

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2025

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Les médecins salariés et le harcèlement moral :
étude mixte dans le département du Nord**

Présentée et soutenue publiquement le 13/11/2025
à 14 :00 au pôle formation

Par Clémence Bayart

JURY

Président :

Madame le Professeur Sophie FANTONI QUINTON

Assesseurs :

Madame le Docteur Fanny DEFRANCQ

Monsieur le Docteur Jan BARAN

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Sigles

HM	Harcèlement moral
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
DFGSM	Diplôme de la Formation Générale en Sciences Médicales
DFASM	Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
PASS	Parcours d'Accès Spécifique Santé
LAS	Licence Accès Santé
ECOS	Examens Cliniques Objectifs Structurés
POP	Parcours d'Orientation Personnalisé
EDN	Epreuves Nationales Dématérialisées
NAQr	<i>Negative Acts Questionnaire-Revised</i>
LIPT	<i>Leymann Inventory of Psychological Terror</i>
COPSOQ	<i>Copenhagen Psychosocial Questionnaire</i>
CCU-AH	Chef de clinique des universités-assistants des hôpitaux
MCU PH	Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
PU-PH	Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
AHU	Assistant Hospitalier Universitaire

Sommaire

Avertissement.....	2
Remerciements	3
Sigles.....	7
Sommaire	8
Introduction.....	11
1 Introduction générale.....	11
2 Les médecins en France	11
2.1 Etudes médicales	11
2.2 Statuts des médecins	12
2.2.1 Mode d'exercice.....	12
2.2.2 Historique du salariat des médecins	13
2.2.3 Statuts possibles pour les médecins salariés.....	13
2.3 Répartition de l'exercice en libéral et salarial	13
3 Le Harcèlement moral	14
3.1 Historique	14
3.2 Définition juridique	14
3.3 Typologie du HM	15
3.4 Epidémiologie du HM en Europe et en France	15
3.4.1 Méthodologie utilisée	15
3.4.2 A l'international	16
3.4.3 En France	16
4 Le harcèlement moral subi par les professionnels de santé, dont les médecins	16
4.1 Historique du HM en milieu de santé.....	16
4.1.1 Secteur du soin, secteur à risque.....	16
4.1.2 Difficultés de recours aux soins des soignants	17
4.2 Prise de conscience récente	17
4.3 Epidémiologie du HM chez les médecins salariés.....	18
5 Objectif	18
Matériel et méthodes	19
1 Design général de l'étude.....	19
2 Etude qualitative.....	19
2.1 Recrutement des participants.....	19

2.2	Méthodologie	19
3	Etude quantitative.....	20
3.1	Participants.....	20
3.2	Questionnaire	20
3.3	Analyse de données	20
3.4	Analyse statistique.....	21
3.4.1	Analyses univariées	21
3.4.2	Analyses bivariées	21
3.4.3	Significativité	21
4	Cadre réglementaire.....	21
	Résultats.....	22
1	Etude qualitative	22
1.1	Personnes interrogées	22
1.2	Questionnaire obtenu	22
2	Etude quantitative.....	23
2.1	Flowchart.....	23
2.2	Description des participants	23
2.3	Prévalence des situations de HM	25
2.4	Nombre de situations vécues, lien avec le profil du répondant.....	26
2.5	Identification des situations de HM comme telles	28
2.6	Lien entre le fait d'avoir vécu une situation et l'identifier comme étant du HM 30	
2.7	Auteurs identifiés.....	30
2.8	Soutiens trouvés.....	31
2.9	Suites à donner	31
	Discussion	32
1	Principaux résultats	32
2	Discussion des résultats.....	32
3	Discussion de la méthode	33
3.1	Les points forts	33
3.2	Les points faibles.....	34
4	Perspectives.....	34
	Conclusion.....	35
	Liste des tableaux.....	36
	Liste des figures	36

Références	37
Annexe 1 : questionnaire	41
Annexe 2 : courrier d'accompagnement	43

Introduction

1 Introduction générale

Le travail réalisé s'intéresse au **harcèlement moral subi par les médecins salariés**.

Les professions de santé, et les médecins sont particulièrement exposés aux risques psychosociaux.[1] La pratique de la médecine peut s'exercer dans des conditions difficiles, avec des violences sur le lieu de travail, de la part des patients, de leurs accompagnants, ou des autres professionnels.[2] Différents types de violences coexistent.

Le harcèlement sexuel en médecine est très présent [3], mais n'est pas l'objet de ce travail. De nombreuses études s'intéressent à la santé mentale des médecins, et décrivent des situations préoccupantes avec des prévalences de stress au travail, burn-out et d'idées suicidaires considérables.[4] Nous nous intéresserons ici au harcèlement moral, que nous définirons par la suite.

Dans la présente introduction, nous décrirons le corps médical, puis le harcèlement moral, puis le harcèlement moral subi par les professionnels de santé en général et les médecins en particulier. Cette introduction se terminera par l'énoncé des objectifs du travail.

2 Les médecins en France

2.1 Etudes médicales

Les études de médecines sont des études longues et exigeantes. Elles durent de 10 à 12 ans post baccalauréat. Elles se découpent en plusieurs cycles. [5]

Le premier cycle correspond au Diplôme de la formation générale en sciences médicales (DFGSM). Il est accessible après le concours de la première année de médecine via le parcours d'accès spécifique santé (PASS) ou la licence "accès santé" (LAS). Il dure 3 ans. Il est essentiellement composé d'une formation théorique à la faculté.

Le second cycle correspond au Diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM). Il correspond à « l'externat », qui dure également 3 ans (de la 4^e année à la 6^e année). Il se compose de cours à la faculté, et de stages pratiques en milieu hospitalier à mi-temps, avec une formation pratique par les médecins encadrant le stage. C'est également une phase de préparation aux épreuves classantes permettant l'accès au 3^{ème} cycle, comprenant une part théorique (les épreuves dématérialisées nationales, EDN), une part pratique (les Examens Cliniques Objectifs Structurés ECOS), et une part liée au parcours personnel (Parcours d'Orientation Personnalisé, POP), visant à déterminer un classement pour le choix du Centre Hospitalier Universitaire CHU de formation et de la spécialité choisie.

Enfin le troisième cycle correspond au diplôme d'études spécialisées, période de « l'internat », de durée variable selon la spécialité choisie (par exemple 4 ans pour la médecine générale, l'endocrinologie ou encore la neurologie, 5 ans pour la cardiologie

ou la néphrologie, et enfin 6 ans pour les spécialités chirurgicales) [6]. Cette période se définit par des stages de 6 mois en milieu hospitalier ou ambulatoire, selon une maquette prédéfinie pour chaque spécialité. L'interne exerce la médecine en autonomie supervisée, encadré par les médecins du service rattaché. Il s'agit d'un apprentissage par **compagnonnage**. Durant cette période, il doit valider ses différents stages, et réaliser un mémoire de la spécialité.

Enfin, afin d'obtenir le diplôme de docteur en médecine, il faut finaliser le Diplôme D'Études Spécialisées (DES) et soutenir la thèse en médecine.

L'ensemble est résumé dans la Figure 1.

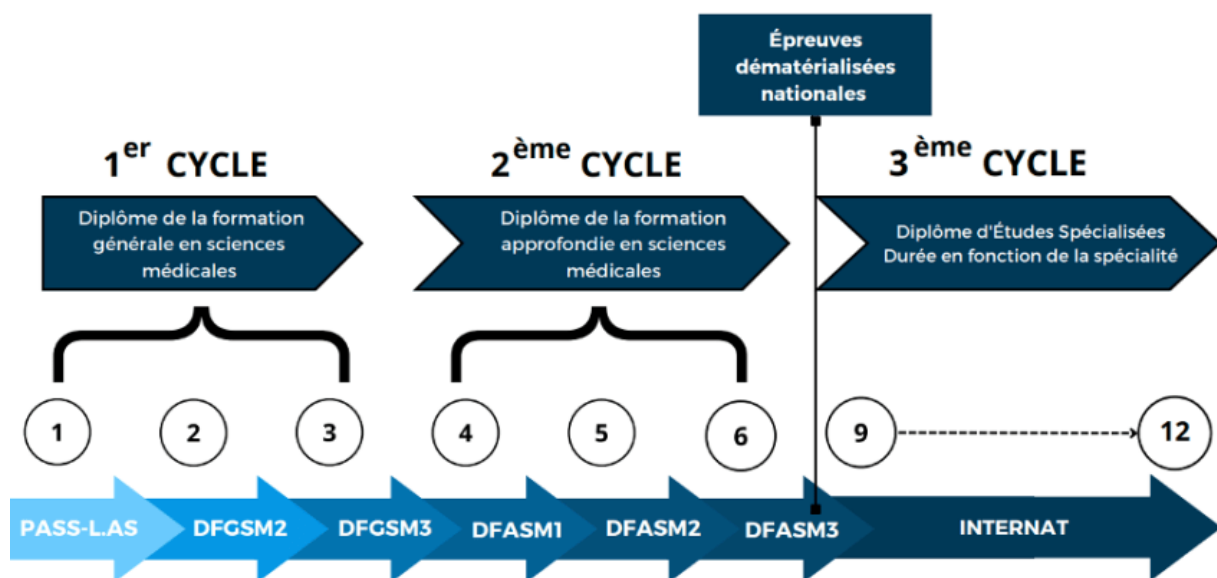


Figure 1 Schéma récapitulatif des études de médecine, d'après [7]

2.2 Statuts des médecins

2.2.1 Mode d'exercice

Une fois diplômé, un médecin français a la possibilité d'exercer selon différents modes, indépendamment de sa spécialité. Il peut être au choix indépendant en exercice libéral, ou salarié.

Plusieurs établissements salarient des médecins, principalement :

- Établissements d'hospitalisation publics (centre hospitalier, centre hospitalo-universitaire)
- Établissements d'hospitalisation privés (cliniques privées, établissements privés à but lucratifs ou non lucratifs)
- Cabinets médicaux libéraux, ayant des collaborateurs salariés

On notera qu'un médecin peut cumuler différentes activités, certaines sous le statut libéral et d'autres sous un statut salarié.[8]

2.2.2 Historique du salariat des médecins

Le réel développement du salariat des médecins se déroulent à partir des années 1950. Au préalable, le mode d'exercice le plus répandu était l'exercice libéral. Les premiers médecins salariés (à l'exception des médecins militaires et coloniaux) ont été les médecins conseils de la sécurité sociale, les médecins inspecteurs puis les médecins du travail. La création des CHU en 1958 marque un changement majeur de l'activité de la profession médicale. Le salariat connaît un bel essor, avec la possibilité de faire carrière à l'hôpital public.[9]

2.2.3 Statuts possibles pour les médecins salariés

Plusieurs statuts sont possibles lorsqu'un médecin est salarié :

- Agent rattaché à la Fonction publique d'Etat, ou à la Fonction publique territoriale (généralement pour des médecins qui ne réalisent pas de soin à proprement parler)
- Agent public rattaché à la Fonction publique hospitalière (situation typique des médecins salariés des hôpitaux)
- Salarié de droit privé.[8]

Au sein des hôpitaux publics, différents statuts coexistent : praticien hospitalier, praticien hospitalier contractuel, adjoint, partiel, attaché, temps plein ou partiel, etc.

Les statuts hospitalo-universitaires correspondent à des emplois juxtaposant un rattachement à la fonction publique d'Etat pour l'enseignement et la recherche, et un mi-temps rattaché à la Fonction publique hospitalière pour la partie soin. Ces statuts sont par exemple les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCU-AH), les assistants hospitaliers universitaires (AHU), les Praticiens hospitaliers universitaires (PHU), les maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH) et les professeurs des universités – praticiens hospitaliers (PU-PH).[10,11]

2.3 Répartition de l'exercice en libéral et salarial

Le mode d'exercice (exercice libéral indépendant ou salariat) est répertorié lors de l'inscription au Conseil De l'Ordre des Médecins CDOM et du renouvellement de l'adhésion annuelle.

La répartition des modes d'exercices des médecins du Nord en 2023 est rapportée en Tableau 1 d'après [12].

Tableau 1. Mode d'exercice des médecins du Nord en 2023 (d'après [12])

Sexe	Ensemble	Libéraux exclusifs	Mixtes	Salariés hospitaliers	Autres salariés
Ensemble	9315	3854	915	3167	1379
Femme	4439	1502	389	1708	840
Homme	4876	2352	526	1459	539

Globalement un tiers des médecins dans le Nord déclare une activité salariée hospitalière, et jusqu'à près de la moitié (48%) des effectifs sont en activité salariée.

3 Le Harcèlement moral

3.1 Historique

L'étymologie du harcèlement provient de *harassment* en anglais, qui vient lui-même de harcèlement en vieux français. Ce terme est utilisé dans le contexte de la chasse, pour épuiser une proie par une pression constante.[13]

La souffrance au travail est un concept d'**émergence récente**. On peut citer notamment les travaux de Heinz Leymann, psychologue allemand, qui publie en 1993 un ouvrage sur la persécution au travail.[14] Il y développe notamment le concept de *mobbing*, qui provient de l'anglais *to mob* malmener, molester. Il définit ce concept avec une notion de durée (6 mois) et des actes répétés dans le temps (au moins une fois par semaine). Il propose un questionnaire, le *Leymann Inventory of Psychological Terror* (LIPT), composé de 45 situations pouvant relever de harcèlement moral (HM).[15]

D'autres indicateurs ont par la suite été développés comme le *Negative Acts Questionnaire-Revised* (NAQ-r), questionnaire auto-administré permettant d'explorer des expositions de HM à travers 22 situations [16]; ou le *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ) mais décrivent de manière plus globale la souffrance au travail sans être spécifique du HM.[17]

Dans la littérature, on utilise désormais de manière interchangeable *bullying*, *mobbing*, et *harassment* pour désigner l'étude du HM.[18]

En France, l'émergence du concept de HM peut être attribué d'après l'œuvre de la psychiatre Marie-France Hirigoyen *Le harcèlement moral : la violence perverse au quotidien*. [19]

La définition juridique et la création de la loi ne s'est réalisée que tardivement en janvier 2002.[20]

3.2 Définition juridique

La définition juridique du HM est décrite dans le code du travail : « Aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel. ».[20]

Il y a donc trois critères cumulatifs importants afin d'être qualifié en harcèlement moral :[21]

- D'une part, les agissements litigieux doivent être **répétés**. Un acte isolé ne peut donc pas conduire à la qualification en HM.
- D'autre part, ces agissements répétés ont **pour objet** (et donc volonté de causer du tort) **ou pour effet** (sans intention malveillante nécessaire) une **dégradation des conditions de travail** de la victime, avec conséquence de porter atteinte à ses droits, ou sa dignité.

- Enfin, ces agissements doivent être **susceptibles de porter atteinte** à sa **santé** physique ou mentale, ou de compromettre son **avenir professionnel**. Les faits ne sont pas nécessairement avérés, la potentialité compromettante suffit.

Cette définition juridique englobe un champ très vaste, et reste relativement floue.

Plusieurs éléments sont pris en compte par les tribunaux pour être qualifié de harcèlement moral d'après [21] :

- L'isolement de la victime
- La compromission de la santé physique ou mentale
- Une diminution des responsabilités
- Une attribution de responsabilités fictives (mise au placard)
- Les témoignages des collègues de travail

Différentes situations ont été décrites d'après [22] :

- Dévalorisation
- Attitudes de mépris
- Déconsidération en public
- Isolement et mise à l'écart du groupe
- Menaces verbales ou insultes
- Refus de toute communication

3.3 Typologie du HM

Il existe différents types de harcèlement moral : **horizontal** (entre collègues) ou **vertical** (qui provient de la hiérarchie directe ou indirecte).[23]

Il existe également un harcèlement moral plus vaste, le HM dit **institutionnel**. La particularité de celui-ci, est que la jurisprudence a tranché, avec une intentionnalité de nuire non nécessaire.[24] Cela permet d'inclure plus largement des faits de managements et des méthodes de gestion, qui s'appliquent non plus nécessairement de façon individuelle mais également de façon collective (une équipe, un service...). La relation interpersonnelle directe n'est plus nécessaire également dans ce contexte (en passant par un interlocuteur entre l'auteur des faits et la victime par exemple). Une nuance est à apporter quant à la notion de harcèlement managérial. La jurisprudence précise que le HM peut être retenu dès lors que les décisions des supérieurs doivent s'appliquer de manière individuelle.[25] Le HM peut être retenu si les techniques de management utilisées dépassent « la limite de l'exécution du pouvoir de direction ».[24]

On peut citer le triste exemple du premier procès à l'encontre d'une entreprise pour HM institutionnel, France TELECOM-Orange, qui a été condamnée aux deux instances, et reconnue coupable de HM à la suite de nombreux suicides de ses employés dans les années 2000.[26]

3.4 Epidémiologie du HM en France et à l'international

3.4.1 Méthodologie utilisée

Peu d'études quantifient le HM. Plusieurs freins simples permettent de l'expliquer.

La première étant la difficulté d'identifier le HM. Les personnes victimes de HM expriment leur souffrance sous des termes de vécu et de ressenti, qui peuvent ne pas correspondre à la définition juridique[18].

La seconde peut être la difficulté par la victime d'identifier des situations de HM, et ainsi sous-estimer le phénomène.

Cela peut aussi s'expliquer par un phénomène de souffrance souvent gardé sous silence.

Des enquêtes s'y intéressent de plus en plus, mais la méthodologie utilisée varie, avec notamment une critique de l'utilisation du NAQ-r.[16]

3.4.2 A l'international

Une étude épidémiologique réalisée en Norvège montre une atteinte de HM chez 8,6% des salariés.[27]

L'étude EQCOTESST réalisée au Québec montre une atteinte de HM à hauteur de 15% de salariés.[28]

Une étude réalisée aux Etats-Unis retrouve que 13% des salariés sont touchés par le HM.[29]

L'étude réalisée en Belgique retrouve qu'un travailleur sur trois se sent victime de comportement abusif au travail.[30]

3.4.3 En France

Une étude menée par l'IPSOS en 2022 retrouve que 35% des salariés déclaraient avoir été victime de HM en entreprise, et seulement 43% des participants étaient capables d'identifier les situations de HM.[31]

On peut notamment évoquer l'enquête *Sumer* qui s'intéresse aux conditions de travail des salariés dans le monde du soin de manière plus globale, mais ne s'intéresse pas spécifiquement au HM.[32]

On peut citer l'enquête *Samotrace* qui s'intéresse à la souffrance au travail, et retrouve que les principaux secteurs d'activités touchés sont les secteurs sociaux et de la santé, secteurs de la collectivité et les secteurs financiers.[33]

L'enquête *Chiaroni* en 2001 retrouve un taux de harcèlement moral de 0,84 cas pour 1000 salariés dans le secteur privé et 1,45 cas pour 1000 salariés dans le secteur public.[34]

4 Le harcèlement moral subi par les professionnels de santé, dont les médecins

4.1 Historique du HM en milieu de santé

4.1.1 Secteur du soin, secteur à risque

A titre comparatif avec d'autres secteurs salariés, une étude sur les conditions de travail dans le secteur hospitalier en 2016 montre, comparativement aux restes actifs de la population, pour les professions du soin, des risques psychosociaux importants, avec une **intensité** des conditions de travail, une **charge émotionnelle** plus

importante, et des **désaccords** plus nombreux entre **collègues** et avec la **hiérarchie**. [35]

Le harcèlement moral est important dans la **culture médicale**, et touche jusqu'à 50% des internes lors de leur internat. [36] Ce harcèlement provient essentiellement de la **hiérarchie médicale**, mais également des patients ou de leur famille. [37] Historiquement, l'internat était une période de violence structurelle, où l'interne se devait de travailler de nombreuses heures sans rechigner, avec une acceptation totale de la part des aînés. Notons l'exemple du repos de garde, rendu obligatoire seulement en 2002, et appliqué bien plus tard. [38] Avec le changement progressif des mentalités, il s'agirait d'agissements plus subtils de nos jours. [39]

Le harcèlement moral des soignants a un **impact négatif** sur la prise en charge des **patients**, et reste très fréquent dans le système de soins. [40] La qualité de vie au travail pour les soignants et la qualité des soins prodigués sont communes, **la qualité de vie au travail est un déterminant de la qualité des soins**. [41,42]

4.1.2 Difficultés de recours aux soins des soignants

Cependant, on constate une tendance à la **non-déclaration des faits de harcèlement** moral, et donc une sous-estimation de la problématique, et par voie de fait, un manque de moyen mis en œuvre pour contrer ces actions. [36]

Paradoxalement, malgré l'accroissement des risques psychosociaux dans les milieux hospitaliers, il existe une réelle « **résistance à dire** » la souffrance au travail. [43] Plusieurs facteurs peuvent l'expliquer.

Tout d'abord, une culture médicale bien ancrée avec l'importance de « **garder la face** » : [4] cela peut contribuer à normaliser des situations de souffrance qui ne le sont pas, à brouiller la limite entre les situations normales ou anormales. Il a d'ailleurs été montré, la **difficulté** pour les médecins et étudiants en médecine à **reconnaître une humiliation publique** par exemple, [44] dénotant ainsi du déni global des violences subies dans le cadre du travail, et une **banalisation** des actes répétés de violences.

D'autre part, les médecins ont tendance à avoir un **recours au soin** de manière **inadaptée**, à travers l'automédication par exemple. En 2017, 80% des médecins ne déclarent pas de médecin traitant. [45] Les médecins privilégient des soins « entre deux portes », à prendre des conseils médicaux de collègues plutôt qu'une réelle prise en charge. Cela corrobore la **mentalité médicale** d'endurer, sans avoir recours à des soins adaptés. De la même manière, les médecins rencontrent des difficultés à s'absenter pour des arrêts maladies, de peur de peser sur les équipes. [46] Les soignants et les médecins ont une réelle **endurance** et **résilience** au travail, malgré des conditions de travail pouvant être dégradées.

4.2 Prise de conscience récente

Bien que des sanctions soient prévues dans le code du travail, [20] il existe peu de jurisprudence concernant les condamnations pour des faits de harcèlement moral.

Les premières sanctions dans le domaine médical ont été établies en 2023. C'est notamment le cas pour les directions hospitalières condamnées pour HM sur des agents hospitaliers en Bretagne à Lanmeur en mai 2023, [47] ou encore à Privas [48] pour des faits remontant à 2016 et 2018. D'autres plaintes ont également été récemment déposées en février 2023 en Alsace-Lorraine l'encontre de la direction du

Groupe Hospitalier de Sélestat-Obernai,[49] mais aucun jugement n'a été rendu pour le moment. L'exemple tragique d'un suicide d'un PU-PH parisien en 2019, a été classé en accident de service.[50] Une procédure pour harcèlement moral est encore en cours.[51,52]

Il existe très peu de cas de harcèlement moral à l'encontre des médecins, actuellement instruits par la Justice en France. Les rares cas rapportés à la justice sont en cours de procédure (exemple du PU-PH parisien) ou désavoué. C'est le cas d'un anesthésiste au centre hospitalier de Saumur,[53] le tribunal administratif de Nantes ne retenant pas la notion de HM.[54]

4.3 Epidémiologie du HM chez les médecins salariés

Il n'existe **pas de données** concernant le harcèlement moral des médecins en France.

Des études se sont intéressées aux **conditions de travail** des médecins hospitaliers, mais aucune de manière spécifique au harcèlement moral,[55] et qui recensent des conditions de travail perçues comme pénibles, mais aucune n'étudie pas à proprement parler le HM.

Les dernières données montrent que le médecin est à la fois la principale victime d'« humiliation morale », et le principal agresseur ; mais qu'un véritable phénomène **d'autocensure** se met en place, avec silence autour des agresseurs et des victimes.[46]

D'autres professions ont été étudiées avec par exemple, chez les **infirmiers** un harcèlement estimé à 4% [56] et **jusqu'à 25%** dans d'autres études.[57]

5 Objectif

Nous avons dans un premier temps défini la notion de harcèlement moral, et observé que cette définition était relativement récente. Nous avons également mis en évidence l'émergence très récente d'affaires dans le monde de la santé. Cependant, nous avons pu constater qu'il n'existait aucune donnée épidémiologique sur le harcèlement moral en santé. L'expérience de terrain semble indiquer que le harcèlement moral en santé est endémique, voire culturel, mais que les victimes sont la plupart du temps peu conscientes du caractère illégal des actes qu'elles subissent.

L'objectif stratégique de ce travail est **d'évaluer la prévalence** du harcèlement moral subi par les médecins et leur **capacité à identifier** ces situations.

Pour ce faire, nous mènerons une étude mixte, comportant une étude qualitative puis une étude quantitative par questionnaire auto-administré.

Matériel et méthodes

1 Design général de l'étude

Notre étude suit une **méthodologie mixte qualitative-quantitative**. [58,59] Cette famille de méthodologies est bien connue dans la recherche en soins premiers. Nous utiliserons en particulier le **design séquentiel explicatif qualitatif puis quantitatif**. Ce design est particulièrement adapté dans les situations où les éléments bibliographiques ne sont pas suffisants pour bâtir l'étude quantitative. Or seule une étude quantitative peut apporter de nouvelles connaissances sur la prévalence d'un phénomène.

La première phase de l'étude consistera à mener une étude qualitative pour identifier des situations de HM, leur vécu et les suites données. La deuxième phase consistera à mener une étude quantitative par questionnaire auto-administré pour identifier la prévalence de ces situations, estimer la prévalence de l'identification de ces situations comme étant du HM, identifier les profils de personnes tierces impliquées positivement ou négativement dans le HM et sa gestion, puis caractériser les suites données.

2 Etude qualitative

Cette étude consiste en des entretiens semi-dirigés, et son objectif est de construire le questionnaire sur lequel s'appuie l'étude quantitative.

2.1 Recrutement des participants

Nous avons interrogé des médecins du Nord, avec au moins une activité salariée, s'estimant victimes de HM ou spécialistes du champ du HM. Les médecins recrutés pour l'étude le sont « en recherche de variation maximale ».

Les premiers profils ont été sélectionnés par les auteurs du travail. Ces premiers participants sont sollicités à leur tour, pour recommander d'autres participants. Ces personnes sont sollicitées si elles montrent des profils suffisamment différents des personnes précédemment interrogées.

Les médecins sont sollicités par email, après recommandation par le directeur de thèse (premier tour), ou par un autre médecin déjà interrogé, ou par l'auteur du travail lors de la présentation du travail de thèse en stage (tours suivants).

2.2 Méthodologie

Sont ensuite menés des entretiens semi-dirigés. Les entretiens ont lieu en présentiel, après recueil du consentement. Les participants sont informés de leur droit d'accès, de rectifications, d'effacement et d'opposition sur les données les concernant. Un guide d'entretien a été conçu avec des questions ouvertes, et est progressivement adapté en fonction des nouvelles données accueillies lors des entretiens.

Les entretiens sont retranscrits à l'aide d'un traitement de texte, avec une anonymisation du participant (nom, prénom, lieu d'exercice, etc.) mais conservation de données démographiques (âge, sexe) et décrivant le type de pratique.

Les résultats des entretiens font ensuite l'objet d'une analyse qualitative. La phase finale de cette partie consiste à construire le questionnaire quantitatif et l'ensemble de la méthodologie de la phase 2.

3 Etude quantitative

Cette étude consiste en un questionnaire-auto-administré, et son objectif est d'identifier la prévalence de situations de HM, ainsi que la prévalence de l'identification de ces situations comme telles, et les suites données ou perçues.

3.1 Participants

Nous incluons des médecins de statut salarié inscrits au CDOM du Nord depuis moins de 10 ans. Nous tirons au sort 200 sujets.

Le nombre de sujets nécessaires ne peut pas être calculé sur des bases bibliographiques dans ce cas, et en l'absence d'unique critère principal de jugement. Ce nombre s'appuie sur notre expérience passée.

3.2 Questionnaire

Conception du questionnaire : résultat de la phase 1

Le questionnaire papier sera finalisé au terme de la phase 1. L'objectif est de préparer un questionnaire papier tenant sur au maximum une feuille A4 recto-verso, imprimé en couleur, envoyé par voie postale avec enveloppe retour pré-libellée et préaffranchie, accompagné d'une lettre de présentation comportant le logo du CDOM du Nord. Ces pratiques ont été éprouvées lors de précédentes études, et suivent les recommandations [60,61]. Le questionnaire sera envoyé par voie postale et auto-administré.

Ensuite, les médecins auxquels le questionnaire aura été envoyé seront rappelés au téléphone dans la quinzaine suivante pour savoir s'ils ont pu répondre au questionnaire et, dans le cas contraire, leur proposer de leur réadresser le questionnaire par voie postale. Le questionnaire étant anonyme, la relance téléphonique sera systématique et il est possible qu'un médecin ayant déjà répondu soit appelé à tort.

Les questionnaires retournés seront saisis dans un tableur, puis analysés quantitativement.

3.3 Analyse de données

Nous procéderons à une analyse descriptive systématique des réponses. En cas de taux de réponse faible, nous tenterons d'inférer l'impact sur les résultats, dans l'hypothèse la plus pessimiste où le biais de non-réponse serait majeur, à savoir que les personnes qui ne répondent pas n'ont jamais vécu de situation de HM.

3.4 Analyse statistique

3.4.1 Analyses univariées

Les variables qualitatives, binaires, ou discrètes avec très peu de modalités sont exprimées en effectif et pourcentage.

Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne et écart type (SD, *standard deviation*) si l'histogramme révèle une distribution d'allure symétrique, et médiane premier et troisième quartile (Q1, Q3) dans le cas contraire. Le cas échéant, l'intervalle de confiance à 95% (IC95) des moyennes est calculée avec la loi de Student.

3.4.2 Analyses bivariées

L'indépendance entre une variable qualitative et une variable quantitative est testée à l'aide d'un test de Student ou d'une analyse de la variance ANOVA, selon le nombre de classes (ces tests s'avèreront, en l'occurrence, toujours valides dans cette étude).

L'indépendance entre deux variables quantitatives est testée à l'aide du test de nullité du coefficient de corrélation de Pearson. L'équation d'une droite de régression linéaire simple pourra être proposée à titre descriptif (ces méthodes s'avèreront, en l'occurrence, toujours valides dans cette étude).

3.4.3 Significativité

Les tests statistiques sont bilatéraux. Les p valeurs sont considérées comme significatives au seuil de 5%. Les intervalles de confiance sont calculés à 95%.

4 Cadre réglementaire

Cette étude est organisée et financée par le CDOM du Nord.

Cette étude entre dans les missions premières du CDOM, et ne nécessite pas d'autorisation supplémentaire.

Pour l'étude qualitative, les participants ont été informés de leur droit de ne pas participer, et d'accéder aux données les concernant, ou de les faire modifier ou supprimer. Aucun enregistrement ni verbatim strict des entretiens n'est conservé.

Pour l'étude quantitative, les participants ont été informés de leur droit de ne pas participer. L'étude étant strictement anonyme, le droit d'accès et de modification ou suppression ne peut être exercé. Les données individuelles seront supprimées un an après le début de l'étude.

Résultats

1 Etude qualitative

1.1 Personnes interrogées

Les quatre premiers profils ont été sélectionnés par les auteurs du travail, il s'agissait de quatre médecins salariés du CHU de Lille, une femme et trois hommes, un quadragénaire, deux quinquagénaires, un sexagénaire, en contact ou non avec des patients, dont un spécialiste académique reconnu de la question du HM.

Les cinq profils suivants, proposés par les quatre premiers, sont tous des salariés de centres hospitaliers périphériques, quatre femmes et un homme, deux trentenaires, un quadragénaire, un quinquagénaire, deux médecins généralistes, un pédiatre, un gériatre et un gastro-entérologue.

1.2 Questionnaire obtenu

Le résultat de l'étude qualitative est le questionnaire complet, disponible en **Annexe 1**. Le courrier d'accompagnement est disponible en **Annexe 2**.

Constitué d'une seule page recto-verso couleur, le questionnaire comporte :

- 7 questions générales démographiques et de conditions d'exercices
- 19 situations potentielles de HM. Pour chaque situation, il est demandé aux participants d'indiquer :
 - s'ils ont déjà été victimes de ces situations
 - si, selon eux, ces situations répétées ou associées, peuvent relever de HM
- 7 questions sur les auteurs et les soutiens des situations rencontrées, parmi les catégories professionnelles proposées (médecins, paramédicaux, personnels administratifs, direction...)
- 1 question sur une éventuelle démarche administrative ou judiciaire enclenchée

2 Etude quantitative

2.1 Flowchart

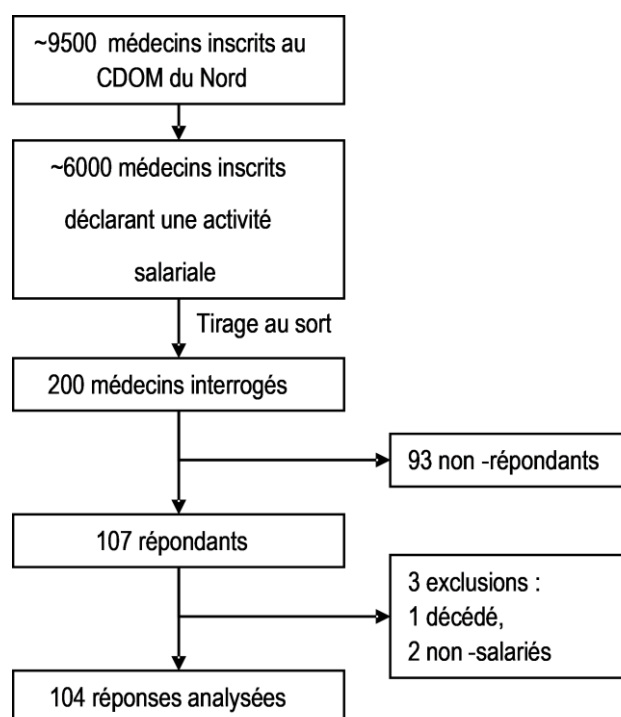


Figure 2 Flowchart descriptif des participants

Nous avons obtenu 104 réponses analysables, soit un taux de réponses estimé à 52,8% (voir Figure 2 Flowchart descriptif des participants).

2.2 Description des participants

Les participants sont âgés en moyenne de 50,9 ans (SD=13,0) et l'âge médian est de 53 ans (Q1-Q3 : [38,5 ; 60] ; voir Figure 3).

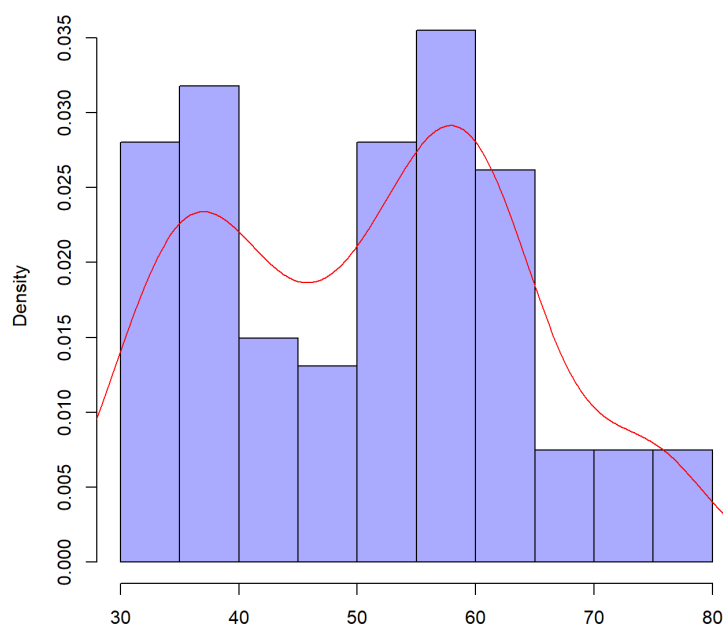


Figure 3. Histogramme de l'âge des répondants

Parmi les répondants, 69 sont des femmes (64,5%). L'âge moyen des femmes ne diffère pas significativement de celui des hommes ($p=0,06$).

Nous avons répertorié 21 spécialités différentes, les 3 spécialités les plus représentées sont la médecine générale avec 42 répondants (39,2%), la médecine du travail avec 17 répondants (15,9%) et enfin la gériatrie avec 13 répondants (12,2% ; voir Figure 4).

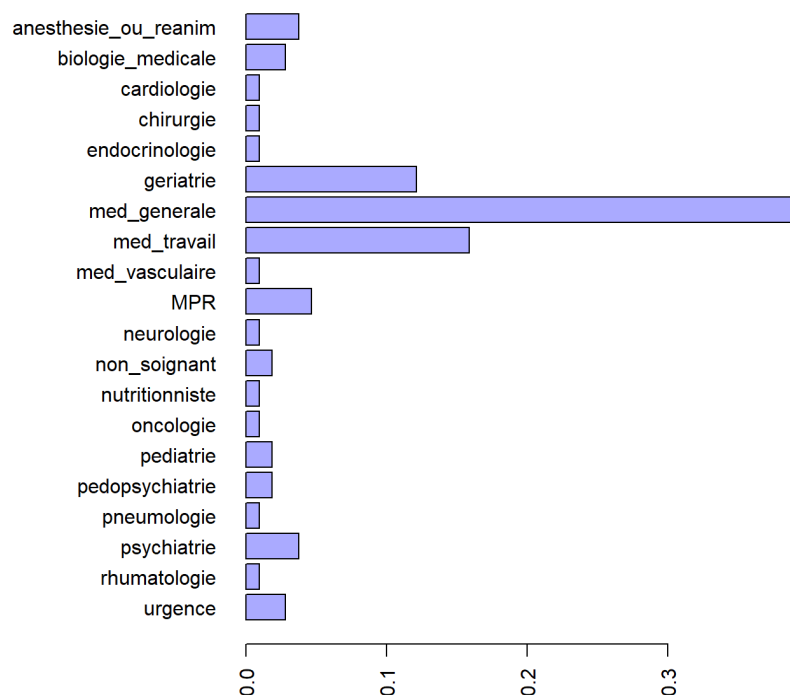


Figure 4. Spécialités des répondants

Cinquante (48,1 %) répondants sont salariés dans un établissement privé non lucratif, 19 (18,3%) sont salariés dans un établissement public, 18 (17,3%) sont salariés d'un

établissement privé lucratif, et 17 (16,4%) sont salariés d'autres structures (Maison de santé pluridisciplinaire (MSP), cabinet de groupe, etc.).

La position hiérarchique demandée entre responsable, sénior non responsable et junior retrouve que 47 (46,1%) participants ne sont pas en situation de responsabilité, et 55 (53,9%) participants sont en situation de responsabilité.

L'ancienneté dans le poste en année est en moyenne de 9,7 ans [7,9 ; 11,4].

2.3 Prévalence des situations de HM

Dans le questionnaire, 19 situations de HM sont proposées. Les participants déclarent ainsi avoir vécu les situations suivantes (voir les libellés exacts du questionnaire en Annexe 1) :

- 45 participants (42,9%) ont subi une réduction des moyens humains octroyés
- 26 participants (25,2 %) ont déjà été victime d'un changement non-concerté du local de travail
- 24 participants (22,9 %) ont expérimenté des injonctions paradoxales
- 17 participants (16,2%) recensent des reproches permanents sur l'atteinte des objectifs
- 16 participants (15,2 %) ont subi un dénigrement public du travail accompli
- 16 participants (15,2%) ont été victimes de suppression injustifiée ou masquée de responsabilités
- 16 participants (15,2%) ont été victimes d'un non-respect de leur temps de travail
- 15 participants (14,3%) ont été victimes d'exclusion de réunion, ou victimes de rétention d'informations
- 15 participants (14,3%) ont expérimenté un refus de communication
- 15 participants (14,3%) ont essuyé des refus réitérés de formation
- 14 participants (13,5%) ont subi une réduction des moyens matériels et financiers (au-delà de ce qui est imposés aux autres)
- 12 participants (12,5%) ont subi un dénigrement public de la personne
- 9 participants (8,6 %) ont été victime d'un retard de promotion au regard des autres collègues
- 8 participants (7,6%) se sont vu refuser des congés de manière réitérée ou injustifiée
- 7 participants (6,7%) ont été victimes d'invisibilisation de responsabilités pourtant inchangées
- 4 participants (3,8%) ont eu une suppression de leurs droits numériques
- 6 participants (5,7 %) ont été victimes d'exclusion d'évènements festifs
- 5 participants (4,8 %) ont été victimes d'un non-respect des aménagements ou préconisations de la Médecine du Travail
- 2 participants (1,9 %) ont expérimenté une modification de leur droit d'accès à certains lieux

L'ensemble des prévalences des situations de HM est résumé dans la Figure 5.

Situation rencontrée	proportion de oui
Modification du droit d'accès à certains lieux	1,9%
Suppression de droits numériques	3,8%
Non-respect des aménagements ou préconisations de la Médecine du	4,8%
Exclusion d'événements festifs	5,7%
Invisibilisation de responsabilités pourtant inchangées	6,7%
Refus réitéré de congés	7,6%
Retard de promotion au regard des autres collègues	8,6%
Dénigrement public de la personne	12,5%
Réduction des moyens matériels et financiers octroyés	13,5%
Refus de communication	14,3%
Exclusion de réunion / rétention d'informations	14,3%
Refus réitéré de formation	14,3%
Dénigrement public du travail accompli	15,2%
Non-respect du temps de travail	15,2%
Suppression injustifiée ou masquée de responsabilités	15,2%
Reproches permanents sur l'atteinte des objectifs	16,2%
Injonctions paradoxales	22,9%
Changement non-concerté du local de travail	25,0%
Réduction des moyens humains octroyés	42,9%

Figure 5 Prévalence des situations de HM

2.4 Nombre de situations vécues, lien avec le profil du répondant

Les participants ont été victimes de plusieurs situations à la fois, en moyenne 2,5 fois (IC95 : [1,89 ; 3,17]) voir Figure 6.

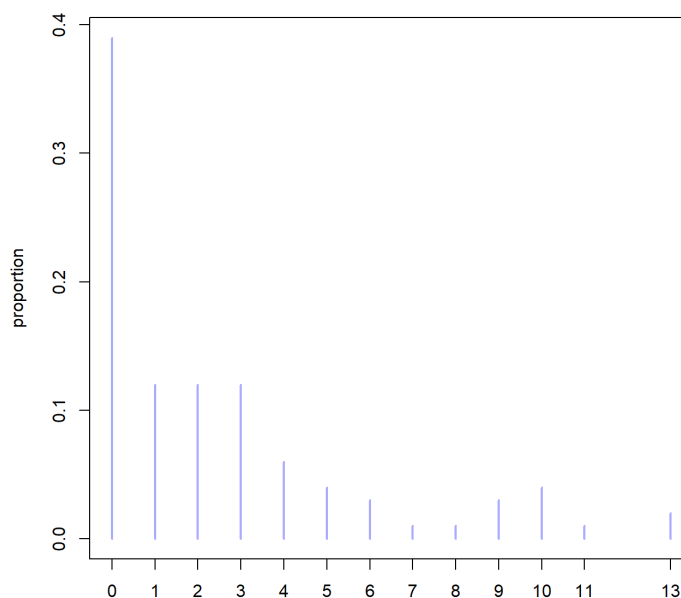


Figure 6. Répartition du nombre de situations de HM rencontrées par chaque individu

On remarque que les situations de **HM touchent plus les femmes**, avec en moyenne 3,4 situations contre 2,7 chez les hommes ($p=0,03$) voir Figure 7.

ceux exerçant dans d'autres structures ; une moyenne de 1,5 situations rencontrées chez les médecins contractuels hospitaliers, et enfin une moyenne de 3,5 situations chez les médecins titulaires hospitaliers ($p=0,56$).

Il n'est pas observé de différence statistique significative selon le lieu d'exercice des médecins participants. On répertorie une moyenne de 2,4 situations de HM chez les médecins travaillant dans un établissement public ; une moyenne de 2,5 situations de HM rencontrées chez les médecins travaillant dans un établissement privé lucratif ; une moyenne de 3,7 situations par médecin salarié en structure privée à but non lucratif ($p=0,27$) (voir Figure 9).

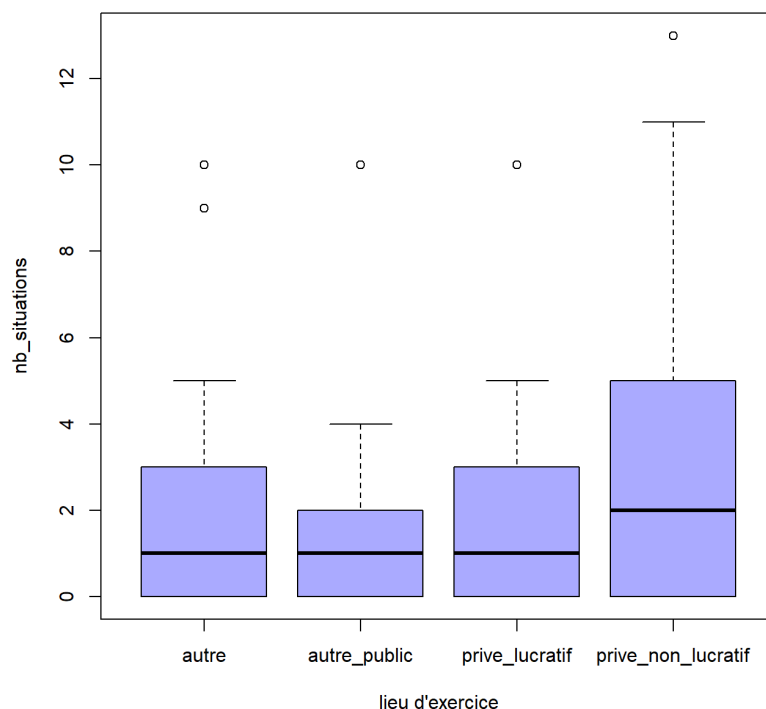


Figure 9. Répartition du nombre de situation de HM selon la structure d'exercice.

Il n'est pas observé de différence statistique ($p=0,52$) selon le statut du médecin sénior responsable (3,4 situations en moyenne de HM rencontrée) ou non responsable (3,1 situations en moyenne).

On remarque que certaines situations sont souvent corrélées entre elles, comme le dénigrement du travail et le dénigrement de la personne ($r=0,71$) ; ou encore le refus de congés et le refus des préconisations de la médecine du travail ($r=0,60$) ; ou encore la suppression de responsabilités avec le refus de réunions ($r=0,67$).

2.5 Identification des situations de HM comme telles

Nous rappelons que le questionnaire présentait des situations qui, toutes, peuvent relever du HM, et demandait aux participants si selon eux elles pouvant relever du HM. La réponse « idéale » serait donc de 100% pour chaque item.

La capacité de reconnaissance des situations de HM est de 66% en moyenne (IC95 : [0,57 ; 0,75]). La médiane est 0,78 (Q1-Q3: [0,57; 0,86]).

Sur les 19 situations proposées, la proportion de participants qui les reconnaissent comme pouvant relever du HM est :

- 45 participants (82,1%) pour le dénigrement public de la personne, et chez 8 victimes (72,72%) ($p = 0,01$).
- 47 participants (81,7%) pour le dénigrement public du travail accompli, et 9 participants (64,3%) ayant été victimes de ce dénigrement ($p = 0,0007$).
- 43 participants (76,6 %) pour les reproches permanents sur l'atteinte des objectifs et chez 10 médecins (62,5%) l'ayant subi ($p = 0,38$).
- 35 participants (73,6%) pour le refus réitéré de congés et chez 4 victimes (57,1%) ($p = 0,83$).
- 30 participants (71%) pour la modification d'accès à certains lieux, et chez 1 victime (50%), ($p = 0,56$).
- 35 participants (69,2%) pour le refus de communication, et chez 6 victimes (40%) ($p = 0,24$).
- 30 participants (68,9%) pour l'invisibilisation de responsabilités pourtant inchangées et chez 2 victimes (40%) ($p = 0,13$).
- 34 participants (68,9 %) pour le retard de promotion au regard des autres collègues, et chez 3 victimes (37,5%) ($p = 0,23$).
- 32 participants (67,5 %) pour le non-respect du temps de travail et chez 8 victimes (50%) ($p = 0,64$).
- 31 participants (66,4%) pour l'exclusion de réunion et/ou la rétention d'informations, et chez 5 victimes (33,3%) avec une (p -value= 0,17).
- 28 participants (65,4%) pour le non-respect des aménagements ou des préconisations de la médecine du travail, et chez 2 victimes (50%) ($p = 0,98$).
- 28 participants (64,2%) pour l'exclusion d'évènements festifs, et chez 2 victimes (33,3%) ($p = 0,59$).
- 26 participants (63,7%) pour la suppression de droits numériques, et chez 1 victime (25%) ($p = 0,39$).
- 36 participants (63,1%) pour les injonctions paradoxales.
- 28 participants (62,7%) pour le refus réitéré de formation et chez 7 victimes (46,6%) ($p = 0,86$).
- 30 participants (50%) pour la suppression injustifiée de responsabilités et chez 6 victimes (42,85%) ($p = 0,76$).
- 15 participants (44,4 %) pour la réduction des moyens matériels et financiers. A noter que 7 participants (53%) ayant été victimes de cette situation l'identifient comme situation de HM ($p = 0,18$).
- 18 participants (43,1%) pour le changement non concerté de local de travail.
- 17 participants (38,9%) pour la réduction des moyens humains octroyés.

L'ensemble de ces résultats est résumé dans la Figure 10.

Situation rencontrée	ressenti moyen
Dénigrement public de la personne	82,1%
Dénigrement public du travail accompli	81,7%
Reproches permanents sur l'atteinte des objectifs	76,7%
Refus réitéré de congés	73,6%
Modification du droit d'accès à certains lieux	71,0%
Refus de communication	69,2%
Invisibilisation de responsabilités pourtant inchangées	68,9%
Retard de promotion au regard des autres collègues	68,4%
Non-respect du temps de travail	67,5%
Exclusion de réunion / rétention d'informations	66,4%
Non-respect des aménagements ou préconisations de la Médecine du Travail	65,4%
Suppression injustifiée ou masquée de responsabilités	64,2%
Exclusion d'événements festifs	64,2%
Suppression de droits numériques	63,7%
Injonctions paradoxales	63,1%
Refus réitéré de formation	62,7%
Réduction des moyens matériels et financiers octroyés	44,4%
Changement non-concerté du local de travail	43,1%
Réduction des moyens humains octroyés	38,9%

Figure 10 . Pour chaque situation, proportion de participants qui les reconnaissent comme relevant du HM, lorsqu'elles sont répétées ou combinées

2.6 Lien entre le fait d'avoir vécu une situation et l'identifier comme étant du HM

Lorsqu'on étudie les 19 situations du questionnaire, on observe une corrélation inverse entre la proportion de personnes qui déclarent avoir subi une situation, et la proportion de personnes qui identifient cette situation comme relevant du HM ($r=-0.58$, $p=0.01$). En clair, **plus une situation est fréquente, moins elle est identifiée comme relevant du HM.**

2.7 Auteurs identifiés

Le questionnaire est construit de telle manière que pour chaque auteur présumé, les participants peuvent répondre « non ; un peu ; oui ». Pour chaque catégorie professionnelle, nous indiquerons un **score** compris entre 0 et 100%. Ce score est construit ainsi : nous attribuons la valeur de 0 pour chaque réponse « non », la valeur 0,5 pour « un peu » et la valeur 1 pour les « oui ». La moyenne obtenue est comprise en 0 (que des « non ») et 1 (que des « oui »), et présentée en pourcentage.

Le score d'implication dans les situations de HM est donc de (voir Figure 11) :

- 3,5% pour les médecins du travail
- 7,1% pour les syndicats et association
- 15% pour les soignants
- 33,6% pour le personnel administratif
- 34,7% pour le système dans son ensemble
- 35,6% pour les médecins
- 47,3% pour le personnel de direction

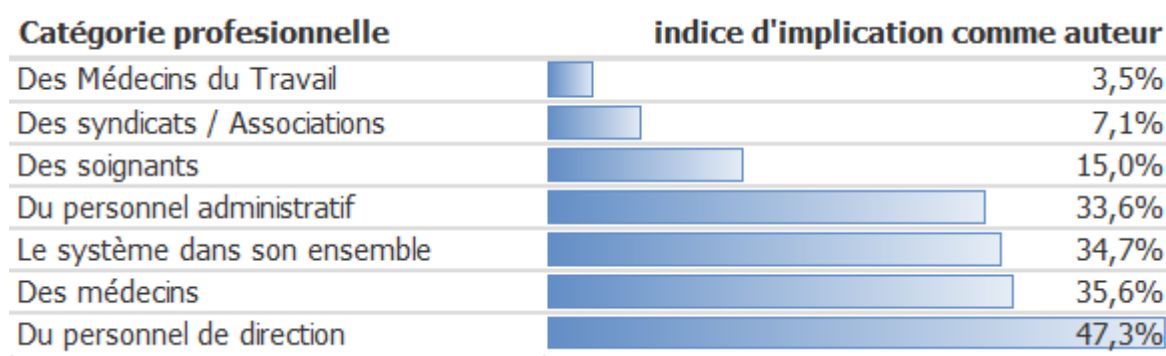


Figure 11 score d'implication selon la catégorie professionnelle dans les situations de HM

2.8 Soutiens trouvés

De la même manière, le questionnaire est construit de telle façon que pour chaque soutien présumé, les participants peuvent répondre « non ; un peu ; oui ». Pour chaque catégorie professionnelle, nous indiquerons un **score** compris entre 0 et 100%. Ce score est construit ainsi : nous attribuons la valeur de 0 pour chaque réponse « non », la valeur 0,5 pour « un peu » et la valeur 1 pour les « oui ». La moyenne obtenue est comprise en 0 (que des « non ») et 1 (que des « oui »), et présentée en pourcentage.

Le score de soutien retrouvé dans les situations de HM est donc de (voir Figure 12) :

- 10,2% pour le système dans son ensemble
- 13,5% pour les syndicats et les associations
- 20,9% pour le personnel de direction
- 26,9% pour le personnel administratif
- 51,0% pour les soignants
- 56,7% pour les médecins

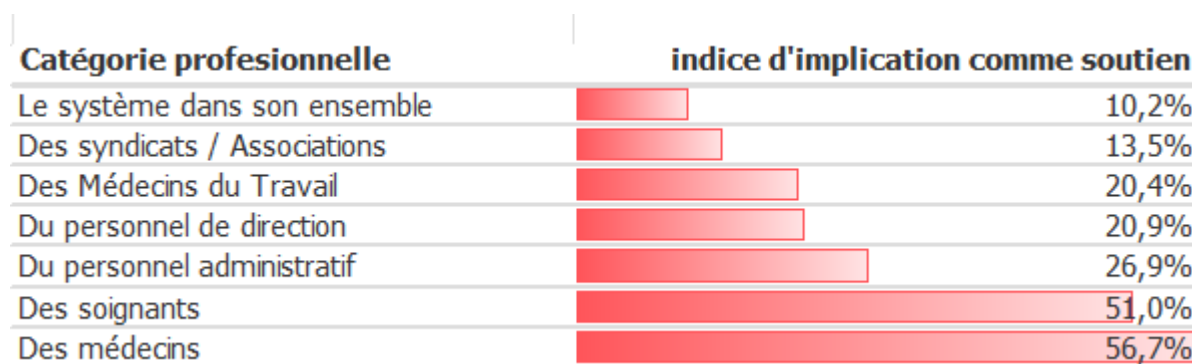


Figure 12 Score de soutien retrouvé selon la catégorie professionnelle

2.9 Suites à donner

Une démarche liée à un HM n'a pas été entreprise dans 81 cas (90%). 8 participants (8,9%) ont déjà réalisé une démarche, et 1 participant (1,1%) a un projet de démarche (pénale, ordinale ou médiation).

Discussion

1 Principaux résultats

Nous souhaitons évaluer la prévalence du harcèlement moral subi par les médecins et étudier leur capacité à identifier ces situations. Cette étude montre que les **situations de HM sont très fréquentes**, avec par exemple 42,9% des participants déclarant une réduction injustifiée des moyens humains octroyés, ou encore 25% ayant eu un changement non-concerté de leur lieu de travail. Cela nous montre la prépondérance et l'**omniprésence du HM** dans les structures de soins. On remarque que les **femmes sont plus exposées** que les hommes aux situations de HM, mais on n'observe pas de différence significative selon le statut, la position de responsabilité, l'âge ou encore l'ancienneté sur le poste.

La capacité de reconnaissance des faits de HM reste disparate. Les situations de HM direct (dénigrement, etc.) sont aisément identifiées par les médecins comme pouvant relever du HM. Les actions plus pernicieuses (invisibilisation, suppression de responsabilités, changements non-concertés de l'environnement de travail) sont moins identifiées comme pouvant relever du HM. Enfin, les situations de réduction des moyens octroyés semblent banalisées, et sont encore moins identifiées comme relevant du HM : pour les médecins, la réduction permanente des moyens serait une fatalité, et pas vraiment une décision de mauvaise répartition des moyens existants. D'autre part, par leurs études et le compagnonnage, les médecins ont selon nous une mauvaise compréhension du monde de l'entreprise, et de ce que sont des relations professionnelles « normales ».

On observe une corrélation inverse entre la prévalence des situations relevant potentiellement du HM et la capacité des victimes à reconnaître ces situations comme telles. Nous interprétons cela comme **une banalisation** de certaines situations : elles seraient perçues comme inacceptables dans de nombreux autres contextes professionnels, mais sont considérées comme habituelles par les médecins salariés.

Les médecins sont à la fois parmi les principaux soutiens et les principaux auteurs des situations de HM. Les soignants occupent une belle place, en étant rarement auteurs des situations de HM, mais en représentant un réel appui pour les victimes de HM.

Malgré des situations de HM très fréquentes, très peu de démarches ont été entreprises, et seulement 10% des interrogés avaient une démarche en cours ou en projet.

2 Discussion des résultats

Cette étude démontre que le **HM est omniprésent** dans le milieu médical, et que la **capacité des médecins à l'identifier n'est pas bonne**.

Dans ce travail nous retrouvons des situations de HM chez les médecins salariés oscillant, selon les situations, de 1,9% (modification d'accès à certains lieux) jusqu'à hauteur de 42,9% (réduction de moyens humains octroyés). Cela corrobore l'étude menée en France en 2022 par l'IPSOS, avec 35% des salariés qui déclarent avoir été

victime de HM en entreprise. [31] En Belgique, on retrouvait des chiffres similaires avec 1/3 des travailleurs victimes de comportement abusif au travail.[30]

Nous avons également noté que la capacité de reconnaissance du HM par les médecins n'étaient pas bonne, en moyenne à 66%. Dans l'étude menée par l'IPSOS, seulement 43% des participants étaient capables d'identifier les situations de HM.[31]

Nous obtenons des prévalences de HM chez les médecins similaires au peu d'étude qui s'intéresse à la prévalence de HM chez les salariés de manière globale.

Cela corrobore l'omniprésence du harcèlement moral en milieu hospitalier, qui débute dès l'internat pour les médecins.[36] Historiquement, l'internat était une période de violence structurelle, où l'interne se devait de travailler de nombreuses heures sans rechigner, avec une acceptation totale de la part des aînés. Notons l'exemple du repos de garde, rendu obligatoire seulement en 2002, ou encore de l'encadrement horaire du temps de travail, avec une difficulté de respect en pratique.[38]

La difficulté d'identification des situations de HM peut s'expliquer par la formation médicale qui se réalise par **compagnonnage**, avec une absence de culture du monde de l'entreprise, et un référentiel d'acceptabilité très élevé, et une banalisation des événements et situations de HM commis de manière répétées et quotidiennes. La notion de HM dans les systèmes de soins tend à se manifester par des agissements plus subtils, et de manière plus indirecte. [39]

Comme vu dans l'introduction, le salariat des médecins est récent. Le médecin est une profession libérale avec un exercice solitaire et indépendant, sans notion de monde de l'entreprise, et donc de normes de conditions de travail. Les médecins sont réputés corporatistes dans la défense de leur profession mais restent profondément indépendants.

Cela peut s'expliquer par la **priorisation** des soignants de la prise en **soins** des patients, priorisation **aux dépens de leurs conditions de travail**. On peut également invoquer une détérioration des conditions de travail, dénoncée depuis de nombreuses années par le corps soignant. On peut citer les manifestations du corps soignant à de multiples reprises sur la réclamation de plus de moyens financiers et humains.[62] Les conditions de travail sont dégradées depuis de nombreuses années et les soignants s'y habituent.[43]

Malgré un système de soins sous tension dans un contexte socioéconomique défavorable, les soignants gardent une **résilience** pour la prise en soin des patients, à leur dépens. [63] Il faut garder en tête que les risques psychosociaux sont associés avec des risques accrus de maladie cardiovasculaires et de maladies psychiatriques [64] , et que le secteur de la santé et du social représente la première catégorie socioprofessionnelle représentée en terme de taux de suicide. [65]

3 Discussion de la méthode

3.1 Les points forts

Tout d'abord, il s'agit de la **première étude sur le sujet**. Nous avons effectivement pu constater l'absence de littérature concernant les médecins salariés en France.

Un autre point fort de ce travail est le nombre de **sujets importants** sélectionnés par tirage au sort, pour une première étude sur le sujet.

Ensuite, on peut évoquer le fait que le questionnaire étant autoadministré et anonymisé, on **minimise le biais de complaisance**. De plus, le partenariat avec le CDOM peut inviter à plus de transparence, et une opportunité anonyme de rapporter des faits.

Enfin, on peut déduire que le peu de significativité des résultats avec des situations de HM touchant autant les différents participants, peu importe l'âge ou l'ancienneté dans le poste nous indique une **omniprésence** du HM.

La non-reconnaissance des situations de HM des interrogés induit une sous-estimation de la prévalence du HM, et nous montre que la prévalence est certainement sous-estimée, et donc que **le phénomène de HM est peut-être plus important**.

3.2 Les points faibles

Cette étude présente également des limitations.

La première limitation étant le nombre de sujets répondants, ce nombre est plus faible que celui attendu avec 50% de réponses contre 70% espéré, malgré les relances téléphoniques systématiques. Le nombre **important de « perdus de vue »** nous amène à un faible nombre de participants.

Du fait de ce faible taux de réponse, il existe possiblement un **biais de sélection**, car les répondants sont plus susceptibles d'être des personnes sensibilisées au sujet ou intéressées, et ainsi avec réponses uniquement des gens intéressées au HM

Il est possible que le nombre modéré de questionnaires analysés ait abouti, dans certains cas, à une perte de puissance statistique, entraînant des comparaisons non-significatives.

Le questionnaire se base surtout sur le **ressenti** des interrogés, et peut surestimer certains phénomènes.

La non-reconnaissance des situations de HM des interrogés induit une **sous-estimation de la prévalence** du HM.

L'enquête est confinée au Nord uniquement, avec un potentiel effet de territoire.

Enfin, bien qu'il n'existe **pas de gold-standard** établi, bien que critiquée, l'utilisation du questionnaire NAQr est fréquemment retrouvée dans les études de ce type.

4 Perspectives

Ces résultats sont importants car aucune étude récente n'a étudié la prévalence du harcèlement moral des médecins dans les structures hospitalières, alors même que certaines affaires juridiques nous informent de la prise de conscience récente. [49,50]

Cette étude est prémices d'autres études à venir, notamment de plus grande ampleur en dehors du Nord.

Conclusion

Les résultats majeurs de cette étude sont :

- La forte prévalence des situations de harcèlement moral, à tous les niveaux de responsabilité et dans tous les statuts de médecins salariés
- La difficulté pour les victimes à reconnaître l'existence d'un harcèlement moral, probablement en rapport avec la culture médicale
- L'implication principale de membres du personnel de direction et, au second rang, de médecins et membres du personnel administratif

En conclusion, il importe de donner au corps médical une meilleure culture du monde du travail salarié, pour éviter qu'il soit victime ou responsable de harcèlement moral.

Liste des tableaux

Tableau 1. Mode d'exercice des médecins du Nord en 2023 (d'après [12])	13
--	----

Liste des figures

Figure 1 Schéma récapitulatif des études de médecine, d'après [7]	12
Figure 2 Flowchart descriptif des participants.....	23
Figure 3. Histogramme de l'âge des répondants	24
Figure 4. Spécialités des répondants	24
Figure 5 Prévalence des situations de HM	26
Figure 6. Répartition du nombre de situations de HM rencontrées par chaque individu	26
Figure 7. Répartition du nombre de situation de HM selon le sexe	27
Figure 8. Nombre de situations de HM rencontrées selon l'ancienneté dans le poste	27
Figure 9. Répartition du nombre de situation de HM selon la structure d'exercice... ..	28
Figure 10 . Pour chaque situation, proportion de participants qui les reconnaissent comme relevant du HM, lorsqu'elles sont répétées ou combinées	30
Figure 11 score d'implication selon la catégorie professionnelle dans les situations de HM	31
Figure 12 Score de soutien retrouvé selon la catégorie professionnelle	31

Références

- [1] Laurent Boyer, Marianne Hodgkinson, Ziad Kansoun, Virginie Villes, Guillaume Fond, Christophe Lançon. Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2019;246:132-147.
- [2] Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer R, Lu K, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med* 2019;76:927–37. <https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105849>.
- [3] Duba A. Harcèlement sexuel chez les jeunes médecins à l'Hôpital: prévalence, facteur de risque et conséquences en santé mentale. Enquête nationale MESSIAEN. *R T C E* 2020.
- [4] Dres M, Copin M-C, Cariou A, Mathonnet M, Gaillard R, Shanafelt T, et al. Job Strain, Burnout, and Suicidal Ideation in Tenured University Hospital Faculty Staff in France in 2021. *JAMA Netw Open* 2023;6:e233652–e233652. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.3652>.
- [5] ONISEP. Les études de médecine. onisep 2024. <https://www.onisep.fr/formation/les-principaux-domaines-de-formation/les-etudes-de-sante/les-etudes-de-medecine> (accessed November 27, 2024).
- [6] Maquettes DES - COORDINATION NATIONALE DES COLLEGES D'ENSEIGNANTS EN MEDECINE 2022. <https://cncem.org/maquettes/> (accessed November 27, 2024).
- [7] Andrieu P. Tout savoir sur la filière Médecine. IPESUP 2023. <https://www.ipesup.fr/blog/2023/07/21/tout-savoir-sur-la-filiere-medecine/> (accessed November 27, 2024).
- [8] Pierre Haehnel. Lieux et modes d'exercice. Diversité et évolution de l'exercice médical. *ADSP* 2000:33.
- [9] Schweyer FX. Histoire et démographie médicale 2000.
- [10] Les statuts des médecins à l'hôpital. aphp.fr 2016. <https://www.aphp.fr/rejoignez-nous/en-savoir-plus-sur-nos-metiers/les-statuts-des-medecins-lhopital> (accessed February 4, 2024).
- [11] Décret n° 2022-134 du 5 février 2022 relatif au statut de praticien hospitalier. 2022.
- [12] ASIP-Santé RPPS, traitements Drees. Démographie des professionnels de santé - DREES 2023. <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/> (accessed February 4, 2024).
- [13] française A. Dictionnaire de l'Académie française 2024.
- [14] H. Leymann,. Mobbing : la persécution au travail. Paris France: Seuil; 1996.
- [15] Leymann inventory of psychological terror (LIPT) 2012.
- [16] Einarsen S, Hoel H, Notelaers G. Measuring exposure to bullying and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised. *Work Stress* 2009. <https://doi.org/10.1080/02678370902815673>.
- [17] Kristensen TS, Hannerz H, Høgh A, Borg V. Copenhagen Psychosocial Questionnaire 2016. <https://doi.org/10.1037/t46049-000>.
- [18] Hirigoyen M-F, Lerouge L. Le harcèlement moral au travail, Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2014, p. 30–48.
- [19] M.-F. Hirigoyen. Le Harcèlement moral. La violence perverse au quotidien. Paris France: La Découverte; 2002.
- [20] Article L4121-1 - Code du travail -. 2008.
- [21] Encrenaz G, Lerouge L. Qualification juridique du harcèlement moral en France. *Perspect Interdiscip Sur Trav Santé* 2019. <https://doi.org/10.4000/pistes.6348>.

- [22] Dr Cibien J-F, Dr Azarlier Daret S. Bilan 2020 de l'Observatoire de la Souffrance Au Travail d'APH (OSAT). 2020.
- [23] Lemaire D. Le harcèlement moral dans les Etablissements Publics de Santé : Comment gérer les plaintes ? 2005.
- [24] Fantoni Quinton S. Harcèlement managérial. Arch Mal Prof Environ 2023;84:101797. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2023.101797>.
- [25] Cass. soc. 10 novembre 2009 n° 07-45.321. 2009.
- [26] Procès France Télécom : le « harcèlement institutionnel » confirmé par la cour d'appel 2022. <https://www.editions-legislatives.fr/actualite/proces-france-telecom-le-«-harcèlement-institutionnel-»-confirme-par-la-cour-dappel/> (accessed December 5, 2024).
- [27] Einarsen S, Skogstad A. Bullying at work: Epidemiological findings in public and private organizations. Eur J Work Organ Psychol 1996;5:185–201. <https://doi.org/10.1080/13594329608414854>.
- [28] Vézina M, Cloutier E, Stock S, Lippel K, Fortin É, Delisle A, et al. Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST) n.d.
- [29] Gary Namie. U.S. Workplace Bullying Survey. 2007.
- [30] Heeffer L. Les travailleurs belges, de plus en plus sensibles au comportement abusif au travail. Securex 2019. <https://press.securex.be/les-travailleurs-belges-de-plus-en-plus-sensibles-au-harcèlement> (accessed December 5, 2024).
- [31] Gallard M. Baromètre sur le harcèlement au travail. IPSOS; 2022.
- [32] BÉRYL MATINET, ÉLODIE ROSANKIS. Les expositions aux risques professionnels dans la fonction publique et le secteur privé en 2017, Enquête SUMER. 2017.
- [33] C. Cohidon¹, M. Murcia². Mal-être et travail, premiers enseignements du programme de surveillance Samotrace. Santé mentale et travail, Paris France: 2009.
- [34] J C, P C. Données épidémiologiques des situations de mobbing au travail d'après une enquête effectuée auprès des médecins du travail en région PACA. Un profil type du salarié harcelé ?. 2. 62. Données Épidémiologiques Situat Mobbing Au Trav Après Une Enq Eff Auprès Médecins Trav En Région PACA Un Profil Type Salarié Harcelé 2 62 2001.
- [35] Jacques Pisarik. Éclairage statistique sur les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé. ADSP 2020:20.
- [36] Allen B. Understanding bullying in healthcare organisations. Nurs Stand 2015;30:50–60. <https://doi.org/10.7748/ns.30.14.50.s46>.
- [37] 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;89:817. <https://doi.org/10.1097/ACM.000000000000200>.
- [38] LEGIFRANCE. Arrêté du 10 septembre 2002 relatif aux gardes des internes, des résidents en médecine et des étudiants désignés pour occuper provisoirement un poste d'interne et à la mise en place du repos de sécurité - Légifrance 2002. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000228343/> (accessed December 9, 2024).
- [39] Taylor-Robinson SD, Lopes PADS, Zdravkov J, Harrison R. A Personal Perspective: Is Bullying Still a Problem in Medicine? Adv Med Educ Pract 2021;12:141–5. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S297835>.
- [40] Neuville J. Harcèlement moral, la principale cause de la souffrance à l'Hôpital. Whats Doc 2021.
- [41] Alice Casagrande. Au risque des signaux faibles : pour une éthique managériale du sentir 2020:15.
- [42] Héloïse Haliday. Que nous enseigne l'état actuel de la recherche sur la qualité de vie au travail ? ADSP 2020:18.

- [43] CHU R. Danielle Toupillier : «Nous avons voulu sortir du non-dit, du non-compris, du non-admis» • Réseau CHU. Réseau CHU 2019. <https://www.reseau-chu.org/article/danielle-toupillier-nous-avons-voulu-sortir-du-non-dit-du-non-compris-du-non-admis/> (accessed August 24, 2023).
- [44] Markman JD, Soeprono TM, Combs HL, Cosgrove EM. Medical student mistreatment: understanding “public humiliation.” *Med Educ Online* 2019;24:1615367. <https://doi.org/10.1080/10872981.2019.1615367>.
- [45] CFAR. DIS DOC T'AS TON DOC, Paris France: 2017.
- [46] Smolski N. Equilibres vie privée / vie professionnelle pour les praticiens à l'hôpital public 2019.
- [47] La direction passée du CH de Lanmeur illustre les méfaits du harcèlement à l'hôpital 2023. <https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20230505-judiciaire-la-direction-passee-du-ch-de-lanmeur> (accessed June 12, 2023).
- [48] Condamné pour harcèlement moral à Privas, le directeur de l'hôpital d'Oloron se défend. *LaRepubliqueDesPyrenees* 2023. <https://www.larepubliquedespyrenees.fr/pyrenees-atlantiques/oloron-sainte-marie/condamne-pour-harcelement-moral-a-privas-le-directeur-de-l-hopital-d-oloron-se-defend-14619722.php> (accessed September 13, 2023).
- [49] Meyer Jean Christophe. Sélestat-Obernai . Plaintes pour harcèlement contre le directeur de l'hôpital : « il règne au sein de l'hôpital un climat de peur » 2023.
- [50] Coq-Chodorge C. AP-HP : le suicide d'un professeur de médecine est reconnu comme un accident de service. *Mediapart* 2023.
- [51] Cofard J. Suicide du Pr Megnier : 4 responsables de l'hôpital Georges Pompidou accusés de harcèlement moral. *Medscape* 2023. <http://francais.medscape.com/voirarticle/3610302> (accessed September 16, 2023).
- [52] CL. Procès de l'AP-HP pour harcèlement moral: la défense plaide la relaxe. *BFMTV* 2023. https://www.bfmtv.com/paris/proces-de-l-ap-hp-pour-harcelement-moral-la-defense-plaide-la-relaxe_AD-202307070715.html (accessed September 13, 2023).
- [53] Justice. Désaveu judiciaire pour le médecin qui se plaignait de « harcèlement moral » à l'hôpital de Saumur - Saumur Kiosque 2023. <https://www.le-kiosque.org/justice-desaveu-judiciaire-pour-le-medecin-qui-se-plaignait-de-harcelement-moral-a-lhopital-de-saumur/> (accessed September 13, 2023).
- [54] Vendée : la justice désavoue la médecin qui réclamait 50 000 € à l'hôpital pour “harcèlement moral.” *actu.fr* 2022. https://actu.fr/pays-de-la-loire/la-roche-sur-yon_85191/vendee-la-justice-desavoue-la-medecin-qui-reclamait-50-000-e-a-lhopital-pour-harcelement-moral_55955060.html (accessed September 16, 2023).
- [55] Estry-Béhar M, Leimdorfer F, Picot G. Comment des médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail: Réponses aux questions ouvertes d'une enquête nationale. *Rev Fr Aff Soc* 2010;27:52. <https://doi.org/10.3917/rfas.104.0027>.
- [56] Tong M, Schwendimann R, Zúñiga F. Mobbing among care workers in nursing homes: A cross-sectional secondary analysis of the Swiss Nursing Homes Human Resources Project. *Int J Nurs Stud* 2017;66:72–81. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.12.005>.
- [57] Wilson JL. An exploration of bullying behaviours in nursing: a review of the literature. *Br J Nurs Mark Allen Publ* 2016;25:303–6. <https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.6.303>.
- [58] Vedel I, Kaur N, Hong QN, El Sherif R, Khanassov V, Godard-Sebillotte C, et al. Why and how to use mixed methods in primary health care research. *Fam Pract* 2019;36:365–8. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz127>.
- [59] Kaur N, Vedel I, El Sherif R, Pluye P. Practical mixed methods strategies used to integrate qualitative and quantitative methods in community-based primary health care research. *Fam Pract* 2019;36:666–71. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz010>.

- [60] Kelley K, Clark B, Brown V, Sitzia J. Good practice in the conduct and reporting of survey research. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care* 2003;15:261–6. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzg031>.
- [61] Sharma A, Minh Duc NT, Luu Lam Thang T, Nam NH, Ng SJ, Abbas KS, et al. A Consensus-Based Checklist for Reporting of Survey Studies (CROSS). *J Gen Intern Med* 2021;36:3179–87. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06737-1>.
- [62] Manifestations de soignants en France pour obtenir de meilleures conditions de travail 2022.
- [63] Monnin MD. Soigner, oui, mais à quel prix ? *Med Hyg* 2001;2366:2132–6.
- [64] Niedhammer I, Bertrais S, Witt K. Psychosocial work exposures and health outcomes: a meta-review of 72 literature reviews with meta-analysis. *Scand J Work Environ Health* 2021;47:489–508. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3968>.
- [65] C. Cohidon^{1,2}, B. Geoffroy-Perez². Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles. 2010.

Annexe 1 : questionnaire

Questionnaire sur les conditions de travail des médecins salariés		
Votre profil		
Quel âge avez-vous ?	ans	
Quel est votre sexe ?	☐ Femme ☐ Homme	
Quelle est votre spécialité ?		
Quel est votre statut ?	☐ Titulaire hospitalier ☐ Contractuel hospitalier ☐ Autre salarié ☐ Non-salarié : dans ce cas le questionnaire est terminé, veuillez nous le renvoyer	
Quel est votre lieu d'exercice ?	☐ CHU ☐ Autre étab. public ☐ Etab. privé non-lucratif ☐ Etab. privé lucratif ☐ Cabinet de groupe / MSP ☐ Autre	
Quelle est votre position hiérarchique ?	☐ Responsable ☐ Sénior non-responsable ☐ Junior	
Quelle est votre ancienneté dans ce poste ?	années	
Exemples de situations		
Pour chacune des situations suivantes,	En avez-vous été victime dans votre poste actuel ?	Répétée et/ou associée, pensez-vous que cette situation peut relever d'un harcèlement moral ?
Changement non-concerté du local de travail <i>Changement ou recomposition de bureau, de box de consultations, etc.</i>	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ peut-être ☐ non
Réduction des moyens humains octroyés <i>Secrétaires, étudiants, paramédicaux, etc. Non-concertés : retrait ou réduction du poste, changement de personne, attribution de missions supplémentaires chronophages, etc.</i>	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ peut-être ☐ non
Réduction des moyens matériels et financiers octroyés <i>Réduction des moyens au-delà de ce qui est imposé aux autres.</i>	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ peut-être ☐ non
Injonctions paradoxales <i>Ordres et contreordres auxquels il est impossible de répondre simultanément, objectifs changeants, etc.</i>	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ peut-être ☐ non
Reproches permanents sur l'atteinte des objectifs <i>Reproches en public ou en privé, objectifs volontairement non-explicites, etc.</i>	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ peut-être ☐ non
Dénigrement public du travail accompli <i>Devant les collègues, les subordonnés, les étudiants, etc. En votre présence ou votre absence.</i>	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ peut-être ☐ non
Dénigrement public de la personne <i>Devant les collègues, les subordonnés, les étudiants, etc. En votre présence ou votre absence.</i>	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ peut-être ☐ non
Suppression injustifiée ou masquée de responsabilités <i>Suppression d'une responsabilité non-justifiée par des événements ou des arguments de compétence, ou sans concertation préalable, ou sans information sur la décision, etc.</i>	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ peut-être ☐ non
Invisibilisation de responsabilités pourtant inchangées <i>Disparition / déclassement / remplacement de votre nom sur un organigramme, une pancarte, ou des documents publics, alors que vos responsabilités n'ont pas été supprimées.</i>	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ peut-être ☐ non
Retard de promotion au regard des autres collègues <i>Dissuasion de demander, disparition de la demande, tentatives claires de blocage, refus non-motivé, récurrent ou déséquilibré par rapport aux collègues, etc.</i>	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ peut-être ☐ non

Pour chacune des situations suivantes,	En avez-vous été victime dans votre poste actuel ?		Répétée et/ou associée, pensez-vous que cette situation peut relever d'un harcèlement moral ?			
Refus réitéré de congés <i>Refus non-justifié par les obligations de service, récurrent ou déséquilibré par rapport aux collègues, etc.</i>	☐ oui	☐ non	☐ oui	☐ peut-être	☐ non	
Refus réitéré de formation <i>Dissuasion de demander, disparition de la demande, tentatives claires de blocage, refus non-motivé, récurrent ou déséquilibré par rapport aux collègues, etc.</i>	☐ oui	☐ non	☐ oui	☐ peut-être	☐ non	
Modification du droit d'accès à certains lieux <i>Désactivation de badge, refus injustifié d'accès à certains lieux habituels (self, ascenseur, parking) ou nécessaires à l'accomplissement de votre mission.</i>	☐ oui	☐ non	☐ oui	☐ peut-être	☐ non	
Suppression de droits numériques <i>Retrait injustifié de droits dans un logiciel ou sur une plateforme, notamment nécessaires à l'accomplissement de votre mission.</i>	☐ oui	☐ non	☐ oui	☐ peut-être	☐ non	
Refus de communication <i>Refus de dialogue, refus de rendez-vous, refus de dire bonjour, etc.</i>	☐ oui	☐ non	☐ oui	☐ peut-être	☐ non	
Exclusion d'événements festifs <i>Refus de vous inviter, demande expresse de ne pas vous inviter, pour des événements festifs sur lieu de travail (fêtes entre collègues, pots de départ), etc.</i>	☐ oui	☐ non	☐ oui	☐ peut-être	☐ non	
Exclusion de réunion / rétention d'informations <i>Refus de vous inviter, demande expresse de ne pas vous inviter, pour des réunions ou groupes de travail relevant de vos activités. Absence de retour d'information, etc.</i>	☐ oui	☐ non	☐ oui	☐ peut-être	☐ non	
Non-respect du temps de travail <i>Non-application des plages horaires ou d'un temps dédié (ex : universitaire), au-delà des exigences de service, ou de manière déséquilibrée par rapport aux collègues</i>	☐ oui	☐ non	☐ oui	☐ peut-être	☐ non	
Non-respect des aménagements ou préconisations de la Médecine du Travail	☐ oui	☐ non	☐ oui	☐ peut-être	☐ non	
Si vous avez observé au moins une des situations ci-dessus... Indiquez comment différents acteurs ont participé. Ex : si un médecin a participé à ces actions mais qu'un autre vous a soutenu, cochez « oui » deux fois sur la première ligne.						
Avez-vous rencontré les professionnels suivants...	...parmi les auteurs ou complices de ces faits ?			...parmi vos soutiens moraux ou actifs ?		
Des médecins	☐ non	☐ un peu	☐ oui	☐ non	☐ un peu	☐ oui
Des soignants	☐ non	☐ un peu	☐ oui	☐ non	☐ un peu	☐ oui
Du personnel administratif	☐ non	☐ un peu	☐ oui	☐ non	☐ un peu	☐ oui
Du personnel de direction	☐ non	☐ un peu	☐ oui	☐ non	☐ un peu	☐ oui
Des Médecins du Travail	☐ non	☐ un peu	☐ oui	☐ non	☐ un peu	☐ oui
Des syndicats / Associations	☐ non	☐ un peu	☐ oui	☐ non	☐ un peu	☐ oui
Le système dans son ensemble	☐ non	☐ un peu	☐ oui	☐ non	☐ un peu	☐ oui
Avez-vous déjà entrepris une démarche liée à un harcèlement moral ?				☐ Non	☐ En projet	☐ Oui
<i>Demande de médiation, plainte ordinaire, plainte judiciaire, etc.</i>						
Merci de votre participation !						

Annexe 2 : courrier d'accompagnement



Clémence Bayart



Conseil Départemental de
l'Ordre des Médecins du
Nord

Lille, le 15/12/2023

Objet : Enquête sur les conditions de travail des médecins salariés

Chère Consœur, Cher Confrère,

Soucieux des conditions de travail des médecins salariés, le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Nord (CDOM 59) organise une enquête portant en particulier sur les relations entre professionnels sur le lieu de travail (à l'exclusion des relations avec les patients). Cette enquête est coordonnée par le Pr Emmanuel Chazard, le Dr Marc Vogel et le Dr Jean-Philippe Platel. Le contexte d'exercice de nombreuses consœurs et nombreux confrères semble se dégrader, notamment du fait de l'évolution de la gouvernance dans les établissements de santé.

Vous faites partie des 200 médecins tirés au sort par le CDOM 59 pour répondre à cette enquête. Le questionnaire ci-joint est succinct. Nous vous serions reconnaissants d'y répondre lorsque vous le pourrez, et de nous renvoyer votre réponse avec l'enveloppe préaffranchie ci-jointe. Le taux de répondants sera un facteur clef de réussite de cette enquête. Bien évidemment ce questionnaire est anonyme.

En vous remerciant par avance de votre collaboration, je vous prie d'agréer, Chère Consœur, Cher Confrère, l'expression de mes salutations distinguées.

Clémence Bayart
Interne en Médecine Générale

AUTEUR : Nom : BAYART **Prénom :** Clémence

Date de Soutenance : 13/11/2025

Titre de la Thèse : Les médecins salariés et le harcèlement moral : étude mixte dans le département du Nord

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST ou option : Médecine Générale

Mots-clés : Harcèlement moral, médecins salariés, Nord

Résumé

Contexte : La définition juridique du harcèlement moral (HM) retient : (1) des agissements litigieux répétés, (2) un but ou une conséquence de dégradation des conditions de travail, des droits ou de la dignité, (3) une atteinte possible à la santé physique ou mentale, ou à l'avenir professionnel de la victime. Aucune donnée n'existe concernant le HM des médecins.

Matériel et Méthodes : Etude mixte avec design séquentiel explicatif qualitatif puis quantitatif. Phase 1 : étude qualitative. Phase 2 : étude quantitative par questionnaire auto-administré. Les 200 participants de la 2^{ème} phase sont tirés au sort dans la base de données du CDOM du Nord. Une relance téléphonique systématique est réalisée.

Résultats : Nous avons obtenu 104 réponses analysables. Les 3 spécialités les plus représentées sont la médecine générale, la médecine du travail et la gériatrie. Dans le questionnaire, 19 situations de HM sont exposées. On observe une prévalence forte du HM vécue par les médecins : 45 participants (42,9%) ont subi une réduction des moyens humains octroyés, 26 participants (25,2 %) ont déjà été victime d'un changement non-concerté du local de travail, 24 participants (22,9 %) ont expérimenté des injonctions paradoxales, 17 participants (16,2%) recensent des reproches permanent sur l'atteinte des objectifs, 16 participants (15,2 %) ont subi un dénigrement public du travail accompli, 16 participants (15,2%) ont été victimes de suppression injustifiée ou masquée de responsabilités, 16 participants (15,2%) ont été victimes d'un non-respect de leur temps de travail. On remarque que les femmes sont plus exposées que les hommes en moyenne 3,4 situations de HM contre 2,7 chez les hommes ($p=0,03$), mais on n'observe pas de différence significative selon le statut, la position de responsabilité, l'âge ou encore l'ancienneté sur le poste. Pour chaque situation, il est demandé si la situation peut relever du HM. La capacité de reconnaissance des situations de HM est de 66% en moyenne (IC95 : [0,57 ; 0,75]) avec une reconnaissance chez 45 participants (82,1%) pour le dénigrement public de la personne, et chez 8 victimes (72,72%) ($p=0,01$) ; chez 47 participants (81,7%) pour le dénigrement public du travail accompli, et 9 participants (64,3%) ayant été victimes de ce dénigrement ($p=0,0007$) ou encore chez 43 participants (76,6 %) pour les reproches permanents sur l'atteinte des objectifs et chez 10 médecins (62,5%) l'ayant subi ($p=0,38$). On note une corrélation inverse entre la proportion de personnes qui déclarent avoir subi une situation, et la proportion de personnes qui identifient cette situation comme relevant du HM ($r=-0,58$, $p=0,01$). Les auteurs de HM sont principalement le personnel de direction, suivi des médecins. Les principaux soutiens sont les médecins, suivi des soignants. Très peu de poursuite (ordinaire ou judiciaire) sont enclenchées (10% dans l'étude en projet ou réalisées).

Conclusion : Nous observons une forte prévalence des situations de HM chez les médecins salariés, et une difficulté pour eux à identifier ces situations. Selon les participants, le personnel de direction et, au second rang, d'autres médecins et membres du personnel administratif sont fortement impliqués. Il semble nécessaire de donner au corps médical une meilleure culture du monde du travail salarié.

Composition du Jury :

Président : Madame le Professeur Sophie FANTONI QUINTON

Asseseurs : Madame le Docteur Fanny DEFRANCO
Monsieur le Docteur Jan BARAN

Directeur : Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD