

Maltraitance pour maltraitance en médecine ?

Exploration du lien entre la maltraitance des (futur-es) médecins durant leur formation et la maltraitance des patient-es durant leurs soins médicaux, au regard des normes non officielles de la culture professionnelle médicale.

Partie 1 : Test d'un modèle théorique

Mistreatment for mistreatment in medicine?

Exploring the link between (future) doctors' mistreatment during their training and patients' mistreatment during their medical care, in relation to the unofficial norms of medical professional culture.

Part 1 : testing a theoretical model

DETHEUX S. et LICATA L.

Center for Social and Cultural Psychology (CeSCuP), Université libre de Bruxelles (ULB)

RÉSUMÉ

Cette recherche, née du double constat de maltraitance dans le milieu médical, celle des médecins durant leur formation et celle des patient-es durant leurs soins, investigate les processus psychosociaux qui pourraient relier ces deux formes de maltraitance. La revue de la littérature portant sur ces maltraitements, et en particulier leurs causes et conséquences, a mis en évidence le rôle probable d'une culture médicale non officielle dans la production de ces deux formes de maltraitance. Cette étude a testé un modèle théorique qui hypothétise un effet positif de la maltraitance subie par les médecins durant leur formation sur celle qu'ils infligent à leurs patient-es, effet médiatisé par leur incorporation des normes culturelles non officielles. Pour ce faire, 224 jeunes médecins de diverses spécialisations ont complété un questionnaire en ligne. Les analyses statistiques n'ont pas permis de valider l'hypothèse d'un effet direct de la maltraitance subie sur la maltraitance infligée aux patient-es. La compréhension du lien entre ces deux formes de maltraitance et la culture médicale non officielle nécessite donc le développement d'autres modèles théoriques au travers de recherches futures. Dans un second article (partie 2), nous proposons, sur base des analyses statistiques réalisées à titre exploratoire sur ces mêmes données, un modèle alternatif de lien dans lequel la culture médicale non officielle constitue un facteur causal commun pour ces deux formes de maltraitance médicale.

Rev Med Brux 2026 ; 47: 2-13

Doi : 10.30637/2026.24-095A

Mots-clés : culture médicale, maltraitance médicale, curriculum caché

ABSTRACT

This research, born from the dual observation of mistreatment in the medical field - both by physicians during their training and by patients during their healthcare - investigates the psychosocial processes that could link these two forms of mistreatment. Previous research on medical mistreatment, and in particular their causes and consequences, highlighted the likely role of an unofficial medical culture in the production of both forms of abuse. This study tested a theoretical model that hypothesizes a positive effect of the mistreatment experienced by doctors during their training on the mistreatment they inflict on their patients, mediated by their incorporation of non-official cultural norms. 224 young doctors from various specialties completed therefore an online questionnaire. Statistical analyses failed to validate the hypothesis of a direct effect of suffered maltreatment on maltreatment inflicted on patients. Understanding the link between these two forms of mistreatment and the unofficial medical culture requires the development of other theoretical models through future research. In a second article (part 2), based on exploratory statistical analyses of the same data, we propose an alternative model of the link in which unofficial medical culture is a common causal factor for both forms of medical mistreatment.

Rev Med Brux 2026 ; 47: 2-13

Doi : 10.30637/2026.24-095A

Keywords : medical culture, medical mistreatment, hidden curriculum

Contextualisation

L'expérience du monde médical en tant que (futur.es) médecins, nous a amené-es à constater deux faits surprenants. D'une part, les patient-es peuvent régulièrement faire l'objet de mauvais traitements de la part du personnel médical durant leurs soins, malgré un discours officiel prônant bienveillance et empathie à leur égard ; et d'autre part, les médecins en formation (étudiant-es et médecins en cours de spécialisation) sont également fréquemment maltraité-es dans le contexte clinique et/ou académique médical. Ce double constat nous a poussé-es à nous interroger sur le sens que pouvaient recouvrir ces maltraitements, avec l'intuition que ces deux maltraitements pourraient être liées : la première comme étant la conséquence logique « reproductive » de la seconde. L'intérêt d'établir un tel lien réside dans les enjeux qu'il mobilise, notamment dans une perspective de lutte contre ces maltraitements. L'exploration du lien entre ces maltraitements envisagera successivement les points suivants : la maltraitance des patient-es durant leurs soins médicaux, la maltraitance des médecins en formation, la culture médicale, les liens suggérés par la littérature entre ces deux maltraitements, pour aboutir à la proposition d'un modèle de lien qui sera mis à l'épreuve au travers d'une enquête psychosociale.

La maltraitance des patient-es

Le concept de maltraitance (ou mauvais traitement) peut être défini comme une action (abus) ou une inaction (négligence) de nature émotionnelle, physique ou sexuelle, appliquée à autrui, et dont la gravité ou la chronicité peut entraîner des dommages importants. Il inclut également les actes d'exploitation ainsi que le refus de répondre à des besoins fondamentaux¹.

Bien qu'heureusement non systématique, la maltraitance des patient-es apparaît comme un phénomène à caractère systémique, décrit dans les différentes spécialités médicales ainsi que les différents contextes de soins à travers le monde. Elle peut être appréhendée comme le reflet d'une asymétrie de pouvoir existant entre médecins et patient-es, résultant des différentiels de vulnérabilité (liée à la maladie), de connaissances, de compétences et de pouvoir social²⁻⁴. En particulier, la maltraitance gynéco-obstétricale, qui place domination médicale et domination genrée en interaction, a, sous l'impulsion des mouvements féministes, fait l'objet d'abondantes recherches concernant la maltraitance dans le soin^{2,5}. La prévalence a été évaluée entre 15 % et 98 % en gynécologie-obstétrique² et entre 2 % et 70 % en gériatrie⁶, en fonction du type de mauvais traitement, des caractéristiques des patient-es et des contextes de soin considérés.

Les mauvais traitements subis par les patient-es durant leurs soins médicaux peuvent schématiquement être classés en cinq catégories : (1) **les maltraitements**

psychologiques : expression d'attitudes négatives^{2,7}, humour désobligeant⁸, paroles ou actes déshumanisants^{2,9-12}, désautonomisation par défaut d'information^{2,10,13} ou par privation de participation à la décision médicale^{10,13,14}, humiliations^{2,5}, défauts de confidentialité et/ou d'intimité^{2,4,5} ; (2) **les maltraitements verbaux** : commentaires jugeants, manques de respect, sarcasmes, menaces, cris, insultes^{2,15} ; (3) **les maltraitements physiques** : négligences², refus de soins¹⁶, non-contrôle de la douleur¹⁰, usage de force, infliction de lésions corporelles, contention, détention, réalisation de soins non consentis et/ou brutaux^{2,5,10-12,15-17} ; (4) **les maltraitements sexuelles** : harcèlement, attouchements, viols^{2,12,15,18} ; (5) **les maltraitements financiers** : vols, extorsions, facturations floues, suppléments d'honoraires officieux^{2,12,16}. A ces grands types de mauvais traitements viennent s'intriquer les discriminations sociétales de genre^{5,19,20}, classe⁵, race^{16,21,22}, âge¹² ou handicap⁵, qui découlent de la socialisation des soignant-es. Aussi, les patient-es porteur-es de maladies perçues comme menaçantes ou indésirables (maladie chronique, mortelle ou mentale) ou perçues comme étant sous leur contrôle (tabagisme, usage de drogues, obésité) sont plus susceptibles de subir des mauvais traitements en raison des émotions négatives que ces pathologies peuvent susciter chez les médecins^{15,23}.

Les perpétrateur-rices de maltraitance médicale se comptent parmi les médecins, les professionnel·les paramédicaux·ales ainsi que parmi les membres du staff administratif de la structure de soin².

Certain·es auteur·rices ont avancé des hypothèses quant aux causes susceptibles d'être à l'origine des mauvais traitements subis par les patient-es durant leurs soins. Ces causes peuvent être subdivisées en trois grands types : (1) **individuelles ou interpersonnelles**, propres à une interaction particulière médecin-patient·e ; (2) **structurelles institutionnelles**, inhérentes à l'organisation des soins ; (3) **culturelles**, en lien avec la culture sociétale générale et/ou en lien avec la culture médicale et ses normes spécifiques.

Les causes interpersonnelles traduisent les aléas d'une interaction particulière entre deux individus, dont l'un (patient·e) peut présenter des vulnérabilités le prédisposant aux mauvais traitements ; et l'autre (soignant·e) peut, en raison de son état psychique (personnalité, stress, burnout, dépression), de son état physique (fatigue), de son manque de connaissances et/ou de ses croyances et préjugés, infliger de mauvais traitements au premier^{2,5,6,12,23}.

Les causes structurelles organisationnelles comportent différentes composantes : le manque d'infrastructure liées aux contraintes financières des structures de soin^{2,5} ; le sous-effectif et la surcharge de travail des soignant-es pouvant les stresser, déborder, épuiser ou démoraliser^{2,5,6,12,16,24} et ainsi les mener à la déshumanisation de leurs patient-es²⁵ et à se montrer moins disponibles et/ou adéquat·es pour ceux-ci.

Les causes culturelles renvoient, d'une part, aux facteurs de discriminations prégnants dans une société donnée (racisme, classisme, sexisme, âgisme, etc.) et,

d'autre part, à certaines normes inhérentes à la culture médicale dont les effets seront détaillés ci-dessous.

Les mauvais traitements subis par les patient-es peuvent avoir des conséquences négatives sur divers plans : physique, émotionnel, motivationnel, cognitif et de la satisfaction²⁶. Ils peuvent également mener à l'érosion de la confiance des patient-es envers les structures de soins, les amenant à éviter de consulter leur médecin, impactant ainsi négativement leur prise en charge médicale et leur santé future^{2,27}.

La maltraitance des médecins en formation

Bien que faisant l'objet d'un lourd silence de la part du monde académique médical²⁸, la maltraitance des médecins en formation a été largement documentée à travers le monde depuis les années 1970 et a fait l'objet de plusieurs revues systématiques²⁹⁻³¹. Elle est ainsi décrite comme commune, sévère³², hétérogène, multiple et systémique³⁰. La prévalence de cette maltraitance a été évaluée par différent-es auteur-rices de 50 % à 95 % selon les actes considérés^{29,31-33}. En particulier, Rodts et Kornreich ont relevé le chiffre de 89 % auprès des étudiant-es de 6^e année du master de médecine de l'ULB en 2019³⁴.

Bien que la maltraitance académique revête un caractère trans-institutionnel et soit décrite dans toutes les facultés et milieux académiques²⁹, il semble exister une spécificité au monde académique médical en matière de maltraitance qui y paraît plus fréquente, marquée et acceptabilisée qu'ailleurs^{35,36}. Et, bien que les futur-es médecins présentent une meilleure santé mentale que la moyenne de la population similaire au début de leur cursus médical, ceux-ci perdent cet avantage durant leur formation par rapport à des non-médecins^{37,38} ; pouvant passer d'enthousiasme, engagement et courage, à cynisme, angoisse et dépression³⁹.

La maltraitance subie par les médecins en formation peut être organisée en plusieurs catégories : (1) **les maltraitements psychologiques** : irrespect, dévalorisation, humiliation, déshumanisation, ignorance, rejet^{33,34,40}, harcèlement^{29,31,41}, injonction à la répression émotionnelle²³, obligation de participation à des actes non éthiques³³, exigence du sacrifice des vies amoureuse, familiale et sociale⁴² ; (2) **les maltraitements verbaux** : cris, insultes, dénigrement, intimidations²⁹⁻³⁴ ; (3) **les maltraitements physiques, actifs** (bousculade, coup)²⁹⁻³⁴ ou passives (négligence des besoins physiologiques basiques^{40,42}, refus de repos en cas de maladie⁴³) ; (4) **les maltraitements sexuelles**, principalement du harcèlement sexuel²⁹⁻³⁴ ; (5) **les maltraitements institutionnels et/ou académiques** : charge de travail excessive, évaluations injustes, révocation de privilèges, déni d'opportunités d'apprentissage, attribution de tâches inutiles, punitives, ou inappropriées^{29-33,41}, vol du crédit d'un travail³³, discriminations concernant le choix de spécialisation⁴¹. Ces mauvais traitements se trouvent également interpénétrés des discriminations, telles celles de genre, classe, race, âge, religion, orientation

sexuelle²⁹⁻³⁴ et/ou les discriminations liées au faible niveau académique ou à l'inexpérience³⁰.

Les perpétreur-rices des mauvais traitements envers les médecins en formation sont multiples : membres du corps professoral pré-clinique, médecins supérieur-es, pairs, membres du staff paramédical et patient-es (et leurs proches)²⁹⁻³⁴.

Les auteur-rices ayant étudié le phénomène de la maltraitance des médecins en formation ont identifié de multiples (et non exclusives) causes susceptibles de l'expliquer : (1) **les causes organisationnelles au sein du système de soin** : gestion orientée vers la productivité plutôt que vers le soin^{24,43}, perte d'autonomie dans le travail²⁴, augmentation du travail administratif²⁴, déconnexion entre performance et santé des médecins⁴³, management non collaboratif et non supportif⁴³⁻⁴⁵, manque de justice organisationnelle⁴⁴, manque d'intégration des vies professionnelles et privées⁴⁴ et marginalisation des apprenant-es^{35,45} ; (2) **les causes liées au mal-être des médecins enseignant-es et/ou supérieur-es** : affamé-es, stressé-es, débordé-es et/ou épuisé-es³⁵ ; (3) **les causes structurelles liées à la forte hiérarchisation du monde médical** et les abus consécutifs à la sujétion à l'autorité^{29,30,35,46,47} ; et enfin (4) **les causes inhérentes à la culture professionnelle médicale** qui seront présentées ci-dessous.

Les conséquences de la maltraitance des médecins en formation se marquent au niveau : (1) **de l'environnement de travail** via la détérioration du climat de travail⁴⁸ ; (2) **des médecins victimes de ces mauvais traitements**, tant au niveau de leur santé physique et mentale^{24,29-32,34,38,39,42,49,50} ; de leur parcours académique^{29,31,32,35}, que de leur incorporation des normes maltraitantes avec reproduction de la maltraitance^{30,33,35,45,51} ; et (3) **de la qualité des soins** au travers de la baisse des performances médicales⁵².

La culture professionnelle médicale

La culture professionnelle médicale constitue une culture à part entière, renvoyant aux croyances fondamentales et partagées du groupe des médecins et faisant l'objet d'une acculturation (ou enculturation), pour part implicite, des futur-es médecins durant leur formation^{24,45,53,54}. Leur désir d'appartenance à l'équipe médicale les pousse à adapter leurs comportements et croyances conformément à ceux de leurs supérieur-es considéré-es comme des modèles normatifs^{23,32,55-57}.

Cette culture médicale comporte un volet officiel enseigné de manière formelle à l'Université, encadrant la pratique de principes éthiques et promouvant les valeurs d'altruisme, de respect, d'intégrité, d'excellence et de bienveillance^{56,58,59}. Bien qu'agent de la bientraitance des patient-es, ce volet culturel comporte des normes susceptibles de produire une forme de maltraitance (souvent auto-infligée) des médecins, telles l'« ethos du patient prioritaire » qui consiste à placer le soin des patient-es au sommet de ses priorités au détriment du soin basique à soi-même^{23,43,44} jusqu'à l'écartèlement au-delà des limites personnelles⁴².

La culture professionnelle médicale comporte par ailleurs un volet non officiel qui est appris (bien que non « enseigné ») de manière informelle via l'environnement d'apprentissage durant les stages cliniques. Hafferty⁵⁸ a ainsi segmenté la formation médicale en quatre types de programmes : (1) **le curriculum formel** correspondant à l'enseignement du volet officiel de la culture médicale^{56,58} ; (2) **le curriculum informel** correspondant aux enseignements et apprentissages non scriptés qui ont lieu en dehors du programme d'études formel (e.g., pendant les visites au chevet des malades à l'hôpital) et contenant des messages parfois discordants avec ceux du curriculum formel, comme le soutien de formes d'irrespect, d'hostilité, d'intolérance et de cynisme des médecins vis-à-vis de leurs patient-es^{55,56,58} ; (3) **le curriculum caché** correspondant aux attitudes et valeurs véhiculées, souvent implicitement, par les structures, pratiques et culture d'une institution, et perceptibles via ses décisions politiques et son jargon^{56,58} ; et (4) **le curriculum nul** correspondant à ce qui est enseigné par omission, tel un élément qui n'est jamais mentionné et dont les apprenant-es concluent qu'il est peu pertinent⁵⁶. Dans la suite de cet article, il sera fait référence à ces trois derniers curricula au moyen du qualificatif « non officiel ».

Au sein du volet non officiel de la culture médicale, nous avons identifié quatre normes susceptibles d'intervenir dans la genèse des maltraitances en milieu médical : la neutralité émotionnelle, l'identité sociale médicale super-héroïque, la dominance sociale et la maltraitance normalisée.

La norme de neutralité émotionnelle promeut la distance émotionnelle entre médecins et patient-es et enjoint les médecins au contrôle (voire suppression) de leurs réponses émotionnelles normales dans les contextes de soin^{23,60}. Cette norme est liée à la croyance que les émotions des médecins n'ont pas ou peu de place dans la pratique de la médecine car pouvant mener à de moindres performances et/ou à l'épuisement professionnel²³. Les médecins en formation sont ainsi confronté-es à une confusion concernant le concept d'empathie, qui se trouve à la fois valorisé dans le curriculum formel et dénigré dans le curriculum non officiel, ce qui se traduit par des doutes quant à la pertinence de l'empathie dans le cadre des soins⁶¹.

La norme d'identité sociale médicale « super-héroïque » renvoie à l'identité que se construisent les médecins en intégrant ce groupe social. Une identité sociale correspond, selon Tajfel, à une partie de soi comportant la conscience d'appartenance à un groupe, ainsi que la valeur et la signification émotionnelle liées à cette appartenance. Elle se construit par comparaison sociale par rapport à d'autres groupes, et repose sur les processus cognitifs de catégorisation sociale et motivationnels de différenciation positive par rapport aux autres^{62,63}. Complétant la théorie de l'identité sociale, la théorie de l'auto-catégorisation de Turner *et al.* décrit la manière dont un individu peut se concevoir comme membre de différents groupes sociaux, eux-mêmes associés à un contenu normatif stéréotypique

en termes d'attributs et de comportements de ses membres⁶⁴. Nous pouvons ainsi concevoir l'identité sociale de médecin comme constituée des dimensions de (1) **conscience d'appartenance** (se savoir médecin) et (2) **d'investissement affectif** (accorder une valeur au fait d'être médecin) ; ces dimensions étant associées à (3) **un contenu normatif** (attribuer au médecin des caractéristiques et comportements particuliers) que cette identité active. Le processus de construction de son identité médicale, emprunt du principe de distanciation sociale entre médecin et patient-e⁵, mène les médecins en formation à définir les patient-es comme « autres ». Cette mise en altérité crée chez les médecins un sentiment d'exclusivité lié à l'appartenance à une catégorie supérieure de sachant-es, compétent-es, puissant-es et invulnérables, par distinction avec celle des patient-es : ignorant-es, incapables, souffrant-es et fragiles^{14,23}. Le contenu associé à cette identité sociale de médecin s'apparente à une conception du de la médecin comme étant un-e super-héros·ïne, infaillible⁶⁵ ou un-e surhumain-e auquel les limites habituelles ne s'appliquent pas²⁴ : en capacité de supporter les épreuves, privations (sommeil, repas, loisirs), mauvais traitements^{23,43-45}, et toujours en mesure d'assurer ses tâches professionnelles, même en cas de maladie⁴³. Témoignant de la nature de cette identité sociale, les médecins qui demandent une aide psychologique sont stigmatisé-es et considéré-es comme moins aptes à la tâche médicale⁶⁶.

La théorie de la dominance sociale tente de rendre compte de l'organisation hiérarchisée des sociétés humaines dans lesquelles certains groupes jouissent d'un pouvoir supérieur à celui d'autres groupes et bénéficient ainsi d'une part plus importante de la valeur sociale positive et des ressources matérielles et symboliques disponibles ; ces différences étant soutenues par des mythes et idéologies⁶⁷. L'orientation de dominance sociale correspond, au niveau individuel, à l'adhésion au principe de dominance sociale et est influencée par divers facteurs dont la personnalité, le sexe, la position du groupe d'appartenance, le contexte social, ainsi que par les expériences de socialisation⁶⁷, telles celle apportée par un cursus de formation universitaire⁶⁸. Or, le monde médical constitue un système fortement hiérarchisé (les membres de la faculté ayant autorité sur les praticien·nes hospitalier·es, qui ont autorité sur les médecins assistants, qui ont autorité sur les étudiant·es ; toutes ces personnes étant considérées comme des autorités par les patient-es)^{47,55,69} et définit un groupe « les médecins » occupant une position sociale dominante dans notre société. La dominance médicale constitue une caractéristique systémique et normative du domaine du soin, s'exerçant sur les (futurs) médecins hiérarchiquement inférieur·es, sur les patient-es, ainsi que sur les professionnel·les paramédicaux·ales^{28,55,70,71}.

La norme de maltraitance renvoie à la perpétuation d'une culture complexe de la maltraitance au sein des institutions médicales^{40,49,51} qui inclut l'acceptabilité et la normalisation de celle-ci à l'endroit des médecins comme des patient-es^{7,28,35,69}.

Notons que la transmission du volet non officiel de la culture médicale et de ses normes s'effectue principalement durant les années de stages cliniques^{61,72,73}.

Les liens suggérés par la littérature entre ces deux maltraitements

D'une part, la littérature portant sur les maltraitements en milieu médical suggère que maltraitance des patient-es et des médecins pourrait être liée par des causes communes, à savoir les facteurs structurels et organisationnels du soin, ainsi que certains éléments de la culture médicale. En effet, les quatre normes de la culture médicale non officielle précédemment identifiées semblent déterminantes dans la production de maltraitance dans le soin, raison pour laquelle elles sont susceptibles, lorsqu'elles sont imposées aux médecins en formation, de produire de la maltraitance à leur endroit ; et qu'elles peuvent également, après qu'elles aient été intégrées par ces médecins, produire de la maltraitance envers les patient-es de ceux-ci.

Ainsi, l'imposition aux médecins en formation des normes culturelles non officielles les expose à des maltraitements. Leur exposition à la norme de neutralité émotionnelle enjoint ceux-ci au contrôle émotionnel empêchant leur apprentissage de la régulation émotionnelle pourtant nécessaire à la gestion de la confrontation inévitable avec la souffrance et la mort³². Les médecins se trouvent dès lors plus exposés au risque d'éprouver de la détresse personnelle pouvant les mener au burnout^{23,74}. La norme d'identité sociale super-héroïque impose aux médecins une énorme pression de performance personnelle, pouvant conduire au perfectionnisme mal-adaptatif avec manque d'autocompassion et mauvais traitements auto-infligés, augmentant leur risque de développer un burnout^{24,42,43,60,65}. La norme de dominance sociale médicale soumet ces médecins à l'autorité de leurs supérieurs, les obligeant à adopter des comportements non souhaités (car inappropriés ou contrevenant à leur éthique) et les exposant à de nombreux abus de pouvoir^{55,60,75}. Enfin, la norme de maltraitance, issue de la justification des mauvais traitements comme rite, comme nécessité d'apprentissage^{29,30,31,41}, comme étant insignifiants³⁰ et professionnellement acceptables³⁵ ou comme nécessaires aux soins car « prioritaires »⁴³, expose les médecins en formation à des maltraitements et les oblige également à participer à des actes maltraitants, provoquant dilemmes éthiques, culpabilité et mal-être^{7,28,32,33,69}.

Aussi, l'intégration par les médecins de ces normes culturelles non officielles intervient, en orientant leurs cognitions et comportements, dans la genèse de la maltraitance qu'ils infligent à leurs patient-es. L'intégration de la norme de neutralité émotionnelle est associée à une déconsidération (voire diminution) d'empathie^{61,72,76,77}, ainsi qu'à une absence d'apprentissage de la régulation émotionnelle entraînant, en guise de stratégie dysfonctionnelle d'adaptation, le rejet des patient-es, ainsi que des

attitudes négatives et du cynisme envers eux^{2,7,8,23}, jusqu'à leur déshumanisation⁷⁸. L'intégration de la norme d'identité sociale de médecin super-héroïque construit, par différenciation avec l'altérité, une identité sociale de patient-e anti-héroïque, cible d'attitudes négatives et de préjugés prédisposant aux mauvais traitements de la part des médecins^{5,23,79}. L'intégration par les médecins de la norme de dominance sociale médicale les mène à placer les patient-es tout en bas de l'échelle hiérarchique de pouvoir au sein du système de soin, exposant ceux-ci à l'injonction d'obéissance à l'autorité médicale ainsi qu'à ses abus de pouvoir avec fréquents dénis de préoccupations, d'autonomie, d'information et de consentement^{2,5,28,55,69,80}. Enfin, l'intégration de la norme de maltraitance, dont témoigne l'érosion éthique des médecins durant leur cursus clinique^{7,81}, favorise la (re)production (par imitation) des actes maltraitants envers les patient-es car intégrés comme acceptables et normatifs du système médical^{2,4,5,7,8,23,28,32,43}. Témoignage de ce fait, la perception de la maltraitance présente au sein de mêmes scénarios cliniques diminue au fur et à mesure de la progression de la formation, de même que la tolérance ou l'acceptation de ces situations augmente à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie du pouvoir^{41,73}.

D'autre part, la littérature présente également des arguments suggérant que ces deux formes de maltraitance pourraient être liées par un lien de causalité de l'une (la maltraitance des médecins) vers l'autre (la maltraitance des patient-es) au moyen de facteurs médiateurs. Ces médiateurs constitueraient à la fois des conséquences pour les médecins en formation de la maltraitance qu'ils ont subie et des causes de la maltraitance qu'ils infligent à leurs patient-es. Parmi ces médiateurs potentiels, nous avons relevé : (1) **la souffrance psychique des médecins en formation** qui rendrait ceux-ci moins disponibles et bienveillants pour leurs patient-es^{35,43,50,82} ; (2) **la baisse de leurs performances médicales**, en termes d'erreurs médicales commises⁸³ et de qualité des soins prodigués^{42,50,52} ; et (3) **leur intégration des normes non officielles de la culture médicale**. Cette intégration culturelle pourrait en effet s'effectuer, non seulement, via des processus d'acculturation simple^{45,53,54,84}, mais également au moyen de la maltraitance imposée au travers de ces normes, aux médecins en formation ; la maltraitance subie constituant ainsi un vecteur de socialisation à ces normes^{35,45,51}.

Modèle et hypothèses de recherche

Parmi ces différents liens suggérés entre maltraitance des médecins en formation et maltraitance des patient-es, nous avons choisi d'investiguer la pertinence du dernier mentionné, au moyen de la question suivante : « Peut-on lier la maltraitance des médecins en formation à la maltraitance des patient-es durant leurs soins médicaux par le mécanisme d'intégration des normes non officielles de la culture médicale ? » Le modèle de recherche (figure 1) lie ainsi la maltraitance des médecins en formation (variable indépendante)

à celle des patient-es (variable dépendante) par le mécanisme d'intégration par les médecins des normes non officielles de la culture professionnelle médicale (variable médiatrice) que constituent la neutralité émotionnelle, l'identité sociale médicale super-héroïque, la dominance sociale et la maltraitance normalisée.

Les hypothèses (H) théoriques peuvent être formulées et opérationnalisées comme suit :

H1 : Il existe une relation de corrélation positive entre le niveau de maltraitance subie par les médecins durant leur formation (MM) et le niveau de maltraitance que subissent leurs patient-es durant les soins (MP) ; en ce sens que le MM pourrait prédire positivement MP.

H2 : Il existe une médiation de l'effet de la maltraitance des médecins en formation (MM) sur la maltraitance des patient-es (MP), par l'intégration des normes non officielles de la culture médicale par les médecins, en particulier la norme de neutralité émotionnelle (NE), la norme de dominance sociale (SDO), la norme de maltraitance (MN) et la norme d'identité sociale médicale super-héroïque (ISM).

METHODE

La méthode générale utilisée afin de mettre ce modèle à l'épreuve a consisté en la mesure des différentes variables au moyen d'un questionnaire en ligne, administré à des sujets jeunes médecins, avant d'en soumettre les données aux analyses statistiques. Cette recherche a fait l'objet d'un examen et d'une approbation (1249/2023) par le Comité d'Ethique de la Faculté de Psychologie de l'Université libre de Bruxelles (ULB) le 19/09/2023.

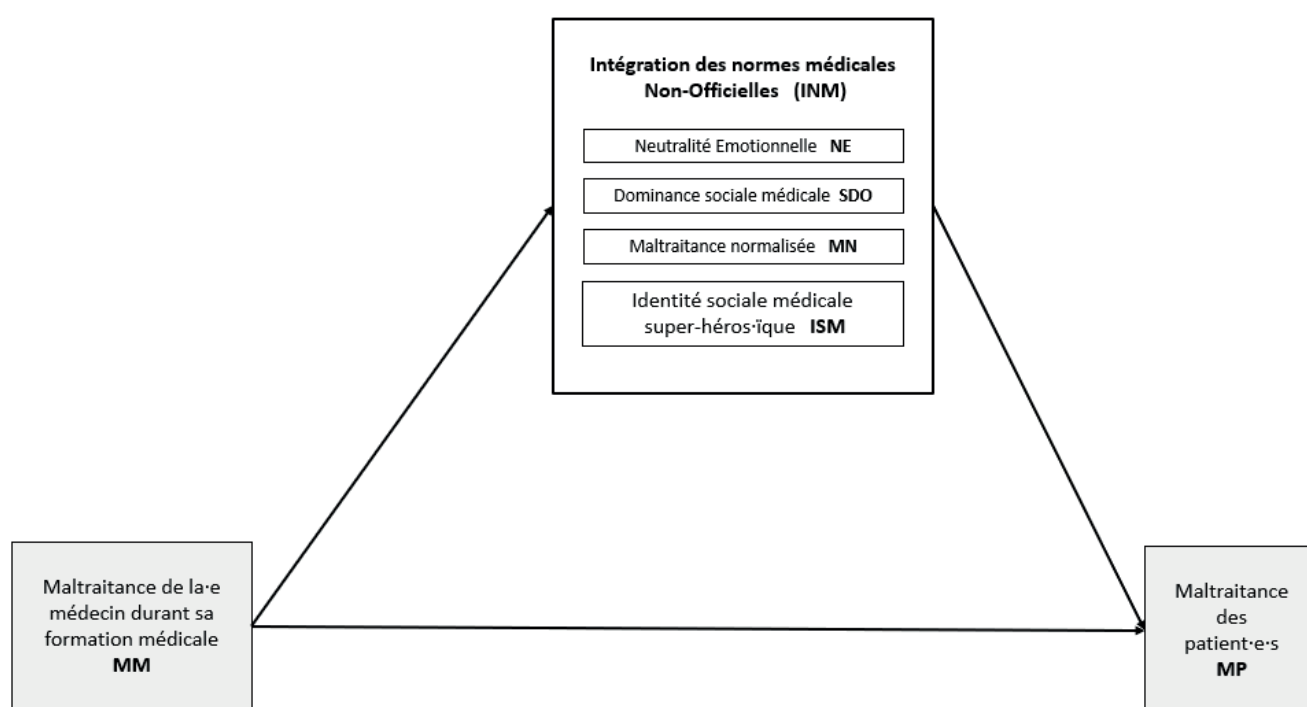
Population

Les sujets de cette recherche ont été recrutés parmi les médecins francophones (candidat-es) spécialistes issu-es de toutes les filières de spécialisation médicale et ayant obtenu leur master de médecine depuis au moins un an et depuis moins de dix ans. Pour l'analyse des données, nous avons exclu les sujets ayant répondu de manière incomplète au questionnaire de recherche.

Les données ont été collectées du 31/08/2023 au 06/01/2024 via la plateforme Limesurvey. Sur un nombre total de 423 réponses au questionnaire, nous avons retenu les 224 sujets remplissant les critères susmentionnés (N = 224). Les sujets de cette recherche se répartissent, selon le pays de leur formation médicale : 180 en Belgique (80 %), 44 en France (20 %) ; selon leur genre, en 173 femmes (77 %) et 51 hommes (23 %) ; selon leur racisation, en 34 racisés (15 %) et 190 non racisés (85 %) ; selon leur classe sociale d'origine, en 24 modeste (10,5 %), 114 moyenne (51 %) et 86 aisée (38,5 %). Ils se dispersent régulièrement entre les différentes spécialisations et les années d'exercice depuis la fin de leur master. La stratégie d'échantillonnage fut la diffusion d'une invitation de participation volontaire (avec lien vers le questionnaire en ligne) au travers de divers canaux, principalement les réseaux sociaux médicaux et des courriels adressés, soit directement à des sujets potentiels, soit à des personnes intermédiaires stratégiques, assortie de la demande explicite de faire suivre cette invitation aux personnes concernées de leurs contacts. Parmi ces intermédiaires, nous relevons des associations professionnelles médicales, les médecins exerçant dans les hôpitaux universitaires

FIGURE 1

Modèle de recherche.



Erasmus (ULB) et Saint-Luc (UCLouvain), les secrétariats du CHU de Liège ainsi que le secrétariat des masters de spécialisation de l'UCLouvain. Les sujets français ont été principalement recrutés au sein du CHU de Nantes via des médecins responsables de la formation spécialisée au sein de l'hôpital. Aucun défraiement n'a été accordé pour la participation à cette recherche.

La taille de notre échantillon a été déterminée par analyse de puissance au moyen du programme G*Power et, pour la médiation, de la méthode de simulation de Fritz et MacKinnon⁸⁵. Cette analyse a indiqué, pour un risque alpha de ,05, une puissance de ,95 et une taille d'effet moyenne, un échantillon d'environ 200 sujets ; objectif qui a été atteint (N = 224).

Procédure

Les sujets ayant décidé de participer à cette recherche se sont connectés à la plateforme Limesurvey pour répondre à un questionnaire en ligne composé des échelles correspondant aux différentes variables investiguées.

Matériel

La mesure des variables de notre modèle a été réalisée au moyen d'échelles auto-rapportées à questions fermées et à échelle de Likert à sept niveaux indiquant pour chaque item, le degré d'accord ou de désaccord du/de la participant-e (sauf pour l'échelle de maltraitance médicale subie (MM) qui mesure une fréquence d'expérience). Le score de chaque variable correspond à la moyenne des scores (de 1 à 7) des items correspondants. Ces échelles sont disponibles dans leur intégralité en tant que matériel supplémentaire sur la plateforme *Open Science Framework* (OSF) (<https://osf.io/yfn86>). Leur consistance interne a été mesurée au moyen d'un alpha de Cronbach (α).

La mesure de la maltraitance subie par les médecins durant leur formation (MM) a été réalisée au moyen d'une échelle construite par nos soins, sur base du questionnaire de maltraitance de Sheehan³⁶, actualisée à l'aide de la section concernant les mauvais traitements du « *Medical School Graduation Questionnaire* »⁸⁶ et enfin adaptée par l'intégration d'items supplémentaires utilisés par d'autres auteur-ices^{34,87,88}, ou tirés des exemples de maltraitements décrits dans la littérature^{23,29-33,40-43}. L'échelle MM comporte 10 items correspondant chacun à un type de maltraitance (i.e. verbale, physique, menace à la santé physique, psychologique, sexuelle, liée au genre, liée à l'orientation sexuelle, liée à l'origine culturelle ou ethnoraciale, académique et violant l'éthique professionnelle) pour lesquels le sujet a été invité à indiquer la fréquence à laquelle il y a été exposé durant sa formation. Un score haut de MM indique un niveau élevé de maltraitance subie ($\alpha = ,84$).

La mesure de la maltraitance des patient-es (MP) a été réalisée au moyen d'une échelle de banalisation par le-a médecin de ses propres actes maltraitants

envers ses patient-es, construite en nous inspirant de l'échelle de bientraitance utilisée par la Haute Autorité de Santé française pour l'évaluation de la bientraitance dans les institutions de soin⁸⁹. L'échelle MP comporte 12 items du type : « *durant les soins courants, il est logique de laisser un(e) patient(e) temporairement dévêtu(e) si cela facilite sa prise en charge médicale* ». Un score élevé de MP indique une forte maltraitance des patient-es ($\alpha = ,69$).

La mesure de la neutralité émotionnelle (NE) a été réalisée au moyen d'une échelle construite par nos soins à partir des items des sous-échelles de « suppression émotionnelle » issues des questionnaires de régulation émotionnelles de Gross et John⁹⁰, Baker *et al.*⁹¹ et de Roth *et al.*⁹². L'échelle NE comporte huit items du type : « *dans le contexte de l'exercice de la médecine, je garde mes émotions pour moi* ». Un score élevé de NE indique une forte intégration de la norme de neutralité émotionnelle ($\alpha = ,80$).

La mesure de l'intégration de la norme de dominance sociale par les médecins (SDO) a été mesurée au moyen d'une échelle correspondant à une sélection de 10 items parmi les 16 de l'échelle d'orientation de dominance sociale de Pratto *et al.*⁶⁷ dont voici un exemple : « *tous les groupes devraient être dotés des mêmes chances dans la vie* » (inversé). Un score élevé de SDO indique une forte orientation de dominance sociale ($\alpha = ,85$).

La mesure de l'intégration de la maltraitance comme étant banale, normale, y compris lorsqu'elle s'applique à soi (MN), a été effectuée au moyen d'une échelle construite, pour ses items 1, 2 et 5, de manière originale ; et pour ses items 3 et 4, en adaptant deux items de l'échelle d'autocompassion de Kotsou et Leys⁹³. L'échelle MN compte cinq items du type : « *être temporairement soumis à de mauvais traitements n'est pas grave en soi* ». Cependant, la consistance interne de MN étant nettement insuffisante ($\alpha = ,49$), une analyse en composantes principales a été réalisée. Elle a indiqué la pertinence de scinder cette échelle en deux échelles nommées respectivement « MN* » comportant les items 1, 2 et 5 ($\alpha = ,60$) et « NONAC » comportant les items 3 et 4 ($\alpha = ,62$). Des scores élevés indiquent respectivement une forte normalisation de la maltraitance pour MN* et un fort manque d'autocompassion du sujet pour NONAC.

La mesure de la norme d'identité sociale médicale comme super-héroïque (ISM) a été réalisée au moyen d'une échelle constituée, d'une part, de sept items issus de la « *Macleod Clark Professional Identity Scale* » (MCPI-9) de Adams *et al.*⁹⁴ renvoyant aux dimensions d'appartenance et d'investissement affectif de l'identité sociale médicale des sujets, dont voici un exemple : « *J'ai le sentiment de partager des caractéristiques avec d'autres membres de la profession médicale* » ; et d'autre part, de quatre items renvoyant au contenu représentationnel normatif super-héroïque associé à l'identité sociale médicale. Parmi ceux-ci, deux items renvoient à une dimension positive du super-héroïsme (i.e. savoirs/compétences extraordinaires et endurance) tel que

« en tant que médecin, je dispose de considérables connaissances et compétences, largement supérieures à celles de la plupart des autres professions » ; et deux items renvoient à une dimension négative du super-héroïsme (i.e. invulnérabilité et intolérance à ses propres erreurs), tel que « en tant que médecin, je suis tolérant(e) avec mes propres défauts et insuffisances ». L'évaluation de la consistance interne de cette échelle ISM-11 a montré une absence de corrélation des deux derniers items avec les autres items de l'échelle ; items qui ont été supprimés de l'échelle devenue ISM-9. Un score élevé d'ISM indique une identité professionnelle médicale super-héroïque forte ($\alpha = ,81$).

Les variables sociodémographiques de pays de formation, genre, racisation, classe sociale d'origine, spécialité médicale et année de pratique en filière spécialisée ont été relevées.

RESULTATS

L'ensemble des analyses statistiques présentées ci-après a été réalisé au moyen du programme Jamovi. Les tailles d'effet ont été basées sur les balises proposées par Cohen⁹⁵. Les conditions d'application à la réalisation des tests paramétriques ont été systématiquement vérifiéesⁱ.

Le modèle soumis aux analyses statistiques à la suite du léger remaniement des échelles de mesure (MN devient MN* et NONAC) est disponible sur OSF (<https://osf.io/2sz7c>).

Statistiques descriptives

Les scores moyens (entre 1 et 7) des différentes variables d'intérêt sont présentés dans le tableau 1. Nous pouvons ainsi observer que les scores moyens des sujets pour les variables MM, MP, SDO et MN* se situent dans des niveaux plutôt bas de ces échelles, que les scores pour la variable NE s'y situent à des niveaux moyens, et les scores des variables NONAC et ISM, à des niveaux plutôt hauts.

Les relations entre les différentes variables d'intérêt ont été examinées au moyen d'une matrice de corrélation (tableau 1). Celle-ci nous a permis d'observer, en lien avec notre hypothèse H1, que la variable de maltraitance de médecins (MM) n'est pas corrélée avec la variable de maltraitements des patient-es MP ($r(224) = ,06$, $p = ,343$). Nous avons également pu relever les corrélations positives qui lient entre elles l'ensemble des sous-dimensions de l'intégration des normes médicales non officielles, à savoir NE, SDO, MN*, NONAC ; à l'exception de ISM qui ne corrèle avec aucune d'elles (sauf MN*) et qui semble ainsi se distinguer de ces autres sous-dimensions. Notre échantillon étant composé d'environ 20 % de sujets français, nous avons pris la précaution de vérifier la

similarité de ce sous-groupe de sujets par rapport aux sujets belges quant aux scores obtenus sur les autres variables.

Nous avons examiné, au moyen de t-tests de comparaison de moyenne et d'analyses de variance ANOVA (avec tests post-hoc de comparaisons multiples de Tukey), l'influence des variables socio-démographiques sur l'ensemble de nos variables d'intérêt. Les tableaux de statistiques correspondant aux énoncés suivants sont disponibles sur OSF (<https://osf.io/ryutw>). Nous avons relevé que : (1) les scores de maltraitance des patient-es, d'intégration des normes de neutralité émotionnelle, de dominance sociale et de maltraitance normalisée sont plus élevés chez les médecins hommes que chez les médecins femmes ; (2) les sujets racisés sont plus exposés aux maltraitements subies durant la formation que les sujets non racisés. La racisation est également associée à un niveau plus élevé de non-autocompassion ainsi que de maltraitance des patient-es ; (3) La classe sociale d'origine des sujets les expose différemment aux maltraitements durant leur formation, les sujets de classe modeste subissant plus de maltraitements que les sujets de classe aisée. La classe des sujets influence également leur intégration de la norme de neutralité émotionnelle dans le sens que les sujets de classe modeste répriment plus leurs émotions que les sujets de classe aisée ; (4) La spécialité médicale des sujets impacte leur score de maltraitance des patient-es ; les généralistes et les psychiatres étant à l'origine d'une moindre maltraitance envers leurs patient-es que les chirurgien-nes ; (5) Enfin, l'année de spécialisation des médecins n'a montré aucune influence sur les scores des autres variables.

Les données concernant la maltraitance subie par les médecins en formation indiquent que tous les sujets (à l'exception d'un seul) ont signalé un score de fréquence de maltraitance subie supérieur à « jamais » (1 sur l'échelle graduée de 1 à 7) à au moins un des items de l'échelle de maltraitance subie durant leur formation médicale ; et 82 % des sujets, un score supérieur ou égal à « occasionnellement » (4 sur cette même échelle) pour au moins un des items.

Test des hypothèses

Notre hypothèse H1 postulait que le niveau de maltraitance subie par les médecins durant leur formation prédirait positivement le niveau de maltraitance que subissent leurs patient-es durant les soins médicaux. Cependant, l'absence de corrélation entre ces deux variables (voir tableau 1) infirme cette hypothèse.

Notre hypothèse H2 prédisait que l'effet de la maltraitance des médecins en formation (MM) sur la maltraitance des patient-es (MP) serait médié par

(i) Bien que certaines des analyses paramétriques réalisées présentaient une violation de la condition de normalité des résidus au test de Shapiro-Wilk, les graphes « QQ-plot » étaient tous proches de la diagonale. Nous avons donc décidé de réaliser des tests paramétriques.

TABLEAU 1

Matrice de corrélation et scores moyens des variables d'intérêt.

	MM	MP	NE	SDO	MN	NONAC	ISM
MP	,06	-					
NE	,17*	,34***	-				
SDO	-,03	,37***	,24***	-			
MN	-,18**	,30***	,23***	,23***	-		
NONAC	,32***	,14*	,36***	,16*	-,03	-	
ISM	-,28***	,07	,03	,09	,22***	-,02	-

Moyenne	2,61	2,85	4,07	2,42	2,29	5,06	4,64
Ecart-Type	,91	,66	,99	,94	,76	1,24	,89

Notes : N = 224. * $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$; MM = maltraitance des médecins ; MP = maltraitance des patient-es ; NE = neutralité émotionnelle ; SDO = dominance sociale ; MN* = maltraitance normalisée ; NONAC = non-autocompassion ; ISM = identité sociale médicale super-héroïque.

l'intégration des normes non officielles de la culture médicale par les médecins. Cette hypothèse est devenue non pertinente au regard de l'absence d'effet démontré de MM sur MP.

Les analyses visant à tester nos hypothèses n'ayant pas validé celles-ci, nous avons entrepris la réalisation d'analyses supplémentaires à titre exploratoire dans l'objectif de nourrir la réflexion permettant de revoir notre modèle théorique. Celles-ci sont présentées et discutées dans un second article (partie 2).

DISCUSSION

L'examen des données concernant la maltraitance subie par les médecins en formation, révélant l'existence de maltraitements significatifs chez 82 % de ceux-ci, confirme les recherches antérieures faisant de cette maltraitance un phénomène sévère et systémique^{29-32,35}, y compris en Belgique³⁴. Notre hypothèse de lien prédictif positif entre le niveau de maltraitance subie par les médecins durant leur formation et le niveau de maltraitance qu'ils infligent à leurs patient-es, médiatisé par leur incorporation des normes non officielles de la culture médicale, n'a cependant pas été vérifiée.

Cette recherche n'apporte donc pas d'argument pour appuyer l'hypothèse du rôle direct de la maltraitance subie par les médecins dans la production de maltraitance envers leurs patient-es. Nous relevons, pour expliquer ce résultat, une première raison,

méthodologique, résidant dans la fragilité de notre mesure de la maltraitance des patient-es. En effet, afin d'éviter les biais que l'auto-évaluation par les médecins de la maltraitance qu'ils infligent à leurs patient-es aurait probablement suscité, nous avons eu recours à une variable d'approximation de la maltraitance, à savoir une échelle de banalisation par le-a médecin de ses propres actes maltraiteurs. Nous suspectons dès lors que notre mesure de maltraitance des patients ne soit capable de représenter qu'un aspect particulier de la maltraitance, limitant la validité de notre mesure et ainsi les conclusions qui peuvent être tirées de cette recherche.

Une seconde raison, conceptuelle, expliquant l'invalidation de nos hypothèses pourrait être que le lien existant entre la maltraitance subie par les médecins et celle infligée aux patient-es ne serait pas celui, direct, que nous avons hypothétisé, mais le lien indirect suggéré en introduction, d'avoir pour cause commune les normes de la culture médicale non officielle. Pour appuyer cette idée, nous présentons et discutons dans un second article (partie 2), des analyses complémentaires réalisées à titre exploratoire sur les données collectées pour cette recherche, qui apportent des arguments permettant d'envisager la culture médicale non officielle comme un agent de la production de maltraitance à l'encontre des médecins comme des patient-es.

CONCLUSION

Notre exploration de la littérature portant sur la maltraitance en milieu médical a établi que de mauvais traitements peuvent communément être infligés tant aux (futur-es) médecins qu'au patient-es dans les contextes de soin. Elle a également mis en lumière l'existence d'un curriculum médical non officiel acquis durant les stages hospitaliers et véhiculant des normes souvent contradictoires avec celles du curriculum officiel enseigné dans les auditoires cliniques, ainsi que le rôle significatif qu'il pourrait tenir dans la production de ces maltraitements. Notre hypothèse que les maltraitements subies par les médecins seraient directement liées aux maltraitements qu'ils infligent à leurs patient-es via l'intégration de ces normes par les médecins, n'a pas été validée par cette recherche. Le fait que la maltraitance des médecins ne fasse pas l'objet d'une reproduction automatique envers les patient-es constitue plutôt une information rassurante au regard des nombreux mauvais traitements que continuent de subir les médecins en formation.

L'étude des maltraitements survenant en milieu médical nécessite donc d'autres modèles explicatifs. Un second article (partie 2) présente des analyses exploratoires qui suggèrent l'existence d'une forme de lien indirect entre ces deux formes de maltraitements correspondant au fait d'avoir pour cause commune les normes non officielles de la culture médicale. Ce modèle alternatif de lien constitue une orientation possible pour la recherche future permettant de clarifier le rôle de la culture médicale non officielle dans la production de ces maltraitements et ainsi d'ouvrir de nouvelles perspectives de lutte contre celles-ci.

Conflits d'intérêt : néant

BIBLIOGRAPHIE

1. APA dictionary of psychology. American Psychiatric Association. (Consulté le 03/08/2022). [Internet]. <https://dictionary.apa.org>
2. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, *et al.* The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS medicine*. 2015;12(6):e1001847.
3. Canadian Medical Association. The patient-physician relationship and the sexual abuse of patients. *CMAJ*. 1994;150(11):1884A-F.
4. Freedman LP, Kruk ME. Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. *The Lancet*. 2014;384(9948):e42-4.
5. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. USAID-TRAction Project. Published online 2010.
6. Phelan A. Protecting care home residents from mistreatment and abuse: on the need for policy. *Risk Manag Healthc Policy*. 2015;8:215-23.
7. Feudtner C, Christakis DA, Christakis NA. Do clinical clerks suffer ethical erosion? Students' perceptions of their ethical environment and personal development. *Acad Med*. 1994;69(8):670-9.
8. Wear D, Aultman JM, Varley JD, Zarconi J. Making fun of patients: medical students' perceptions and use of derogatory and cynical humor in clinical settings. *Acad Med*. 2006;81(5):454-62.
9. Ahlenius M, Lindström V, Vicente V. Patients' experience of being badly treated in the ambulance service: A qualitative study of deviation reports in Sweden. *Int Emerg Nurs*. 2017;30:25-30.
10. Annborn A, Finnbogadóttir HR. Obstetric violence a qualitative interview study. *Midwifery*. 2022;105:103212.
11. Wood W, Eagly AH. A cross-cultural analysis of the behavior of women and men: implications for the origins of sex differences. *Psychol Bull*. 2002;128(5):699-727.
12. World Health Organization. Missing Voices: Views of Older Persons on Elder Abuse. World Health Organization; 2002.
13. Aminaie N, Mirlashari J, Lehto RH, Lashkari M, Negarandeh R. Iranian cancer patients perceptions of barriers to participation in decision-making: Potential impact on patient-centered care. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2019;6(4):372-80.
14. Bozorgzad P, Peyrovi H, Vedadhir A, Negarandeh R, Esmaeili M. A critical lens on patient decision-making: A cultural safety perspective. *Nurs Midwifery Stud*. 2017;6(4):189.
15. Feldman KW, Mason C, Shugerman RP. Accusations that hospital staff have abused pediatric patients. *Child Abuse Negl*. 2001;25(12):1555-69.
16. Lindbloom EJ, Brandt J, Hough LD, Meadows SE. Elder mistreatment in the nursing home: A systematic review. *J Am Med Dir Assoc*. 2007;8(9):610-6.
17. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. (Consulté le 17/08/2022). [Internet]. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>
18. DuBois JM, Walsh HA, Chibnall JT, Anderson EE, Eggers MR, Fowose M *et al.* Sexual Violation of Patients by Physicians: A Mixed-Methods, Exploratory Analysis of 101 Cases. *Sex Abuse*. 2019;31(5):503-23.
19. Ferrão AC, Sim-Sim M, Almeida VS, Zangão MO. Analysis of the Concept of Obstetric Violence: Scoping Review Protocol. *JPM*. 2022;12(7):1090.
20. Savage V, Castro A. Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches. *Reprod Health*. 2017;14(1):1-27.
21. Green AR, Carney DR, Pallin DJ, Ngo LH, Raymond KL, Iezzoni LI *et al.* Implicit bias among physicians and its prediction of thrombolysis decisions for black and white patients. *J Gen Intern Med*. 2007;22(9):1231-8.
22. Lane WG, Rubin DM, Monteith R, Christian CW. Racial differences in the evaluation of pediatric fractures for physical abuse. *JAMA*. 2002;288(13):1603-9.
23. Shapiro J. The feeling physician: educating the emotions in medical training. *EJPCH*. 2013;1(2):310.
24. Shanafelt TD, Schein E, Minor LB, Trockel M, Schein P, Kirch D. Healing the Professional Culture of Medicine. *Mayo Clin Proc*. 2019;94(8):1556-66.
25. Capozza D, Colledani D, Falvo R. Are job characteristics associated with patient (de) humanization through the mediation of health providers' well-being? *J Appl Soc Psychol*. 2024;54(10):589-602.
26. Lelorain S, Fontesse S. Empathie et déshumanisation en milieu médical. *Psychologie Des Émotions: Concepts Fondamentaux et Implications Cliniques*. De Boeck Supérieur; 2021.

27. Derksen F, Olde Hartman TC, van Dijk A, Plouvier A, Bensing J, Lagro-Janssen A. Consequences of the presence and absence of empathy during consultations in primary care: A focus group study with patients. *Patient Educ Couns*. 2017;100(5):987-93.
28. Angoff NR, Duncan L, Roxas N, Hansen H. Power Day: Addressing the Use and Abuse of Power in Medical Training. *J Bioeth Inq*. 2016;13(2):203-13.
29. Bahji A, Altomare J. Prevalence of intimidation, harassment, and discrimination among resident physicians: a systematic review and meta-analysis. *Can Med Educ J*. 2020;11(1):e97-123.
30. Chávez-Rivera A, Ramos-Lira L, Abreu-Hernández LF. [A systematic review of mistreatment in medical students]. *Gac Med Mex*. 2016;152(6):796-811.
31. Fnais N, Soobiah C, Chen MH, Lillie E, Perrier L, Tashkhandi M *et al*. Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis. *Acad Med*. 2014;89(5):817-27.
32. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. *Mayo Clin Proc*. 2005;80(12):1613-22.
33. Baldwin DC, Daugherty SR, Eckenfels EJ. Student perceptions of mistreatment and harassment during medical school. A survey of ten United States schools. *West J Med*. 1991;155(2):140-5.
34. Rodts G, Kornreich C. The prevalence of medical student mistreatment during internships and its correlation with burnout and depression. *Rev Med Brux*. 2020;41(4):199-208.
35. Rainey-Clay J, Smith-Coggins R. Mistreatment. In: Weiss Roberts L, Trockel M, eds. *The Art and Science of Physician Wellbeing*. Springer International Publishing; 2019:57-67.
36. Sheehan KH, Sheehan DV, White K, Leibowitz A, Baldwin DC. A pilot study of medical student "abuse". Student perceptions of mistreatment and misconduct in medical school. *JAMA*. 1990;263(4):533-7.
37. Brazeau CM, Shanafelt T, Durning SJ, Massie FS, Eacker A, Moutier C *et al*. Distress among matriculating medical students relative to the general population. *Acad Med*. 2014;89(11):1520-5.
38. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J *et al*. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med*. 2014;89(3):443-51.
39. Silver HK. Medical students and medical school. *JAMA*. 1982;247(3):309-10.
40. Sklar DP. Mistreatment of students and residents: why can't we just be nice? *Acad Med*. 2014;89(5):693-5.
41. Pradhan A, Buery-Joyner SD, Page-Ramsey S, Bliss S, Craig LB, Everett E *et al*. To the point: undergraduate medical education learner mistreatment issues on the learning environment in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 2019;221(5):377-82.
42. Trockel M. Calling, Compassionate Self, and Cultural Norms in Medicine. In: Weiss Roberts L, Trockel M, eds. *The Art and Science of Physician Wellbeing*. Springer International Publishing; 2019:3-17.
43. Montgomery A. The inevitability of physician burnout: Implications for interventions. *Burnout Research*. 2014;1(1):50-6.
44. Menon NK, Trockel M. Creating a Culture of Wellness. In: Weiss Roberts L, Trockel M, eds. *The Art and Science of Physician Wellbeing*. Springer International Publishing; 2019:19-32.
45. Bynum WE, Lindeman B. Caught in the Middle: A Resident Perspective on Influences From the Learning Environment That Perpetuate Mistreatment. *Acad Med*. 2016;91(3):301-4.
46. Englert Y. La prévalence des mauvais traitements chez les étudiants en médecine durant leur stage : mise en perspective. *Revue Med Brux*. 2020;41.
47. Wear D. Professional development of medical students: problems and promises. *Acad Med*. 1997;72(12):1056-62.
48. Yang LQ, Caughlin DE, Gazica MW, Truxillo DM, Spector PE. Workplace mistreatment climate and potential employee and organizational outcomes: A meta-analytic review from the target's perspective. *J Occup Health Psychol*. 2014;19(3):315.
49. Fried JM, Vermillion M, Parker NH, Uijtdehaage S. Eradicating medical student mistreatment: a longitudinal study of one institution's efforts. *Acad Med*. 2012 ;87(9):1191-8.
50. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J *et al*. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc*. 2015;90(12):1600-13.
51. Rosenberg DA, Silver HK. Medical student abuse: An unnecessary and preventable cause of stress. *JAMA*. 1984;251(6):739-42.
52. Riskin A, Erez A, Foulk TA, Kugelman A, Gover A *et al*. The Impact of Rudeness on Medical Team Performance: A Randomized Trial. *Pediatrics*. 2015;136(3):487-95.
53. Cleland J, Johnston P. Enculturation to medicine: power for teachers or empowering learners? *Med Educ*. 2012;46(9):835-7.
54. Louie AK, Roberts LW, Coverdale J. The enculturation of medical students and residents. *Acad Psychiatry*. 2007;31(4):253-7.
55. Brainard AH, Brislen HC. Viewpoint: learning professionalism: a view from the trenches. *Acad Med*. 2007;82(11):1010-4.
56. Hafferty FW, Gaufberg EH, O'Donnell JF. The role of the hidden curriculum in "on doctoring" courses. *AMA J Ethics*. 2015;17(2):130-9.
57. Phillips SP, Clarke M. More than an education: the hidden curriculum, professional attitudes and career choice. *Med Educ*. 2012;46(9):887-93.
58. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med*. 1998;73(4):403-7.
59. Medical Professionalism Project. Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. *The Lancet*. 2002;359(9305):520-2.
60. Gaufberg EH, Batalden M, Sands R, Bell SK. The hidden curriculum: what can we learn from third-year medical student narrative reflections? *Acad Med*. 2010;85(11):1709-16.
61. Costa-Drolon E, Verneuil L, Manolios E, Revah-Levy A, Sibeoni J. Medical Students' Perspectives on Empathy: A Systematic Review and Metasynthesis. *Acad Med*. 2021;96(1):142-54.
62. Tajfel H. Social identity and intergroup behaviour. *Social science information*. 1974;13(2):65-93.
63. Tajfel H, Turner JC. The social identity theory of intergroup behavior. In: *Political Psychology*. Psychology Press; 2004:276-93.
64. Licata L. La théorie de l'identité sociale et la théorie de l'auto-catégorisation: le Soi, le groupe et le changement social. *Revue électronique de psychologie sociale*. 2007;1:19-33.
65. Montgomery A, Panagopoulou E, Kehoe I, Valkanos E. Connecting organisational culture and quality of care in the hospital: is job burnout the missing link? *J Health Organ Manag*. 2011;25(1):108-23.
66. Gold KJ, Andrew LB, Goldman EB, Schwenk TL. "I would never want to have a mental health diagnosis on my record": A survey of female physicians on mental health

- diagnosis, treatment, and reporting. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016;43:51-7.
67. Pratto F, Sidanius J, Levin S. Social dominance theory and the dynamics of intergroup relations: Taking stock and looking forward. *Eur Rev Soc Psychol*. 2006;17(1):271-320.
 68. Guimond S, Dambrun M, Michinov N, Duarte S. Does social dominance generate prejudice? Integrating individual and contextual determinants of intergroup cognitions. *J Pers Soc Psychol*. 2003;84(4):697.
 69. Cassell EJ. Consent or obedience? Power and authority in medicine. *N Engl J Med*. 2005;27;352(4):328-30.
 70. Adamson BJ, Kenny DT, Wilson-Barnett J. The impact of perceived medical dominance on the workplace satisfaction of Australian and British nurses. *J Adv Nurs*. 1995;21(1):172-83.
 71. d'Oliveira AF, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*. 2002;359(9318):1681-5.
 72. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA *et al*. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med*. 2009;84(9):1182-91.
 73. Kulaylat AN, Qin D, Sun SX, Hollenbeak CS, Schubart JR, Aboud AJ *et al*. Perceptions of mistreatment among trainees vary at different stages of clinical training. *BMC Med Educ*. 2017;17(1):14.
 74. Eisenberg N, Eggum ND. Empathic responding: Sympathy and personal distress. The social neuroscience of empathy. 2009;6(2009):71-830.
 75. Mumtaz Z, Salway S, Waseem M, Umer N. Gender-based barriers to primary health care provision in Pakistan: the experience of female providers. *Health Policy Plan*. 2003;18(3):261-9.
 76. Gleichgerrcht E, Decety J. Empathy in Clinical Practice: How Individual Dispositions, Gender, and Experience Moderate Empathic Concern, Burnout, and Emotional Distress in Physicians. Zalla T, ed. *PLoS ONE*. 2013;8(4):e61526.
 77. Lamothe M, Boujut E, Zenasni F, Sultan S. To be or not to be empathic: the combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice. *BMC Fam Pract*. 2014;15(1):15.
 78. Haque OS, Waytz A. Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions. *Perspect Psychol Sci*. 2012;7(2):176-86.
 79. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. *Soc Sci Med*. 1998;47(11):1781-95.
 80. Bury M. Researching patient-professional interactions. *J Health Serv Res Policy*. 2004;9 Suppl 1:48-54.
 81. Crandall SJ, Marion GS. Commentary: Identifying attitudes towards empathy: an essential feature of professionalism. *Acad Med*. 2009;84(9):1174-6.
 82. Maslach C, Leiter MP. The Truth about Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to Do about It. John Wiley&Sons.;2008.
 83. West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA*. 2009;302(12):1294-300.
 84. Babaria P, Abedin S, Berg D, Nunez-Smith M. "I'm too used to it": a longitudinal qualitative study of third year female medical students' experiences of gendered encounters in medical education. *Soc Sci Med*. 2012;74(7):1013-20.
 85. Fritz MS, Mackinnon DP. Required sample size to detect the mediated effect. *Psychol Sci*. 2007;18(3):233-9.
 86. Association of American Medical Colleges. Medical School Graduation Questionnaire: All Schools Summary Report. (Consulté le 11/09/2022). [Internet]. <https://www.aamc.org/download/490454/data/2018gqallschoolssummaryreport.pdf>
 87. Nagata-Kobayashi S, Sekimoto M, Koyama H, Yamamoto W, Goto E, Fukushima O *et al*. Medical student abuse during clinical clerkships in Japan. *J Gen Intern Med*. 2006;21(3):212-8.
 88. Rautio A, Sunnari V, Nuutinen M, Laitala M. Mistreatment of university students most common during medical studies. *BMC Med Educ*. 2005;5:36.
 89. Haute Autorité de Santé. Auto-évaluation. Évaluation de la promotion de la bientraitance. (Consulté le 17/07/2022). [Internet]. https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.has-sante.fr/jcms/c_1322039&ved=2aHUKewj7nKzulKqKAXpXaQEHYVblbwQFnoECBUQAQ&usg=AOvVaw1LK5Gi7krJUD3pOac7cGRb
 90. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol*. 2003;85(2):348-62.
 91. Baker R, Thomas S, Thomas PW, Gower P, Santonastaso M, Whittlesea A. The Emotional Processing Scale: scale refinement and abridgement (EPS-25). *J Psychosom Res*. 2010;68(1):83-8.
 92. Roth G, Assor A, Niemiec CP, Deci EL, Ryan RM. The emotional and academic consequences of parental conditional regard: comparing conditional positive regard, conditional negative regard, and autonomy support as parenting practices. *Dev Psychol*. 2009;45(4):1119-42.
 93. Kotsou I, Leys C. Self-Compassion Scale (SCS): Psychometric properties of the French translation and its relations with psychological well-being, affect and depression. *PLoS one*. 2016;11(4):e0152880.
 94. Adams K, Hean S, Sturgis P, Clark JM. Investigating the factors influencing professional identity of first-year health and social care students. *Learning in health and social care*. 2006;5(2):55-68.
 95. Cohen J. A power primer. *Psychol Bull*. 1992;112(1):155-9.

Travail reçu le 19 décembre 2024 ; accepté dans sa version définitive le 8 avril 2025.

AUTEUR CORRESPONDANT :

S. DETHEUX
Rue des Chats, 84 - 1082 Bruxelles
E-mail : s.detheux@gmail.com