

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 2 : Analyses exploratoires

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 2 : Exploratory analyses

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 littérature antérieure a mis en évidence le rôle probable d'une culture médicale non officielle dans la production de maltraitance médicale. Dans un premier article publié dans la *Revue Médicale de Bruxelles* de février 2026 (partie 1) nous avons testé un modèle théorique qui hypothétisait un effet positif de la maltraitance subie par les médecins durant leur formation sur celle qu'ils infligent à leurs patient-es ; effet médié par l'incorporation par les médecins 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 cependant pas permis de valider notre hypothèse. Ce second article (partie 2) présente et discute les analyses statistiques additionnelles effectuées à titre exploratoire sur ces mêmes données. Ces analyses suggèrent que l'intégration par les médecins des normes non officielles prédit significativement la maltraitance de leurs patient-es, alors que la maltraitance subie par les médecins contribue partiellement à leur intégration de ces normes. Une proposition de modèle alternatif qui lie les maltraitements subies par les médecins à celles infligées aux patient-es par un facteur causal commun constitué par les normes culturelles médicales non officielles est alors formulée. La mise à l'épreuve de ce nouveau modèle pourrait faire l'objet de recherches futures, ouvrant des perspectives de lutte contre les maltraitements en médecine, axée sur les contenus de la culture médicale non officielle.

Rev Med Brux 2026 ; 47: 174-184

Doi : 10.30637/2026.24-095B

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 has highlighted the likely role of an unofficial medical culture in the production of medical mistreatment. In our first article published in the *Revue Médicale de Bruxelles* in February 2026 (part 1), we tested a theoretical model that hypothesized a positive effect of the abuse doctors suffered during their training on the abuse they inflicted on their patients, mediated by doctors' incorporation of non-official cultural norms. 224 young doctors from various specialties completed therefore an online questionnaire. However, statistical analysis failed to validate our hypothesis. This second article (part 2) presents and discusses additional exploratory statistical analyses of the same data. These analyses suggest that doctors' integration of unofficial norms significantly predicts their patients' mistreatment, while the mistreatment suffered by doctors partially contributes to their integration of these norms. An alternative model is then proposed, linking physician mistreatment to patient mistreatment through a common causal factor constituted by unofficial medical cultural norms. The testing of this new model could be the subject of future research, offering new prospects for combating medical mistreatment, focusing on the content of unofficial medical culture.

Rev Med Brux 2026 ; 47: 174-184

Doi : 10.30637/2026.24-095B

Keywords : medical culture, medical mistreatment, hidden curriculum

INTRODUCTION

Notre expérience du monde médical nous a conduit-es au constat surprenant que de la maltraitance était régulièrement produite en son sein. Celle-ci concerne tant les patient-es qui peuvent faire l'objet de mauvais traitements de la part du personnel médical, que les médecins en formation qui peuvent être maltraité-es dans le contexte clinique et/ou académique médical. Nous nous sommes alors interrogé-es sur le sens que pouvaient recouvrir ces deux formes de maltraitance, avec l'intuition qu'elles pourraient être liées : la première comme étant la conséquence logique « reproductive » de la seconde.

Dans un premier article (partie 1)¹ nous avons réalisé une exploration du lien entre ces deux formes de maltraitance au travers de la description de la maltraitance des patient-es durant leurs soins médicaux, de la maltraitance des médecins en formation, de la culture médicale et des possibles liens qu'elles entretiennent. Cette exploration a abouti à un modèle théorique qui fut mis à l'épreuve au travers d'une enquête psychosociale. Les hypothèses de ce modèle liant maltraitance subie par les médecins et maltraitance subie par leurs patient-es via l'intégration des normes culturelles non officielles n'ont cependant pas été confirmées.

Le présent article (partie 2) présente et discute les analyses statistiques supplémentaires réalisées à titre exploratoire sur ces mêmes données dans l'objectif de nourrir la réflexion et ainsi de proposer un nouveau modèle de lien entre maltraitance des médecins, maltraitance des patient-es et culture médicale.

Nous renvoyons le-a lecteur-ice vers le premier article (partie 1) pour la description détaillée des éléments théoriques et de la méthodologie utilisée pour cette recherche.

Pour rappel, la littérature portant sur la maltraitance en milieu médical suggère plusieurs possibilités de relations liant les maltraitements subies par les médecins en formation à celles subies par leurs patient-es. D'une part, elle envisage que maltraitance des patient-es et des médecins pourraient être liées par des causes communes, à savoir (1) les facteurs structurels et organisationnels du soin, ainsi que (2) certains éléments de la culture médicale. En effet, quatre normes de la culture médicale non officielle (i.e., la neutralité émotionnelle (NE), la dominance sociale (SDO), la maltraitance normalisée (MN devenu MN* et NONAC) et l'identité sociale médicale super-héroïque (ISM)) semblent déterminantes dans la production de maltraitance dans le soin, pour la raison qu'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 ont été intégrées par ces médecins (par acculturation) produire de la maltraitance envers leurs patient-es. 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 la souffrance psychique des médecins en formation, la baisse de leurs performances médicales, et leur intégration des normes non officielles de la culture médicale : la maltraitance subie au travers de l'imposition des normes constituant ainsi un vecteur de socialisation à ces normes.

Dans notre premier article (partie 1), nous avons choisi d'investiguer la pertinence du dernier lien mentionné, représenté au moyen d'un modèle de recherche (Figure 1) qui lie la maltraitance des médecins en formation à celle des patient-es par le mécanisme d'intégration par les médecins des normes non officielles de la culture professionnelle médicale.

RÉSULTATS

Statistiques descriptives et test d'hypothèse

Nous reprenons ici quelques analyses présentées dans le premier article (partie 1) jugées pertinentes pour la compréhension des analyses supplémentaires exploratoires et de leur discussion.

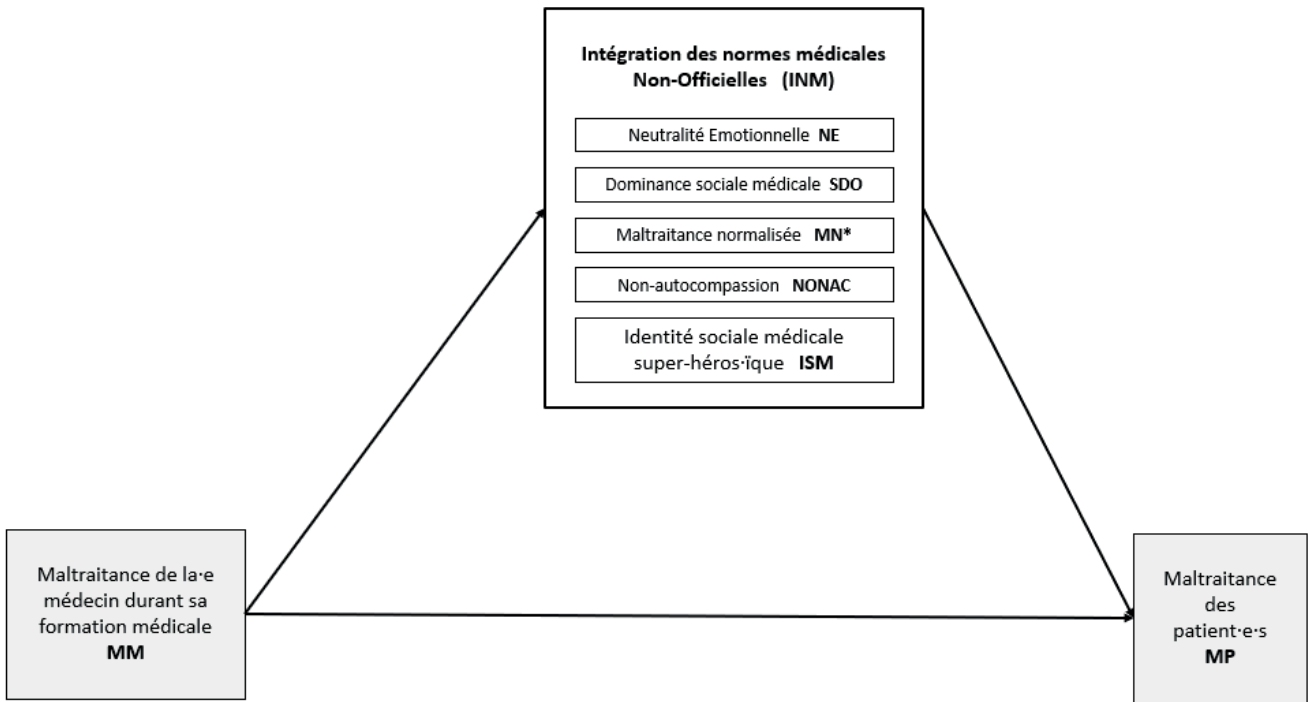
La matrice de corrélation des variables d'intérêt (tableau 1) nous indique que : (1) la variable de maltraitance de médecins (MM) n'est pas corrélée avec la variable de maltraitements des patient-es MP ($r(224) = ,06, p = ,343$), ce qui invalide les hypothèses du modèle testé ; et que (2) les sous-dimensions de l'intégration des normes médicales non officielles (i.e., NE, SDO, MN*, NONAC) sont corrélées entre elles, à l'exception de l'ISM.

Certaines variables sociodémographiques présentent un effet sur les variables d'intérêt : (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) Les sujets de classe sociale modeste subissent plus de maltraitements et répriment plus leurs émotions que les sujets de classe aisée. (4) Les médecins généralistes et les psychiatres sont 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.

Plus de 99 % des sujets ont signalé avoir subi des actes maltraitants au moins une fois durant leur formation médicale ; et 82 % des sujets, en avoir subi de manière répétée.

FIGURE 1

Modèle de recherche.



TABEAU 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

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.

Analyses exploratoires

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. Nous avons dès lors testé (1) la première partie de notre modèle théorique de médiation, à savoir la capacité de la maltraitance subie par les médecins (MM) à prédire chacune des sous-dimensions de l'intégration des normes non officielles de la culture médicale (i.e., la neutralité émotionnelle (NE), la dominance sociale (SDO), la maltraitance normalisée (MN*), la non-autocompassion (NONAC) et l'identité sociale médicale super-héroïque (ISM)) ; et (2) la seconde partie de notre modèle théorique de médiation, à savoir la capacité de l'intégration des sous-dimensions des normes non officielles de la culture médicale à prédire la maltraitance des patient-es durant leurs soins (MP).

Afin de tester la capacité de la maltraitance subie par les médecins à prédire l'intégration des normes, nous avons procédé à une analyse de régression linéaire pour chacune de ses sous-dimensions. Le niveau de maltraitance subie permet de prédire positivement l'intégration de la norme de non-autocompassion ($F(1,222) = 25,84, p < ,001, R^2 = ,10$). Il permet également de prédire positivement l'intégration de la norme de neutralité émotionnelle en interaction avec le genre des sujets (MM*GENRE : $F(1,220) = 8,52, p = ,004, \eta^2 = ,03$), indiquant que cette relation positive entre le niveau de MM et celui de NE n'existe que pour les médecins femmes ($t(220) = 4,02, p < ,001$). Le niveau de maltraitance subie permet de prédire négativement celui de l'identité sociale médicale super-héroïque ($F(1,222) = 18,37, p < ,001, R^2 = ,08$), ainsi que celui de l'intégration de la norme de maltraitance ($F(1,220) = 4,13, p = ,043, \eta^2 = ,02$). En revanche, la maltraitance subie ne permet pas de prédire l'intégration de la norme de dominance sociale ($F(1,222) = 0,24, p = ,62$).

En raison de l'effet observé (voir statistiques descriptives) de certaines variables socio-démographiques sur les scores de maltraitance des patient-es (MP), nous avons abordé la prédiction de MP au moyen d'un modèle de régression hiérarchique considérant, dans un premier temps, l'effet de ces variables socio-démographique. Ensuite, nous avons ajouté les variables d'intégration des normes culturelles médicales afin de vérifier si elles permettent d'améliorer la prédiction des scores de MP. Les résultats sont décrits dans le tableau 2. Parmi ces variables socio-démographiques, le genre, la spécialisation et la racisation des médecins influencent significativement la mesure de maltraitance des patient-es. Leur capacité à la prédire a été testée au sein du bloc 1 de la régression hiérarchique, en codant la spécialité médicale au moyen de contrastes « dummy » qui comparent la médecine générale aux autres spécialités (tableau des contrastes : <https://osf.io/pq2wy>). Ce modèle de régression s'avère significatif et capable de rendre compte de 19 % de la variance de MP. En particulier, le genre masculin et les spécialisations

médicales autres que la médecine générale (et la psychiatrie) en constituent des prédicteurs positifs ; à la différence de la racisation qui ne la prédit pas. Nous avons ensuite considéré l'apport de l'intégration des normes culturelles non officielles à la prédiction de MP en envisageant l'ensemble de ses sous-dimensions comme prédicteurs au sein du bloc 2 de la régression hiérarchique. Le deuxième modèle composé des prédicteurs du bloc 1 (i.e., genre, spécialité et racisation) et du bloc 2 (i.e., NE, SDO, MN*, NONAC et ISM) constitue un modèle prédictif de MP significatif susceptible d'expliquer 32 % de la variance de MP ; l'ajout du deuxième bloc apportant un gain manifeste d'explication de variance de 13 %. En particulier, l'intégration des normes de neutralité émotionnelle, de dominance sociale, et de maltraitance constituent des prédicteurs positifs de la MP ; alors que les normes de non-autocompassion et d'identité sociale médicale super-héroïque ne la prédisent pas.

Les résultats de ces analyses exploratoires sont présentés dans la figure 2.

DISCUSSION

L'examen des données concernant la maltraitance subie par les médecins en formation confirme les recherches antérieures faisant de cette maltraitance un phénomène sévère et systémique²⁻⁶, y compris en Belgique⁷. 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. Les analyses statistiques réalisées de manière exploratoire suggèrent que la maltraitance subie par les médecins serait un prédicteur mitigé de l'intégration des normes non officielles de la culture médicale ; à savoir que la maltraitance subie par les médecins permettrait de prédire positivement l'intégration de la norme de non-autocompassion, ainsi que de celle de neutralité émotionnelle uniquement chez les médecins de genre féminin, mais prédirait négativement l'intégration des normes de maltraitance et d'identité sociale médicale super-héroïque. Ces analyses exploratoires suggèrent par ailleurs que l'intégration des normes non officielles constituerait un bon prédicteur de la maltraitance des patient-es, en particulier les normes de neutralité émotionnelle, de dominance sociale et de maltraitance.

Bien que cette recherche n'apporte 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, les analyses exploratoires nous apportent des éléments nous permettant de penser différemment l'articulation entre ces maltraitements et la culture médicale.

Les résultats des analyses exploratoires portant sur le premier segment du modèle, à savoir la prédiction par la maltraitance subie de l'intégration des normes non officielles, indiquent des effets mitigés, variables en fonction des sous-dimensions culturelles considérées.

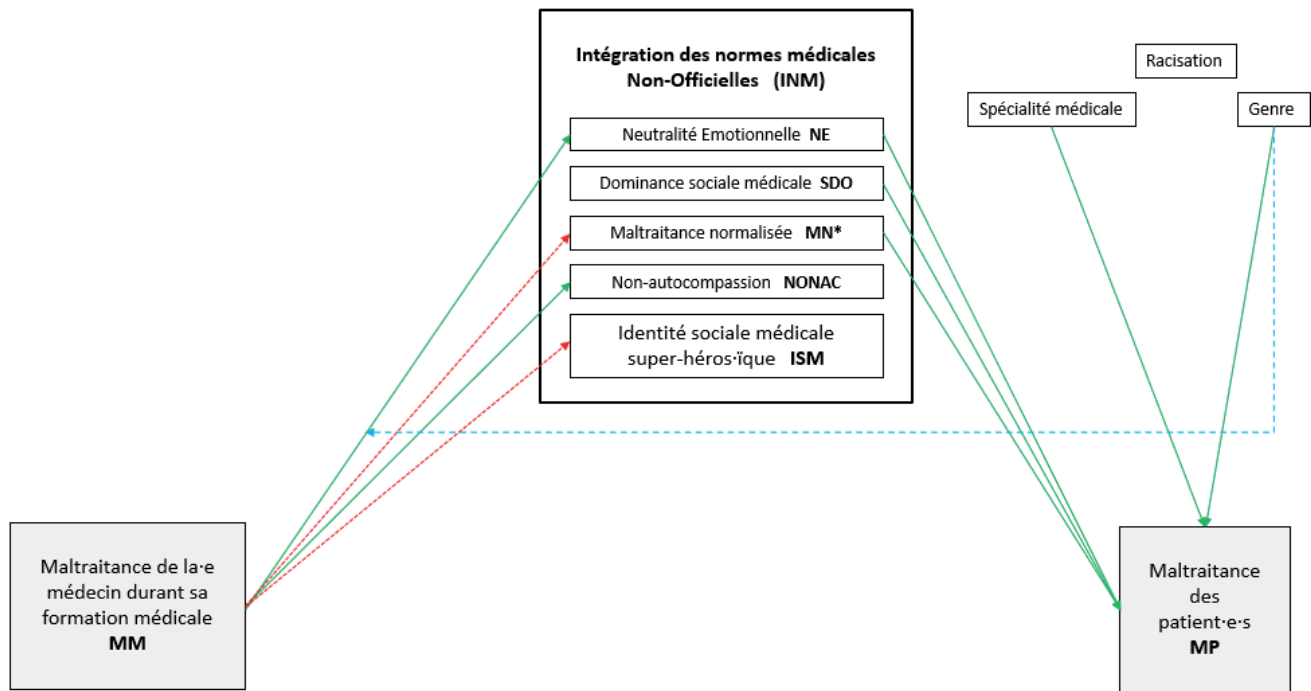
TABLEAU 2

Modèle de régression hiérarchique pour la prédiction de la maltraitance des patient-es (MP) (N = 224).

Variables	Bloc 1			.	Bloc 1 + 2		
	β	ET	β standard.		β	ET	β standard.
Bloc 1 : socio-démographiques							
Genre	6,10	1,16	,33***		3,98	1,14	,21***
Racisation	-2,36	1,35	-,11		-2,46	1,30	-,11
SM Psychiatrie	-,71	1,88	-,03		,65	1,83	,02
SM Chirurgie	5,38	1,60	,24***		3,96	1,51	,18*
SM Médecine interne	2,99	1,27	,18*		2,67	1,25	,16*
SM Médecine aiguë	3,97	1,72	,16*		3,72	1,65	,15*
SM Autres	5,42	2,23	,16*		4,45	2,11	,13*
Bloc 2 : intégration des normes							
NE					,16	,07	,16*
SDO					,19	,05	,23***
MN*					,41	,17	,15*
NONAC					,04	,21	,01
ISM					-,03	,06	-,03
R ²	,19				,32		
Δ R ²	,19				,13		
F du changement	F(7, 216) = 7,54***				F(5, 211) = 7,84***		

ET = écart type ; SM = spécialité médicale par rapport à la Médecine générale ; NE = neutralité émotionnelle ; SDO = dominance sociale ; MN* = maltraitance normalisée ; NONAC = non-autocompassion ; ISM = identité sociale médicale super-héroïque.

* p < ,05, ** p < ,01, *** p < ,001.



En flèche verte (trait plein) : les liens prédictifs positifs.

En flèche rouge (pointillés) : les liens prédictifs négatifs.

En flèche bleue (tirets) : la modération.

La maltraitance subie par les médecins prédit l'incorporation de la norme de non-autocompassion de manière congruente avec la littérature^{6,8}. Elle prédit également l'incorporation de la norme de neutralité émotionnelle, conformément à l'idée que la maltraitance subie par les médecins opérée par l'imposition d'exigences de performances en toute circonstance, même pénible⁹, sans rien en montrer¹⁰, favorise, par nécessité pragmatique, l'intégration de cette norme de contrôle émotionnel. L'effet de la maltraitance des médecins sur l'intégration de la neutralité émotionnelle n'a cependant été observé que chez les médecins femmes, dont les scores de neutralité émotionnelle demeurent cependant inférieurs à ceux des médecins hommes. Cette différence pourrait être attribuable aux effets de la socialisation genrée qui proscribent fortement l'expression émotionnelle des hommes¹¹ qui, de ce fait, et à la différence des femmes, auraient déjà intégré cette norme avant leur entrée en médecine, expliquant leurs niveaux élevés, non influencés par la maltraitance subie. En revanche, la maltraitance subie par les médecins prédit négativement l'incorporation de la norme de maltraitance. Cela contrevient à notre hypothèse, pourtant soutenue par des recherches antérieures^{6,8}, que la maltraitance des médecins constituerait un vecteur d'intégration des normes, en particulier de celle de maltraitance. Ceci pourrait s'expliquer par la conscientisation et le questionnement de la maltraitance qui se développeraient sous les effets conjoints des normes

culturelles officielles et non officielles contradictoires, dont les premières proscribent la maltraitance que les secondes soutiennent. Le fait que nous n'avons pas trouvé le lien escompté entre la maltraitance subie par les médecins et leur adhésion à la norme de dominance sociale semble soutenir cette interprétation. Enfin, contrairement à notre hypothèse, la maltraitance subie par les médecins prédit négativement l'identité sociale médicale super-héroïque. Ce résultat pourrait résulter d'un défaut méthodologique concernant cette mesure. En effet, si celle-ci reflète correctement le volet « appartenance et investissement affectif » à la profession de l'identité sociale médicale (via les items issus de la MCPIS-9), elle manque à refléter le volet « représentation » de la médecin super-héroïque qui lui est associé. Cette insuffisance est susceptible d'expliquer la distinction observée en termes d'intercorrélations entre les scores de l'échelle d'identité sociale médicale et ceux des échelles mesurant l'intégration des autres sous-dimensions de la culture médicale non officielle. Le manquement de cette échelle à rendre compte de l'intégration des normes non officielles super-héroïques constitue une limite méthodologique pour notre recherche, qui aurait avantageusement bénéficié de (1) distinguer identité sociale et représentation super-héroïque, ainsi que (2) du choix d'utiliser une échelle de normes super-héroïques (actuellement inexistante) plutôt qu'une échelle d'identité sociale reflétant l'appartenance et l'investissement affectif. Il nous semble à présent

que les dimensions de culture médicale (susceptibles de favoriser le burnout des médecins) récemment identifiées par Banse¹² pourraient correspondre aux normes de super-héroïsme, et constituer une base de construction d'échelle pour celles-ci.

Nous relevons ici encore que nous n'avons pas observé de différence significative sur les variables d'intégration des normes non officielles de la culture médicale en fonction de l'année de spécialisation des médecins interrogé-es. Cette observation est congruente avec les recherches indiquant que l'acculturation des futur-es médecins à la culture médicale s'effectue principalement durant leurs stages cliniques hospitaliers de master¹³⁻¹⁵, donc dès avant leur spécialisation.

En conclusion de ce point, nous retenons que les effets de la maltraitance subie par les médecins sur l'intégration des normes non officielles de la culture médicale paraissent mitigés, ce qui fragilise notre hypothèse des maltraitements subies comme constituant un vecteur de socialisation à la culture médicale non officielle dans son ensemble.

Concernant les analyses exploratoires portant sur le second segment de notre modèle, à savoir la capacité de l'intégration des normes culturelles non officielles à prédire la maltraitance des patient-es, nos résultats indiquent, de manière congruente avec la littérature, que la neutralité émotionnelle, la dominance sociale et la maltraitance normalisée comme prédicteurs positifs rendent compte de 13 % de sa variance. En effet, la littérature avance que le manque de compétences en gestion émotionnelle qui accompagne l'intégration de la norme de neutralité est susceptible de mener, face aux situations cliniques difficiles, à un coping émotionnel dysfonctionnel producteur de baisse d'empathie^{13,16,17}, de rejet voire de violence envers les patient-es^{10,18-20}. Aussi, le contrôle exercé par les médecins depuis leur position dominante pourrait être à l'origine de désautonomisation des patient-es^{18,21}, de déconsidération pour leurs préoccupations ou leur consentement^{22,23}, ainsi que d'irrespect et d'abus^{24,25}. Enfin, les actes maltraitants devenus normatifs pour les médecins^{5,10} seraient appliqués par celles/ceux-ci à leurs patient-es^{24,25}, les médecins percevant moins et devenant plus tolérants à la maltraitance des patient-es au fil de leur formation^{15,26}.

De manière inattendue, l'identité sociale médicale super-héroïque ne prédit pas la maltraitance des patient-es. La littérature suggère pourtant qu'une différenciation identitaire des médecins par rapport aux patient-es s'accompagnerait d'irrespect et d'attitudes négatives à leur rencontre^{10,21,27}. La raison de cette absence de prédiction pourrait résider dans notre mesure de l'identité sociale médicale à laquelle échappe la représentation super-héroïque dans son versant négatif/non officiel, et/ou résider dans l'action opposée des normes positives/officielles également associées à l'identité sociale médicale.

En conclusion, l'intégration des normes non officielles de la culture médicale paraît donc jouer un rôle significatif dans la production de maltraitance envers

les patient-es. Par ailleurs, l'effet de la spécialisation médicale sur la maltraitance des patient-es suggère qu'une acculturation spécifique à la spécialité opère parallèlement à l'intégration culturelle médicale principale ; les spécialisations liées à une formation en milieu hospitalier (à l'exception de la psychiatrie) semblant susceptibles de donner lieu à plus de maltraitance des patient-es que la spécialisation en médecine générale.

Avant de proposer une intégration (au moyen d'un modèle alternatif de lien) des rôles joués par les différentes variables dans la production de maltraitements en milieu médical, nous effectuons un détour par la présentation de certaines limites qui circonscrivent ce travail ; limites liées (1) à la littérature du champ, (2) à notre population ainsi qu'à (3) certaines de nos mesures.

La littérature examinée dans le cadre de cette recherche, en particulier concernant la culture médicale, se révèle parfois ancienne et surtout principalement de type qualitatif. La présente recherche, en tant que tentative de validation quantitative de ces savoirs, n'a dès lors pas pu s'appuyer sur des données quantitatives préexistantes pour l'orienter.

Les sujets de cette recherche qui, bien que recrutés sur un large territoire francophone belge (et français) et parmi des spécialités médicales diverses, constituent un échantillon non probabiliste, ce qui limite la généralisabilité des résultats. De plus, sa proportion de 77 % de femmes s'avère probablement supérieure à celle de notre population cible pour laquelle le rapport sur l'état de l'égalité de genre 2021-2022 de l'ULB indique une répartition d'environ 60 % de femmes pour 40 % d'hommes²⁸.

Enfin, certaines mesures réalisées dans le cadre de cette recherche ont été réalisées au moyen d'échelles construites par nos soins et n'ayant pas fait l'objet d'une validation préalable. En particulier, la mesure de la maltraitance des patients (voir partie 1) et celle de la représentation super-héroïque associée à l'identité sociale médicale mériteraient l'élaboration d'échelles spécifiques valides comme discuté supra. De même, notre mesure de maltraitance normalisée se montre fragile du fait de sa scission en deux échelles distinctes (de maltraitance normalisée et de non-autocompassion) aux consistances internes limitées et au faible nombre d'items.

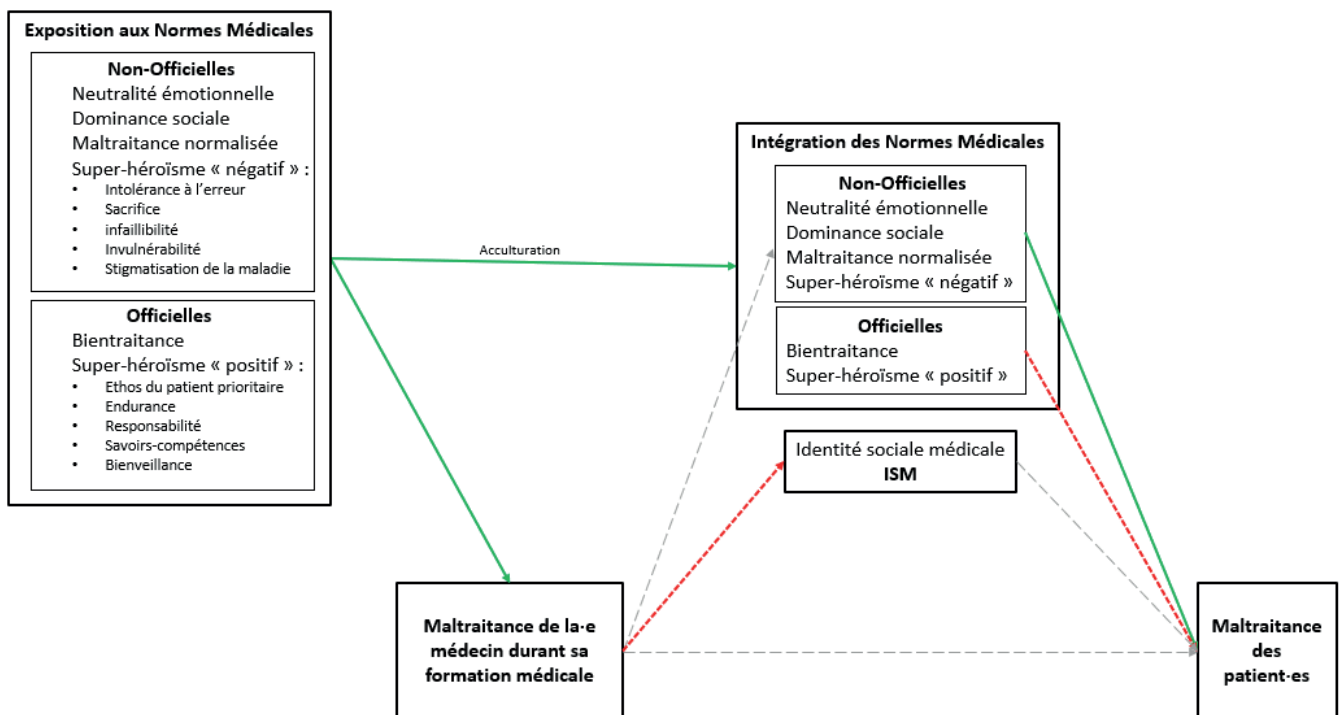
L'analyse et la discussion des résultats présentées ci-dessus nous permettent de rassembler des arguments pour proposer une révision du modèle liant la maltraitance subie par les médecins à celle infligée à leurs patient-es au regard des normes non officielles de la culture médicale. En effet, notre recherche nous a appris que (1) l'existence d'un lien de causalité entre la maltraitance des médecins et celle des patient-es n'a pas pu être démontré ; (2) la maltraitance subie par les médecins semble constituer un prédicteur ambigu de l'intégration des normes non officielles de la culture médicale ; (3) cette intégration culturelle semble en revanche constituer un prédicteur pertinent de la maltraitance des patient-es ; et (4) il existe une

acculturation directe spécifique aux spécialisations médicales, indépendamment de l'expérience de la maltraitance. De plus, la littérature présente des arguments soutenant le fait que (5) il existe effectivement une acculturation directe aux normes non officielles de la culture médicale^{6,8,29,30} avec reproduction^{3,31}; et que (6) l'exposition des médecins aux normes culturelles non officielles constitue une cause de leur maltraitance^{2,6,8,9,14,22,32-34}. Dès lors, un modèle alternatif (représenté dans la figure 3) liant la maltraitance subie par les médecins à la maltraitance des patient-es accorderait aux normes de la culture médicale (officielles et surtout non officielles) un rôle important dans la genèse de ces maltraitements : celui de cause commune. L'exposition à certaines normes culturelles médicales serait l'une des causes, d'une part, de la maltraitance des médecins durant leur formation, et d'autre part, de la maltraitance des patient-es, via l'intégration de ces normes par les médecins selon un processus d'acculturation, sans que la maltraitance liée à ces normes n'en constitue forcément un vecteur d'intégration. Maltraitements des médecins et maltraitements de patient-es correspondraient dès lors à deux conséquences distinctes (bien qu'entretenant certains liens) de

ces normes. De plus, nous envisageons que, si les normes culturelles non officielles (e.g., neutralité émotionnelle, dominance sociale, maltraitance normalisée*, non-autocompassion et super-héroïsme dans son versant négatif) participent à la maltraitance des patient-es comme à celle des médecins, certaines normes culturelles officielles (e.g., ethos du patient prioritaire, bienveillance et super-héroïsme dans son versant positif) seraient également susceptibles de produire de la maltraitance envers les médecins, tout en protégeant les patient-es de celle qui peut être produite à leur encontre. La représentation super-héroïque associée à l'identité médicale reflète d'ailleurs l'intrication des normes officielles et non officielles de la culture médicale en associant à la figure de la-e médecin super-héroïque une facette officielle positive (possiblement associée aux normes de savoir, compétences, endurance, engagement et responsabilité) et une facette non officielle négative (possiblement associée aux normes d'invulnérabilité, sacrifice, infaillibilité et intolérance à l'erreur). Le test de ce nouveau modèle pourrait faire l'objet d'une recherche ultérieure permettant de clarifier le lien entre les deux formes de maltraitements qui nous occupent, et surtout le rôle des normes de la culture médicale.

FIGURE 3

Modèle théorique alternatif liant maltraitements et normes culturelles médicales.



En flèche verte (trait plein) : les liens prédictifs positifs.

En flèche rouge (pointillés) : les liens prédictifs négatifs.

En gris (tirets) : les liens ténus ou ambigus

Par ailleurs, la présente recherche a envisagé la genèse des maltraitances des médecins et des patient-es dans une perspective séquentielle linéaire. Nous pourrions cependant avantageusement envisager l'acculturation médicale et la production des maltraitances (envers les médecins comme envers les patient-es) comme des processus durables s'alimentant l'un l'autre de manière circulaire, et en interaction avec les facteurs contextuels du monde médical (e.g., la structure hiérarchisée de l'hôpital, l'organisation des soins, les pressions financières). La culture médicale et ses normes seraient à l'origine d'une production, maintenue depuis la formation et durant l'exercice, de maltraitances et de souffrances au sein du corps médical (comme en témoignent les taux record et évolutifs de burnout³⁵⁻³⁷), ainsi que de maltraitances et de souffrances de leurs patient-es. Cette réflexion comporte également une dimension politique dans le sens que certaines normes culturelles médicales pourraient constituer un support à un fonctionnement du système de soin dans un état d'insuffisance de financement et d'effectifs. Ainsi, par exemple, la représentation des médecins super-héroïques permettrait le maintien de leurs conditions de travail inhumaines, mais moins onéreuses ; et la dominance sociale, celle des mauvais traitements envers les patient-es liés, pour partie, aux manques de ressources allouées aux conditions de leur bienveillance durant les soins. Comme évoqué en introduction de ce travail, les conditions structurelles défavorables auxquelles sont soumis-es les soignant-es et les institutions de soin en général participent grandement à la production de maltraitances à l'encontre des médecins comme des patient-es. Elles constituent dès lors un angle primordial pour aborder la réduction des maltraitances en milieu médical. Il nous semble cependant pertinent de prendre en considération le rôle joué par le contenu normatif de la culture médicale non officielle qui contribue à soutenir et à entretenir ces conditions structurelles délétères.

Cette réflexion transparait dans les données disponibles concernant les solutions envisagées au problème de la maltraitance survenant en milieu médical. Une brève revue de cette littérature révèle malheureusement qu'il n'existe que peu de données concernant des programmes spécifiques visant à diminuer la maltraitance subie durant la formation médicale³⁸ et que les programmes mis en place afin de diminuer la maltraitance subie par les patient-es sont rares et/ou peu évalués^{18,21,39}. Ces derniers peuvent prendre la forme de programmes de formation, de psychoéducation et d'ateliers de travail pluridisciplinaire (portant sur les soins orientés vers le-a patient-e et ses besoins, les compétences communicationnelles et relationnelles, les dynamiques de pouvoir, le management, la stigmatisation de certains groupes de patient-es, etc.), ou d'outils et de services administratifs et juridiques (codes, conseils médicaux, chartes, protocoles de pratiques, forums de patients, procédures de divulgation/dénonciation, etc.)^{21,39,40}. Certain-es auteur-ices plaident pour une approche multisystémique de la lutte contre les maltraitances médicales, dont les interventions doivent se concevoir à différents niveaux : des politiques étatiques, des institutions de soin, des réseaux relationnels des patient-es et des relations interpersonnelles de soin^{40,41}. Certain-es auteur-ices relèvent également l'importance de considérer et intégrer les éléments culturels sous-tendant les pratiques de soin à ces programmes⁴⁰. En particulier concernant la maltraitance des futur-es médecins, il semblerait essentiel d'exposer et dénoncer le curriculum non officiel pour que les organisations et environnements de pratique puissent changer^{8,41,42} car les interventions institutionnelles existantes qui visent à comprendre, reconnaître, rapporter et répondre à ces maltraitances, ainsi qu'à améliorer la formation des médecins enseignants et des étudiant-es^{6,8,10,24,26} semblent actuellement insuffisantes au changement⁴¹.

CONCLUSION

Notre exploration des liens qu'entretiennent la maltraitance subie par les médecins durant leur formation, la maltraitance subie par les patient-es durant leurs soins et la culture médicale non officielle nous a permis d'établir, dans un premier article (partie 1), que les maltraitements subies par les patient-es ne sont pas directement liées aux maltraitements subies par leurs médecins via leur intégration des normes culturelles non officielles. La maltraitance des médecins ne semble ainsi pas faire l'objet d'une reproduction automatique envers les patient-es.

Les analyses exploratoires présentées dans cet article (partie 2) suggèrent cependant 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, en ce sens que l'imposition de celles-ci exposerait les médecins à des maltraitements et que l'intégration de celles-ci au travers de processus d'acculturation par les médecins serait à l'origine de maltraitements envers leurs patient-es.

Ce modèle alternatif de lien entre maltraitance des médecins, maltraitance des patient-es et normes culturelles non officielles constitue une orientation possible pour la recherche future. Celle-ci devrait idéalement (1) se doter d'une mesure valide auto-rapportée de maltraitance des patient-es, voire, idéalement, de mesures objectives, (2) distinguer l'identité sociale médicale de la norme de super-héroïsme qui lui est associée, (3) concevoir les normes culturelles médicales non officielles comme une cause commune aux deux types de maltraitance (des médecins et des patient-es), (4) penser l'interaction entre les normes officielles et non officielles de la culture médicale et enfin (5) penser les interactions et supports réciproques entre la culture médicale et les conditions structurelles du soin dans lesquelles celle-ci est produite et reproduite, pour éviter de négliger et d'invisibiliser les causes majeures de maltraitements inhérentes à l'organisation et au financement de ces systèmes.

Ainsi, la clarification et l'objectivation de l'articulation existant entre les maltraitements survenant en milieu médical, la culture médicale et les conditions structurelles de l'exercice de la médecine ouvrent des perspectives pratiques de développement d'outils pertinents de lutte contre la perpétuation de ces maltraitements. La considération des effets de la culture médicale non officielle constitue ainsi une piste prometteuse pour l'amélioration de la qualité des soins et le mieux-être de tous·tes en médecine.

Conflits d'intérêt : néant

BIBLIOGRAPHIE

1. Dethoux S, Licata L. Maltraitance pour maltraitance en médecine ? Exploration du lien entre 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. *Rev Med Brux*. 2026;47(1):2-13
2. Bahji A, Altomare J. Prevalence of intimidation, harassment, and discrimination in resident physicians: a systematic review and meta-analysis. *Can Med Ed J*. Published online December 9, 2019.
3. 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.
4. 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.
5. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. In: *Mayo Clinic Proceedings*. Vol 80. Elsevier; 2005:1613-22.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Montgomery A. The inevitability of physician burnout: Implications for interventions. *Burnout Research*. 2014;1(1):50-6.
10. Shapiro J. The feeling physician: educating the emotions in medical training. *EJPCH*. 2013;1(2):310.
11. Prentice DA, Carranza E. What women and men should be, shouldn't be, are allowed to be, and don't have to be: The contents of prescriptive gender stereotypes. *Psychology of women quarterly*. 2002;26(4):269-81.
12. Banse E, Mikolajczak M, Bayot M, Lenoir AL, de Timary P. Harmful dimensions of medical culture in relation to physician burnout: A cross-sectional study. *PLOS Mental Health*. 2025;2(4):e0000301.
13. Costa-Drolon E, Verneuil L, Manolios E, Revah-Levy A, Sibeoni J. Medical students' perspectives on empathy: a systematic review and metanalysis. *Academic medicine*. 2020;96(1):142-54.
14. 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.
15. 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.
16. 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.

17. 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.
18. 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 Med.* 2015;12(6):e1001847; discussion e1001847.
19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. Cassell EJ. Consent or obedience? Power and authority in medicine. *N Engl J Med.* 2005;352(4):328-30.
23. Bury M. Researching patient-professional interactions. *J Health Serv Res Policy.* 2004;9 Suppl 1:48-54.
24. 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.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. Sels C, Leloup JC, Rosier L, Verstraeten M, Tavernier M, Aguirre S. Rapport sur l'état de l'égalité de genre 2021-2022 de l'ULB. (Consulté le 24/03/24). [Internet]. <https://www.ulb.be/fr/egalite-des-genres/dernier-rapport-genre-disponible-rapport-2021-2022>
29. Cleland J, Johnston P. Enculturation to medicine: power for teachers or empowering learners? *Med Educ.* 2012;46(9):835-7.
30. Louie AK, Roberts LW, Coverdale J. The enculturation of medical students and residents. Published online;2007.
31. 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.
32. Eisenberg N, Eggum ND. Empathic responding: Sympathy and personal distress. The social neuroscience of empathy. 2009;6(2009):71-830.
33. 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.
34. 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.
35. Shanafelt TD, Schein E, Minor LB, Trockel M, Schein P, Kirch D. Healing the professional culture of medicine. In: *Mayo Clinic Proceedings.* Vol 94. Elsevier; 2019:1556-66.
36. 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.
37. 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.
38. Mazer LM, Merrell SB, Hasty BN, Stave C, Lau JN. Assessment of programs aimed to decrease or prevent mistreatment of medical trainees. *JAMA Network Open.* 2018;1(3):e180870-e180870.
39. Rosen T, Elman A, Dion S, Delgado D, Demetres M, Breckman R *et al.* ; National Collaboratory to Address Elder Mistreatment Project Team. Review of Programs to Combat Elder Mistreatment: Focus on Hospitals and Level of Resources Needed. *J Am Geriatr Soc.* 2019;67(6):1286-94.
40. Phelan A. Protecting care home residents from mistreatment and abuse: on the need for policy. Risk management and healthcare policy. Published online. 2015:215-23.
41. 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.
42. 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.

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