vartia, 2002) et la prévalence du harcèlement auprès d'infirmières travaillant en milieux hospitaliers (Nurses Report Abuse, 2001).

Quelques études obtiennent toutefois des pourcentages plus élevés d'infirmières travaillant dans le milieu hospitalier qui ont déjà subi du harcèlement psychologique dans le cadre de leur travail, pouvant aller jusqu'à 100%. Il importe de préciser que la plupart de ces études n'ont pas limité la période de temps à considérer pour l'exposition à des situations de harcèlement psychologique au travail chez des infirmières (v.g., Hilton et al., 1994; Sofield & Salmond, 2003) alors que la présente étude évalue la

prévalence du harcèlement psychologique au travail chez des infirmières dans les 12 derniers mois. Les résultats de l'étude de Cameron (1998), par exemple, se rapprochent de ceux obtenus dans la présente étude car l'auteur évalue, dans les 15 derniers jours, la prévalence du harcèlement psychologique chez une population d'infirmières en milieux hospitaliers.

Ces résultats démontrent ainsi que malgré la nouvelle loi en vigueur depuis juin 2004 au Québec qui vise à sensibiliser et à éviter des situations d'harcèlement psychologique au travail, le nombre de personnes subissant du harcèlement psychologique au travail est encore très élevé. De plus et tel que démontré également dans les études antérieures, la présente étude démontre que près de 90 % des infirmières ayant déjà subi du harcèlement psychologique au travail ont aussi été témoin de harcèlement et seulement 48 % mentionnent en avoir parlé dans leur milieu de travail (collègue, supérieur ou responsable du personnel).

Plusieurs explications peuvent être invoquées pour justifier ces résultats. Tel que mentionné par Rowe et Sherlock (2005) et par Duncan et al. (2001), le fonctionnement du système hospitalier peut expliquer la présence importante de harcèlement psychologique au travail. Ces auteurs remarquent une culture de la violence, particulièrement chez les infirmières en milieu et en fin de carrière. Selon Hirigoyen (1998), la pression psychologique de l'organisation du travail pourrait transformer tout individu ordinaire en persécuteur. Ainsi, la hiérarchisation du milieu hospitalier, le stress vécu par chacun et des problèmes de communication pourraient entraîner une forte pression psychologique, entretenir une culture de la violence et de ce fait, augmenter les situations de harcèlement psychologique au travail que vivent les infirmières en milieux hospitaliers ou dont elles sont témoins.

Les conditions de travail vécues par les infirmières en milieux hospitaliers se sont beaucoup détériorées depuis les dernières années. En effet, il est de plus en plus courant que les quarts de travail des membres du personnel infirmier comptent plus de 12 heures. De plus, des études démontrent que 67 % des infirmières en milieux hospitaliers estiment que leur charge de travail est trop lourde pour une seule personne et 45 % disent manquer de temps pour accomplir toutes les tâches auxquelles on s'attend d'eux pour bien faire leur travail (Greenslade & Paddock, 2007). Selon ces auteurs, les conditions de travail du personnel infirmier affectent la santé et le bien-être de chaque infirmière. Par ailleurs, la société d'aujourd'hui tend à avoir un niveau de tolérance de plus en plus élevée envers la violence comme le démontre aussi l'intimidation vécue dans les écoles. Cette tolérance envers la violence se répercute également dans les milieux de travail où le stress et les conditions de travail difficiles sont importants dont les hôpitaux. Ce laxisme est à craindre et démontre l'importance que les milieux hospitaliers adoptent une politique de tolérance zéro face au harcèlement psychologique.

Sources du harcèlement

La seconde hypothèse suggérait que les infirmières qui ont subi ou qui subissent actuellement du harcèlement psychologique au travail ont subi ce harcèlement psychologique principalement de la part de collègues ou d'un supérieur hiérarchique.

Les analyses descriptives démontrent que les infirmières subissant du harcèlement psychologique au travail en milieux hospitaliers ont effectivement identifié leurs collègues de travail (48 %) comme étant la principale source de harcèlement psychologique, suivi de leurs supérieurs hiérarchiques (40 %).

Ces résultats appuient l'hypothèse et sont concordants avec ceux de la recension des écrits antérieurs concernant les principales sources de harcèlement psychologique au

travail chez les infirmières. En effet, les principales sources de harcèlement psychologique au travail identifiées dans les études antérieures sont les collègues, les supérieurs hiérarchiques et les patients (Celik & Bayraktar, 2004; Duncan et al., 2001; Hilton et al., 1994; Rowe et Sherlock, 2005; Sofield & Salmond, 2003; Uzun, 2003; Vartia, 1996). Le fait que les collègues et les supérieurs hiérarchiques sont les principales sources de harcèlement psychologique au travail dans la présente étude pourraient s'expliquer par une recherche de pouvoir visant un rehaussement personnel ou par des manipulations visant la déresponsabilisation (Hirigoyen, 1998). Ainsi, il est possible que les collègues et les supérieurs hiérarchiques identifiés comme principales sources de harcèlement dans la présente étude aient eu recours au harcèlement psychologique dans leur milieu de travail dans le but de se rehausser. Selon Hirigoyen (1998), avec la hiérarchie en réseau, il est en outre facile de ne pas se sentir responsable. La hiérarchie en réseau divise le réseau en petits groupes avec plus ou moins de pouvoir. Par exemple, il est possible de retrouver parmi ces groupes des médecins ainsi que des infirmières bachelières formant un ou des clans contre des groupes moins influents. Il se crée ainsi une hiérarchie parmi les groupes de réseaux mis en place.

Il aurait aussi été intéressant de voir quels auraient été les résultats si les patients avaient été un des choix de réponses à la question concernant les sources du harcèlement. En effet, plusieurs études ayant évalué les sources de harcèlement psychologique envers des infirmières ont démontré que la famille des patients et les patients eux-mêmes étaient les principales sources de harcèlement (Celik & Bayraktar, 2004; Duncan et al., 2001; Hilton et al., 1994; Sofield & Salmond, 2003; Uzun, 2003; Vartia, 1996). La raison pour laquelle cela n'a pas été évalué dans la présente étude s'explique par le questionnaire choisi évaluant le harcèlement psychologique au travail.

En ce sens, le questionnaire de Leymann (1996) n'incluait pas les patients ni les familles des patients comme sources possibles de harcèlement psychologique. Il incluait uniquement des catégories d'employés du milieu hospitalier.

Stress psychologique

La troisième hypothèse suggérait que les infirmières qui ont subi ou qui subissent du harcèlement psychologique démontrent un niveau de stress significativement plus élevé que les infirmières ne subissant pas de harcèlement psychologique.

Des analyses descriptives et de covariance univariées (ANCOVA) de l'échelle globale de stress psychologique ont démontré que les infirmières en milieux hospitaliers subissant du harcèlement psychologique au travail présentent un niveau de stress psychologique global significativement plus élevé que les infirmières ne subissant pas de harcèlement psychologique.

Cette hypothèse est ainsi appuyée. Ces résultats concordent avec les résultats obtenus par Vartia (2002) qui avait démontré que les travailleurs ayant subi ou subissant actuellement du harcèlement psychologique ont un taux de stress significativement plus élevé que les travailleurs n'ayant jamais vécu de harcèlement. Réalisée auprès d'infirmières victimes de harcèlement psychologique au travail, l'étude de Rowe et Sherlock (2005) démontre aussi que les infirmières victimes de harcèlement psychologique sont plus stressées, peuvent avoir une baisse de leur satisfaction au travail et s'absentent plus souvent.

La présence de stress au travail chez les infirmières en milieux hospitaliers pourrait s'expliquer par des conditions de travail difficiles, notamment des horaires chargés et instables, une obligation de faire du temps supplémentaire et un surplus de tâches avec moins de temps pour les accomplir. Il est possible que les infirmières vivent

une certaine pression psychologique entraînant du harcèlement psychologique, ce qui fera augmenter le niveau de stress déjà important à la base (Greenslade & Paddock, 2007; Wilkins, McLeod & Shields, 2007).

Comme cela a été mis en évidence par Chang, Hancock, Johnson, Daly et Jackson (2005), il est important de bien évaluer les facteurs de stress afin de mettre en place des moyens pour diminuer le stress au travail chez les infirmières. Les conséquences du stress sur l'efficacité au travail chez des infirmières victimes de harcèlement psychologique au travail sont importantes. Rowe et Sherlock (2005) démontre que le stress dû au harcèlement psychologique au travail influence le rendement des infirmières qui le subissent ainsi que leur satisfaction au travail et cela affecte également la qualité des soins donnés aux patients.

Santé psychologique

La quatrième hypothèse suggérait que les infirmières qui ont subi ou qui subissent du harcèlement psychologique qualifient leur santé psychologique (v.g., dépression, somatisation, hostilité, anxiété) comme étant significativement moins bonne que les infirmières ne subissant pas de harcèlement psychologique.

Des analyses descriptives ainsi que des analyses de covariance univariées (ANCOVA) de la santé psychologique en fonction du groupe d'appartenance ont démontré que les infirmières en milieux hospitaliers subissant du harcèlement psychologique au travail ne diffèrent pas des infirmières ne subissant pas de harcèlement psychologique quant à leur niveau de détresse psychologique globale et leur niveau de bien-être psychologique global.

Un premier instrument a permis d'évaluer la détresse psychologique. Les résultats indiquent que les infirmières en milieux hospitaliers subissant du harcèlement

psychologique au travail n'ont pas un niveau de détresse psychologique global plus élevé.

Un second instrument a permis d'évaluer le bien-être psychologique. Les résultats indiquent que les infirmières subissant du harcèlement psychologique au travail évaluent aussi positivement leur niveau de bien-être psychologique global que les infirmières ne subissant pas de harcèlement.

Les résultats des deux instruments indiquent que les infirmières en milieu hospitaliers subissant du harcèlement psychologique au travail qualifient leur santé psychologique de bonne. En effet, elles rapportent vivre peu ou pas de détresse psychologique et évaluent positivement leur niveau de bien-être psychologique.

Au niveau de la détresse psychologique, deux sous-échelles présentent des différences significatives entre les deux groupes. Les sous-échelles Somatisation et Obsession-compulsion sont significativement plus élevées chez les infirmières en milieu hospitaliers subissant du harcèlement psychologique au travail que chez les infirmières ne subissant pas de harcèlement. Cela indique que les infirmières subissant du harcèlement psychologique au travail rapportent significativement plus de symptômes physiques de même que des pensées et des impulsions involontaires. Les sous-échelles Sensibilité interpersonnelle, Dépression, Anxiété, Hostilité, Anxiété phobique, Idéations paranoïde et Psychotisme ne diffèrent pas selon les groupes.

Au niveau du bien-être psychologique, une seule sous-échelle présente des différences significatives entre les deux groupes. La sous-échelle Compétence est significativement moins élevée chez les infirmières en milieu hospitaliers subissant du harcèlement psychologique au travail que chez les infirmières ne subissant pas de harcèlement. Cela indique que les infirmières subissant du harcèlement psychologique

au travail évaluent négativement leur niveau de compétence car elles ont une impression de ne pas maîtriser leur vie. Les sous-échelles Autonomie, Croissance personnelle, Relation positive avec autrui, Sens à la vie et Acceptation de soi ne diffèrent pas selon les groupes.

En somme et de façon générale, cette hypothèse prévoyant que la santé psychologique des infirmières ayant déjà subi ou subissant du harcèlement psychologique au travail est significativement moins bonne n'est pas appuyée. Ces résultats ne sont pas concordants avec les résultats de la recension des écrits sur ce sujet. En effet, Soares (2002) et Uzun (2003), entre autres, démontrent un lien entre le harcèlement psychologique au travail et la santé psychologique. Ces auteurs démontrent que le harcèlement psychologique peut avoir des conséquences individuelles néfastes sur la santé mentale, la présence de symptômes de détresse psychologique étant significativement plus élevés chez les personnes vivant du harcèlement psychologique au travail que chez les personnes n'ayant jamais vécu de harcèlement psychologique.

Une première hypothèse pouvant expliquer que dans la présente étude, les infirmières ayant subi du harcèlement psychologique au travail ne diffèrent pas de celles n'ayant pas subi d'harcèlement psychologique au travail porte sur la puissance statistique. En effet, bien que le nombre de participants ayant subi et n'ayant jamais subi du harcèlement psychologique dans le cadre de leur travail soit assez élevé au total, ce nombre a permis d'obtenir une puissance analytique d'au plus 70 %. Ainsi et bien qu'elle ait tout de même permis de diminuer la probabilité d'erreur de deuxième type, l'ampleur de la puissance analytique suggère qu'il est possible que la taille de l'échantillon n'était peut-être pas assez grande. Il est donc possible que des résultats différents (i.e., que les infirmières ayant subi du harcèlement diffèrent de celles n'ayant

pas subi du harcèlement quant à leur santé psychologique) auraient pu être obtenus si le nombre de participants avait été plus élevé (i.e., plus grande puissance statistique).

Une autre hypothèse concerne les consignes des instruments qui ont été utilisés pour évaluer la santé psychologique. En effet, l'instrument utilisé pour mesurer la détresse psychologique (version française du SCL-90-R de Derogatis, 1994) évalue les symptômes au cours des 7 derniers jours et celui utilisé pour mesurer le bien-être (version française de l'échelle de Bien-être général de Ryff, 1989) évalue les symptômes « de façon générale ». Or, le questionnaire portant sur le harcèlement psychologique au travail cherche à connaître la présence de harcèlement au cours des 12 derniers mois. Cela pourrait peut-être expliquer, en partie, pourquoi il n'y a pas de lien entre le harcèlement psychologique et la santé psychologique. En ce sens, il est possible que les infirmières rapportant subir du harcèlement psychologique au travail évaluent positivement leur niveau de santé psychologique des 7 derniers jours ou de façon générale, le harcèlement subi pouvant avoir été vécu antérieurement. A cet égard, un peu plus de 50 % des infirmières ayant subi du harcèlement psychologique ont rapporté ne plus en être victime actuellement.

Satisfaction au travail

La cinquième hypothèse suggère que les infirmières ayant subi ou subissant du harcèlement psychologique démontrent une satisfaction au travail significativement plus faible que les infirmières ne subissant pas de harcèlement psychologique.

Des analyses descriptives et des analyses de covariance univariées (ANCOVA) de l'échelle globale de la satisfaction au travail ont démontré que les infirmières en milieux hospitaliers subissant du harcèlement psychologique au travail ne diffèrent pas significativement des infirmières ne subissant pas de harcèlement psychologique au

travail quant à leur niveau de satisfaction au travail. En effet, les infirmières subissant du harcèlement psychologique au travail ont rapporté se sentir aussi satisfaites dans leur travail que les infirmières ne subissant pas de harcèlement psychologique.

Ainsi, la cinquième hypothèse n'a pas été appuyée. Ces résultats sont surprenants compte tenu que la majorité des études portant sur la satisfaction au travail démontraient le contraire. En effet et d'ordre général, les infirmières subissant du harcèlement psychologique au travail rapportent être moins satisfaites de leur emploi (Rowe & Sherlock, 2005).

Comme mentionné précédemment, les conditions de travail difficiles auxquelles sont confrontées quotidiennement les infirmières travaillant en milieux hospitaliers peuvent expliquer cette insatisfaction par rapport à leur emploi qu'on retrouve généralement dans les études antérieures. En effet, les contraintes d'horaire, de temps supplémentaires et de tâches peuvent avoir une influence sur l'auto-évaluation que font les infirmières de leur satisfaction au travail.

Une des raisons pouvant expliquer qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes dans la présente étude concerne de nouveau la puissance statistique. Comme mentionné précédemment, il est possible que la taille de l'échantillon n'est pas été suffisamment grande. Des résultats différents (i.e., que les infirmières ayant subi du harcèlement différent de celles n'ayant pas subi du harcèlement quant à leur satisfaction au travail) auraient peut-être pu être obtenus si le nombre de participants avait été plus élevé (i.e., plus grande puissance statistique).

Une autre raison pourrait être la nature de l'instrument utilisé pour évaluer la satisfaction au travail. En effet, les études antérieures ont principalement utilisé des instruments qui incluaient des questions se rapportant à la satisfaction des participants

face à leurs conditions de travail alors que le questionnaire utilisé dans la présente étude incluait davantage des questions sur la satisfaction au travail de façon général. Il est ainsi possible que l'utilisation d'un questionnaire incluant des questions sur la nature des relations de travail, sur l'ambiance générale et sur les styles de gestion de l'organisation (conflits, encadrement) ait favorisé l'obtention de différences entre les groupes.

Forces et limites de l'étude

La présente étude est la première étude à avoir évalué le harcèlement psychologique au travail chez une population d'infirmières provenant de différents hôpitaux du Québec en utilisant en outre un groupe de comparaison composé d'infirmières qui mentionnent ne pas avoir été victimes de harcèlement psychologique au travail. Elle est la première à avoir démontré que le harcèlement psychologique au travail est encore très présent chez les infirmières en milieu hospitalier. L'ensemble des résultats de la présente étude démontrent clairement que des mesures supplémentaires doivent être prises par les dirigeants afin de mieux sensibiliser les milieux hospitaliers au harcèlement psychologique au travail.

Certaines limites de l'étude peuvent toutefois être soulevées. Tout d'abord et tel que mentionné précédemment, bien que le nombre de participants ayant subi et n'ayant jamais subi du harcèlement psychologique dans le cadre de leur travail ait été assez élevé au total, ce nombre a permis d'obtenir une puissance analytique d'au plus 70 %. Il est donc possible que des différences significatives entre les deux groupes aient pu être obtenues si le nombre de participants avait été plus élevé (i.e., plus grande puissance statistique).

Une autre limite à cette étude peut être le biais dû à l'intervalle de temps entre les incidents de harcèlement psychologique et le moment où les infirmières en milieu

hospitalier devaient se souvenir de cet incident (au cours des douze derniers mois). Aussi, l'étude s'appuie sur des questionnaires envoyés par la poste et cette procédure peut également entraîner des biais liés à la fidélité et la validité des réponses. En effet, il est difficile de contrôler que les infirmières en milieu hospitalier répondent aux questionnaires sans consulter leur famille et leurs collègues.

Par ailleurs, le taux de participation à l'étude est en outre faible, pouvant ainsi limiter la représentativité des résultats. En ce sens, sur 300 infirmières sollicitées de façon aléatoire parmi les 35 000 infirmières de l'OIIQ, 50 ont retourné leur questionnaire complété, ce qui représente environ 17% de participation. En ce qui concerne la deuxième méthode de recrutement, 59 questionnaires ont été distribués dans des classes universitaires et 46 ont retourné leur questionnaire complété, ce qui représente 78 % de participation.

Aussi et bien que l'échantillonnage ait été précis pour la présente étude, il aurait été intéressant de restreindre davantage l'échantillon notamment en sélectionnant une région précise du Québec plutôt que des infirmières sélectionnées aléatoirement à travers les différents hôpitaux du Québec. Il s'agit d'ailleurs d'une des limites soulevées par Uzun (2003) dans son étude, précisant qu'il aurait été préférable de limiter l'échantillon à un seul hôpital plutôt que trois. Malheureusement, cela n'a pas pu être réalisé pour la présente étude en raison des politiques sévères et du code d'éthique des différents hôpitaux du Québec. Tel que mentionné précédemment, cette prudence s'explique par le fait qu'une étude portant sur le harcèlement psychologique au travail chez des infirmières dans un hôpital précis aurait pu nuire à la réputation de l'établissement.

La présente étude aurait également pu être plus précise en ciblant des infirmières en milieux hospitaliers travaillant dans des départements spécifiques. En effet, l'étude

réalisée par Uzun (2003) a démontré que les infirmières travaillant dans certains départements hospitaliers tels que le service des urgences et la psychiatrie étaient plus à risque de vivre du harcèlement psychologique au travail. Dans la présente étude, le nombre de participants dans les deux groupes était assez similaire dans chacun des départements.

Par ailleurs, étant donné qu'une proportion importante (près de 50%) des infirmières dans les deux groupes était présentement aux études à temps plein au baccalauréat en soins infirmiers, il est possible de croire qu'elles ont pu être moins exposées à des situations pouvant influencer leur niveau de stress psychologique, de santé psychologique et de satisfaction au travail. En effet, près de la moitié des infirmières interrogées rapportent avoir un emploi en milieux hospitaliers et être aux études. Également, plus de la moitié des infirmières interrogées rapportent travailler à temps partiel en milieux hospitaliers un minimum de deux jours semaines comme stipulé par leur ordre professionnel. En passant moins de temps au travail, il est possible que les infirmières interrogées aient des perceptions plus positives face à leur travail, à leur niveau de stress psychologique et à leur santé psychologique. Rappelons également le fait que certains instruments étaient restreints au niveau de la durée (dans les 4 à 5 derniers jours concernant le stress et les 7 derniers jours concernant la santé psychologique). À ce sujet, si les infirmières interrogées travaillant à temps partiel n'avaient pas travaillées dans les jours précédant la distribution des questionnaires, cela peut avoir influencé les résultats.

Les infirmières auxiliaires n'ont pas été évaluées dans la présente étude. En effet, les deux groupes se composent essentiellement d'infirmières issues du niveau technique qui étudient pour devenir bachelières. Les infirmières sollicitées aléatoirement avec

L'OIIQ n'incluaient pas d'emblée les infirmières auxiliaires qui ne font pas partie de cet ordre professionnel. Étant donné le niveau hiérarchique en vigueur dans les milieux hospitaliers du Québec, les infirmières bachelières se retrouvent dans une position de supériorité vis-à-vis des infirmières issues du niveau technique qui elles aussi se retrouvent dans une position de supériorité face aux infirmières auxiliaires qui ont une formation professionnelle.

Il serait intéressant que les recherches futures aient assez de participants afin d'obtenir une puissance statistique supérieure. Il serait aussi intéressant que les études futures prennent en considération les patients comme source du harcèlement car plusieurs études ont identifié les patients et la famille des patients comme étant l'une des principales sources de harcèlement (Celik & Bayraktar, 2004; Duncan et al., 2001; Hilton et al., 1994; Sofield & Salmond, 2003; Uzun, 2003; Vartia, 1996).

De plus, les études futures auraient avantage à utiliser un instrument ciblant plus précisément la satisfaction au travail en incluant des questions sur la nature des relations de travail, sur l'ambiance générale et sur les styles de gestion de l'organisation (conflits, encadrement) ce qui pourrait favoriser l'obtention de différences entre les groupes.

Il serait enfin pertinent que des études ultérieures puissent évaluer plus spécifiquement le lien entre le bien-être psychologique, la satisfaction au travail et des conditions de travail et le harcèlement psychologique au travail. Il serait aussi intéressant que des études futures approfondissent les processus psychologiques impliqués dans la réaction au stress chez les infirmières en milieu hospitalier. Ces connaissances pourraient permettre de cibler, entre autres, des méthodes de prévention et des moyens mieux adaptés aux situations de stress afin de favoriser la santé psychologique chez les infirmières en milieu hospitalier.

Références

- Alvir, J., Schooler, N.R., Borenstein, M.T., Woerner, M.G. & Kane, J.M., (1988). The reliability of a shortened version of the SCL-90. *Psychopharmacology Bulletin*, 24, 242-246.
- Assemblée Nationale du Québec. (1975). *Chartes des droits et libertés de la personne*. Récupéré le 15 janvier 2005 de <http://www.barreau.qc.ca/journal/frameset.asp>.
- Blais, M.R., Lachance, L., Forget, J., Richer, S., & Dulude, D. M. (1991). *L'échelle de satisfaction globale au travail*. Affiche présentée au 15^{ième} Congrès annuel de la Société Québécoise de la Recherche en Psychologie, Montréal, Québec, Canada.
- Blais, M.R., Vallerand, R.J., Pelletier, L.G., & Brière, N.M. (1989). Échelle de satisfaction de vie: Validation canadienne-française du « Satisfaction with Life Scale. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 21, 210-223.
- Bouffard, L., & Lapierre, S. (1997). La mesure du bonheur. *Revue Québécoise de Psychologie*, 18, 273-316.
- Brodsky, C. M. (1976). *The Harassed Workers*. Lexington: Lexington book.
- Cameron, L. (1998). Verbal abuse: A proactive approach. *Nursing Management*, 29, 34-36.
- Brun, J.-P., Kedl, E. (2006). *Portrait et analyse de plaintes déposées pour harcèlement psychologique au travail à la commission des normes du travail*. Québec, Québec, Canada: Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail, Université Laval.
- Celik, S., & Bayraktar, N. (2004). A study of Nursing Student Abuse in Turkey. *Journal of Nursing Education*, 43, 330-336.
- Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations (CGSST). (2004). *Le harcèlement psychologique au travail frappe 7 % à 9 % des travailleurs*

au Québec. Communiqué de presse du 8 avril 2004. Récupéré le 20 janvier 2006 de <http://www.cgsst.fsa.ulaval.ca>

- Chang, E. M., Hancock, K., Johnson, A., Daly, J., & Jackson, D. (2005). Role stress in nurses : Review of related factors and strategies for moving forward. *Nursing and Health Sciences*, 7, 57-65.
- Derogatis, L. R. (1994). *Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring, and Procedures Manuel*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R Administration scoring and procedures manual -1*. Baltimore: Clinical Psychometrics Research.
- Derogatis, L. R. (1997). *SCL-90-R Administration scoring and procedures manual -1*. Baltimore: Clinical Psychometrics Research.
- Di Martino, V. (2002). Workplace violence in the health sector – Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, plus an additional Australian study: Synthesis Report. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, forthcoming working paper.
- Duncan, S. M., Hyndman, K., Estabrooks, C. A., Hesketh, K., Humphrey, C. K., Wong, J. S., Acorn, S., & Giovannetti, P. (2001). Nurses experience of violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Canadian Journal of Nursing Research*, 32, 57-78.
- Einarsen, S. & Raknes, B. I. (1997). Harassment in the workplace and the victimization of men. *Violence and Victims*, 12, 247-263.
- Fortin, M. F., & Coutu-Wakulczyk, G. (1985). Validation et normalisation d'une mesure de santé mentale : Le SCL-90-R. *Rapport final présenté au Conseil québécois de la recherche social (CQRS)*, 583-787, Montréal, Québec, Canada.

- Godin, I. M. (2004). Bullying, workers' health, and labour. *Journal of Epidemiology and Community Health, 58*, 258-259.
- Gosselin, M., & Bergeron, J. (1993). *Évaluation des qualités psychométriques du questionnaire de santé mentale SCL-90*. Montréal, Québec, Canada: Cahier de recherche du RISQ.
- Greenslade, V., & Paddock, K. (2007). Conditions de travail des infirmières et infirmiers: Comment relever le défi? *Pleins feux sur le lien politiques-recherche 13*, 13-16.
- Health & Safety Executive. (1997). *Violence and Agression to Staff in the Health Service: Guidance on assessment and management*. London : HMSO.
- Henderson, A. D. (2003). Nurses and workplace violence: Nurses' experiences of verbal and physical abuse at work. *Canadian Journal of Nursing Leadership, 16*, 82-98.
- Hilton, P. Kottke, J. & Pfahler, D. (1994). Verbal abuse in nursing: How serious is it? *Nursing Management, 25*, 90.
- Hirigoyen, M.-F. (1998). *Le harcèlement moral: La violence perverse au quotidien*. Paris: Syros.
- Howell, D. C. (1998). *Méthodes statistiques en sciences humaines*. Paris: De Boeck Université.
- Howells-Johnson, J. (2000). Verbal abuse. *British Journal of Perioperative Nursing, 10*, 508-511.
- Lemyre, L., Tessier, R., & Fillion, L. (1990). *Mesure du stress psychologique (M.S.P.)*. Québec: Éditions Behavira inc.

- Lewis, J., Coursol, D., & Herting, W. (2002). Addressing issues of workplace harassment: Counseling the targets. *Journal of Employment Counselling, 39*, 109-116.
- Leymann, H. (1990). Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and victims, 5*, 119-126.
- Leymann, H. (1996). *Mobbing : La persécution au travail*. Paris: Seuil.
- Martin, F., Sabourin, S., & Gendreau, P. (1989). Les dimensions de la détresse psychologique : Analyse factorielle confirmatoire de type hiérarchique. *International Journal of Psychology, 24*, 571-584.
- Mayhew, C. & Chappell, D. (2001). « Internal » violence (or bullying) and the health workforce. The University of New South Wales: School of industrial relations and organisational behaviour and industrial relations research centre.
- Namie, G. (2008). U.S. Hostile workplace survey 2000. The workplace bullying and Trauma Institute. Récupéré de <http://www.workplacebullying.org/res/N-N-2000.pdf>
- Niedhammer, I., David, S., & Degioanni, S. (2006). La version française du questionnaire de Leymann sur la violence psychologique au travail: Le Leymann Inventory of Psychological Terror LIPT. *Revue d'Épidémiologie et de Santé publique, 54*, 245-262.
- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perreault, C., & Légaré, G. (1992). *La détresse psychologique: Détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec*. Montréal, Québec, Canada.
- Rowe, M., & Sherlock, H. (2005). Stress and verbal abuse in nursing: Do burned out nurses eat their young? *Journal of Nursing Management, 13*, 242-248.

- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*, 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, *9*, 1-28.
- Savicki, V., Cooley, E., & Gjesvold, J. (2003). Harassment as a predictor of job burn out in correctional officers. *Criminal Justice and Behavior*, *30*, 602-619.
- Sitzman, K. (2004). Workplace bullying. *Official journal of the American Association of Occupational Health*, *52*, 220.
- Soares, A. (2002). *Comme 2+2=5: Le harcèlement psychologique chez les ingénieurs d'Hydro-Québec*. Montréal, Québec, Canada: Université du Québec à Montréal, département d'organisation et ressources humaines, école des sciences de la gestion.
- Sofield, L. & Salmond, S. W. (2003). A focus on verbal abuse and intent to leave the organization. *Orthopaedic Nursing*, *22*, 274-283.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using Multivariate Statistics* (4e ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Uzun, Ö. (2003). Perceptions and experiences of nurses in Turkey about verbal abuse in clinical settings. *Journal of Nursing Scholarship*, *35*, 81-85.
- Vartia, M. (1996). The sources of bullying psychological work environment and organizational climate. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, *5*, 203-214.
- Vartia, M. (2002). Consequences of workplace bullying with respect to the well-being of its targets. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, *27*, 63-69.

Viitasara, E. (2004). Violence in Caring: Risk factors, outcomes and support. Stockholm, Suisse: National Institute for Working Life.

