

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Maëlle DUBOS

Le 15 octobre 2024

L'AVIS DES PATIENTS CONCERNANT LA DISCRIMINATION FONDÉE SUR L'ORIGINE ETHNIQUE DANS LE SOIN EN FRANCE

Directeur de thèse : Pr Jean-Christophe POUTRAIN

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Président

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Assesseur

Monsieur le Docteur Denis PEREZ

Assesseur

Dédicaces aux membres du jury

Au Président du Jury, Monsieur le **Professeur Oustric**,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider le jury de ma thèse et pour le temps que vous avez consacré à l'évaluation de cette thèse.

A mon directeur de thèse, le **Professeur Poutrain**,

Merci pour ton soutien et tes encouragements dans le développement de ce sujet si singulier et intéressant. Merci pour ta disponibilité, ton encadrement, tes précieux conseils, et ta patience. C'est grâce à toi et à la confiance que tu m'as accordé que ce travail a vu le jour.

Au second assesseur, le **Docteur Denis Perez**, je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail et d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse.

Dédicaces personnelles

À la team de l'internat de Rodez, **Auriane, Victoria, Delphine, Nadia, Laureline, Salomé, Coco**, merci pour ces six mois passés ensemble, plein de bons moments que ce soit en activités sportives ou en soirée. Et on se revoit vite pour une autre séance d'acroyoga !

À notre team d'urgentiste, **Adrien, Audrey, Earvin, Gilles Alfred, Mélanie, Hélène, Claude et Maminé**, grâce à vous le semestre aux urgences que j'anticipais avec appréhension s'est déroulé dans la convivialité et la bonne humeur.

À la team de l'internat de Saint-Gaudens, **Adrien, Lucie, Clem, Paul et Pierre**, merci pour tous ces moments partagés à table le soir et les soirées qui ont suivi.

Aux colocs d'Albi, **Earvin, Audrey et Ulysse**, merci pour tous ses moments de convivialité et de fous rires passés ensemble, mais aussi de discussions politiques et de sujets de société ultra intéressants. Hâte de notre prochaine coloc!

Aux meilleurs coachs de vie, **Morgane, Lisa, Justine et Léa**, merci pour votre soutien, ces discussions profondes et intéressantes et ces moments ensemble malgré la distance.

Aux meilleurs voisins de tous les temps, **Martine et Lionel**, merci pour votre soutien, votre présence et vos mots d'encouragement.

À **maman**, merci pour toutes tes attentions, de tes bons petits plats à ton soutien et à ta confiance sans borne en mes capacités. Merci pour tout !

À **papa**, merci pour tes relectures de mon orthographe douteuse et de mes formulations alambiquées, mais surtout pour ton soutien indéfectible durant tout mon parcours.

À mon **frère** et ma **sœur**, merci d'exister tout simplement, de toujours me soutenir et me remonter le moral.

Table des matières

I.	Introduction	1
II.	Méthode	4
A.	Cadre.....	4
B.	Elaboration du questionnaire	4
C.	Démarches réglementaires.....	4
D.	Investigateurs et population interrogée.....	5
E.	Analyse	5
III.	Résultats	5
IV.	Discussion.....	10
A.	Résultats principaux	10
B.	Comparaison avec la littérature	10
C.	Forces	13
D.	Limites.....	13
E.	Ouverture	13
V.	Conclusion.....	15
VI.	Bibliographie	16
VII.	Annexes	19

I. Introduction

La discrimination est définie dans le Larousse comme le « *fait de distinguer et de traiter différemment (le plus souvent plus mal) quelqu'un ou un groupe par rapport au reste de la collectivité ou par rapport à une autre personne* ». (1)

Le Haut Conseil à l'Intégration définissait plus précisément la discrimination comme « *toute action ou attitude qui conduit, à situation de départ identique, à un traitement défavorable de personnes du fait de leur nationalité, origine, couleur de peau ou religion, qu'une intention discriminante soit, ou non, à l'origine de cette situation.* » (2)

Ces cinq dernières années, plusieurs situations de discriminations sur l'origine ethnique dans le milieu du soin ont fait les gros titres dans les médias. Il y a eu premièrement, en 2017, l'affaire Naomi Musenga. Pour rappel, Naomi Musenga était une jeune femme noire qui n'avait pas été prise au sérieux, et même moquée à cause de son accent, par des assistants de régulation du SAMU. Elle souffrait alors d'une douleur abdominale aiguë, qui n'a pas été prise en charge à temps, entraînant la mort de la jeune femme (3).

Ensuite, en 2020, est apparue une controverse en ce qui concerne un certain collectif de soignants appelé « Le Globule Noir » utilisant Twitter pour diffuser des listes de soignants noirs, notamment des gynécologues. Ce collectif a vu le jour devant la demande de certains patients d'être pris en charge par des soignants noirs après de mauvaises expériences avec des membres du corps médical. Ces listes et la démarche de ce collectif ont été fortement désapprouvées par les conseils de l'Ordre des médecins et des infirmiers, avec pour justification que l'on ne choisit pas son soignant en fonction de sa couleur de peau. A cette occasion, les conseils de l'Ordre précités ont rappelé que le cadre légal impose aux soignants de ne pas faire de différence en fonction de la couleur de peau (4).

De plus, il a été mis en évidence l'existence d'un pseudo syndrome appelé « le syndrome méditerranéen », propagé par le bouche-à-oreille dans le milieu médical. Selon celui-ci, les personnes du pourtour méditerranéen auraient tendance à exagérer leurs symptômes, notamment en ce qui concerne l'expression de la douleur. Il est difficile de trouver une origine et une réelle définition à ce syndrome. Dans son mémoire intitulé, *Le syndrome méditerranéen : mythe ou réalité ?*, Serife Dagtekin nous donne quelques éléments pour le caractériser. Il est défini par les soignants interrogés comme une « exagération de la douleur par les populations du pourtour méditerranéen » (5). Il découlerait du « syndrome nord-africain » de Franz Fanon définit comme « entité nosologique créée en réponse aux symptômes médicalement inexplicables présentés par les

travailleurs immigrés issus d'Europe du Sud et du Maghreb ». Il aurait été détourné pour être utilisé comme préjugé envers les personnes de culture méditerranéenne, en particulier les Maghrébins (6).

L'être humain a été exposé à l'altérité régulièrement au cours de l'évolution, mais au IV^{ème} siècle, il semblait aux Européens qu'il n'existait pas d'autres civilisations humaines radicalement différentes de la leur. Cela a changé tout d'abord, avec les croisades en Afrique et au Moyen-Orient à partir du XI^{ème} siècle, puis lors des grandes découvertes par la suite, aux XIV^{ème} et XV^{ème} lors de la découverte de l'Asie, puis du Nouveau Monde. De ce fait, des questions sont apparues sur les différentes habitudes et manières de vivre connues.

Les coutumes et habitudes de vie découvertes chez les « nouveaux » individus sont alors apparues comme trop opposées : tantôt jugées comme « anormales », tantôt comme positives (image du bon sauvage), mais toujours comme une version antérieure, primitive, donc inférieures et moins développées en comparaison des sociétés européennes.

De la fin du XVIII^{ème} à la moitié du XX^{ème} siècle, la science, notamment la médecine, a participé à la construction des préjugés raciaux tels que l'infériorité intellectuelle, la dureté de la peau, la force physique, etc. Charles Darwin est à l'origine de la théorie de l'évolution et donc de la sélection naturelle. L'évolutionnisme fut à l'origine de la hiérarchisation des différentes civilisations. Les conclusions qui en découlèrent sont les suivantes : en bas de l'échelle se trouve les Africains et les Aborigènes, ensuite viennent les civilisations d'Extrême-Orient, puis vient la culture Européenne.

La science dépendant des paradigmes de son époque, ces idées ont servi largement à justifier l'impérialisme, la colonisation et l'esclavage dans les endroits concernés. Malgré l'invalidation de la notion de race pour parler de l'espèce humaine au milieu du XX^{ème} siècle, grâce à l'évolution de la science et notamment de la génétique, les stéréotypes, déjà formés, persistent dans les esprits et ce, jusqu'à nos jours (7,8).

Bien que ces stéréotypes et idées perdurent, le cadre légal est clair en ce qui concerne le traitement différentiel des personnes en fonction de leur appartenance à un groupe ethnique.

Le Conseil de l'Ordre rappelle que l'article R 4127-7 du Code de la Santé Publique prévoit que : « *le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience*

toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée. » (9)

Malheureusement, le phénomène des discriminations fondées sur l'origine ethnique est une problématique peu évaluée en France. Dans le domaine du logement et du travail, quelques études existent et montrent ces discriminations (10,11). Le milieu de la santé en revanche présente peu d'études, notamment française. En effet, les études avec référencement de l'origine ethnique ou d'une couleur de peau sont interdites depuis 2007, en dehors des statistiques publiques, régies par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (12).

Ce frein est dû à la gestion politique et institutionnelle française (et plus largement européenne) des discriminations, qui repose sur un système universaliste, qui promeut l'égalité en dignité des Hommes, mais peine à reconnaître les discriminations et postule que le cadre juridique est suffisant afin que, dans la pratique, elles n'existent pas. En résulte une forme de déni en ce qui concerne les discriminations concrètes qui peuvent se manifester pour certaines personnes. Cette réaction s'est retrouvée dans la réponse des Conseils de l'Ordre infirmier et des médecins qu'il faut « rester unie ». Le but du collectif n'était pas de diviser les personnes, mais de palier à une problème, de répondre à un besoin qui n'était pas suffisamment pris en charge sur le plan institutionnel (13).

Très récemment (août 2024), le syndicat des jeunes médecins généralistes (SNJMG) a fait part aux médecins faisant partie de leur liste de mail, une échelle d'évaluation du racisme sous la même forme que le violentomètre destinée aux femmes victimes de violences sexuelles et sexistes. Ce « racistomètre » (cf annexe 1) a été immédiatement posté sur un groupe de médecins appelé le « Divan des médecins », qui comprend environ 30 000 professionnels. Les réactions ont été multiples et peuvent être résumées en plusieurs catégories : ceux qui justifient leurs pratiques, ceux qui argumentent que le code de déontologie sus-cité suffirait à une pratique non discriminatoire, et ceux qui remettent en question la légitimité de l'association. Sur plus de 100 réactions, seuls 2 professionnels ont essayé d'expliquer ou défendre la démarche.

Dans ce contexte, je me suis donc posé la question de l'existence et des types de discriminations concernant l'origine ethnique dans le milieu médical en France.

D'où ma question de recherche : Discrimination fondée sur l'origine ethnique dans le soin en France : quel est l'avis des patients ?

Mon objectif principal est d'évaluer l'expérience de discriminations ethniques des patients dans le soin.

Mon objectif secondaire est de décrire les types de discriminations rencontrées.

II. Méthode

A. Cadre

Dans le cadre de mes recherches bibliographiques, j'ai trouvé une thèse qualitative sur le ressenti des discriminations par des patients noirs, un mémoire sur le syndrome méditerranéen et des articles décrivant des phénomènes de discriminations. Il m'a semblé qu'il manquait des travaux donnant la parole aux patients au sujet de la discrimination sur l'origine ethnique de manière générale. C'est pourquoi, j'ai choisi de faire une étude quantitative en population générale (5,14–16).

B. Elaboration du questionnaire

La méthode quantitative choisie a été un questionnaire. Pour construire mon questionnaire, j'ai utilisé les ressources de l'enquête Trajectoire et Origine (17) ainsi que la thèse de Marie Bénard sur le sujet (14). Je me suis également servi des outils numériques mis à disposition par le DUMG sur leur site internet.

La première partie du questionnaire est consacrée à l'étude des déterminants socioéconomiques des patients interrogés avec le recueil de leur sexe, âge, catégorie socio-professionnelle selon la nomenclature de l'INSEE, l'environnement urbain ou rural, et enfin l'existence d'un lien professionnel avec le milieu médical.

Une fois le questionnaire élaboré, un pré-test a été effectué auprès d'une dizaine de personnes de mon entourage non-médecins. Les questions étaient adaptées et compréhensibles de tous.

C. Démarches réglementaires

La thèse ne comportant pas de données médicales ou sensibles, cela permettait d'être en accord avec la méthodologie de référence MR-004 de la CNIL. L'étude ne nécessitait donc pas d'avis d'un comité éthique, ni de demande d'avis d'un CPP. Une fiche de déclaration de conformité dans le cadre de la RGPD a été envoyée et validée par le DPO, Pr Pierre BOYER, sous le numéro suivant : 2024DM29.

D. Investigateurs et population interrogée

Etant donné que le questionnaire concerne la population générale, la diffusion du questionnaire a été effectuée sur 2 marchés de 2 grandes villes du sud de la France, Bordeaux et Toulouse.

Dans tous les cas, j'assistais à la passation du questionnaire ou je posais les questions moi-même aux personnes interrogées. J'ai bénéficié de l'aide de 1 à 2 personnes en fonction des sessions. Il y a eu 5 sessions de juillet 2023 à octobre 2023.

E. Analyse

Cinquante-cinq questionnaires ont pu être recueillis. Seuls 50 d'entre eux étaient complets et ont été inclus dans l'analyse.

Les données recueillies ont ensuite été retransmises en format binaire dans un fichier Excel où une analyse descriptive a été effectuée. Enfin, une analyse comparative de données a été effectuée grâce au site Biostatgv.

III. Résultats

J'ai donc interprété 50 réponses au questionnaire. Les caractéristiques des personnes interrogées étaient les suivantes : il y avait 29 femmes soit 58% et 21 hommes soit 42%. La moyenne d'âge était de 43 ans ; la médiane à 38 ans. Les répondants se répartissaient en :

- Employés : 11 (22%)
- Retraité : 9 (18%)
- Etudiant : 7 (14%)
- Artisans : 6 (12%)
- Cadres et professions intermédiaires : 6 (12%)
- Personnes sans emploi : 5 (10%)
- Ouvrier : 0 (0%)
- Agriculteur : 0 (0%)

Sur les 50 participants retenus, 13 avaient relevé une situation de discrimination dans le soin vu ou vécue directement au cours de leur vie. Huit en avaient été directement victimes.

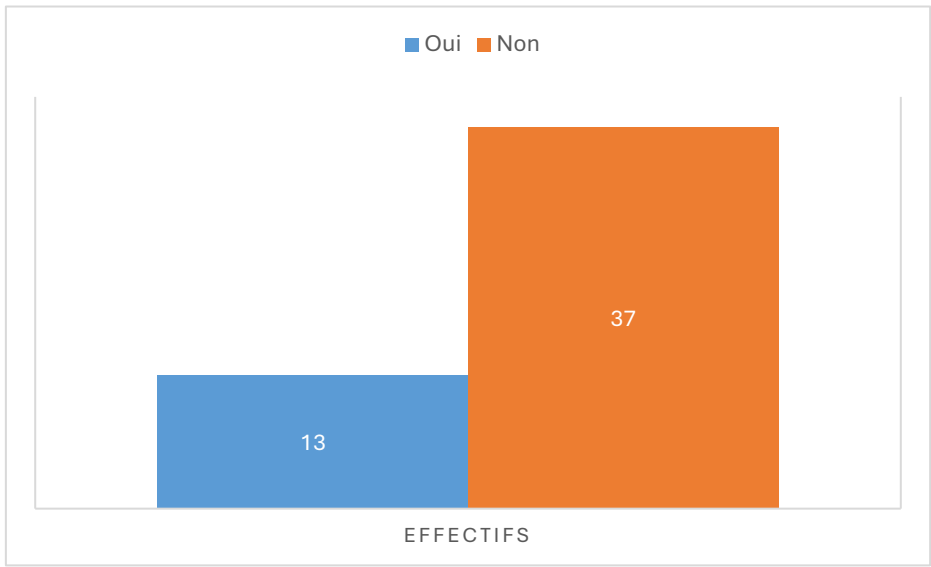


Figure 1 : Effectif de patients rapportant une discrimination raciale dans les soins



Figure 2 : Répartition des patients rapportant une discrimination

Les types de discriminations sont exposés dans le graphique ci-dessous :

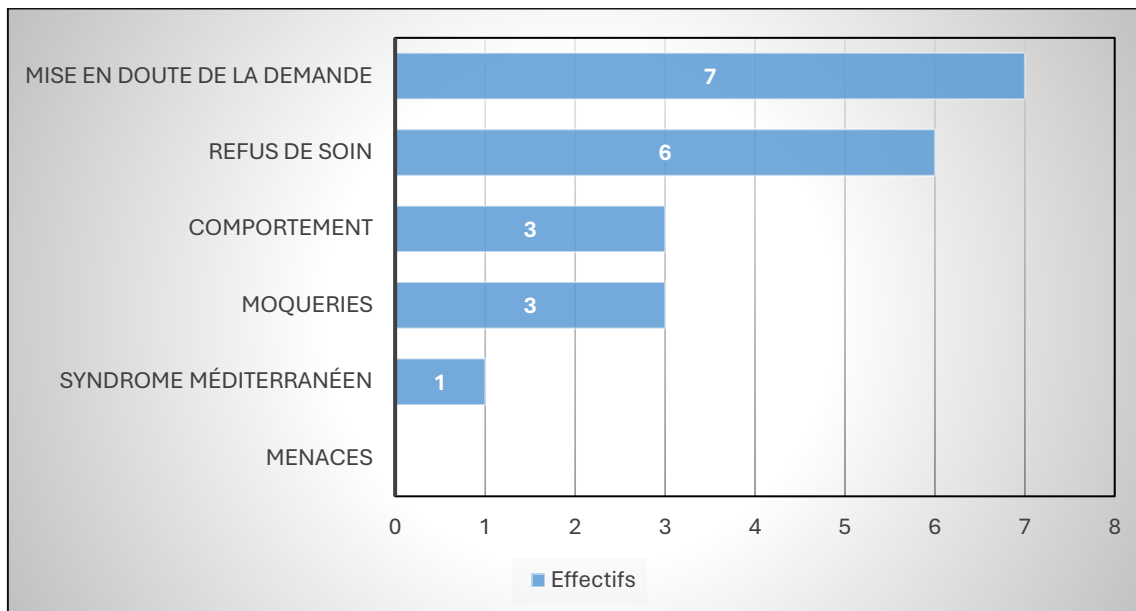


Figure 3 : Formes des discriminations rencontrées

Les étiologies supposées par les patients de ces discriminations sont exposées dans le diagramme suivant :

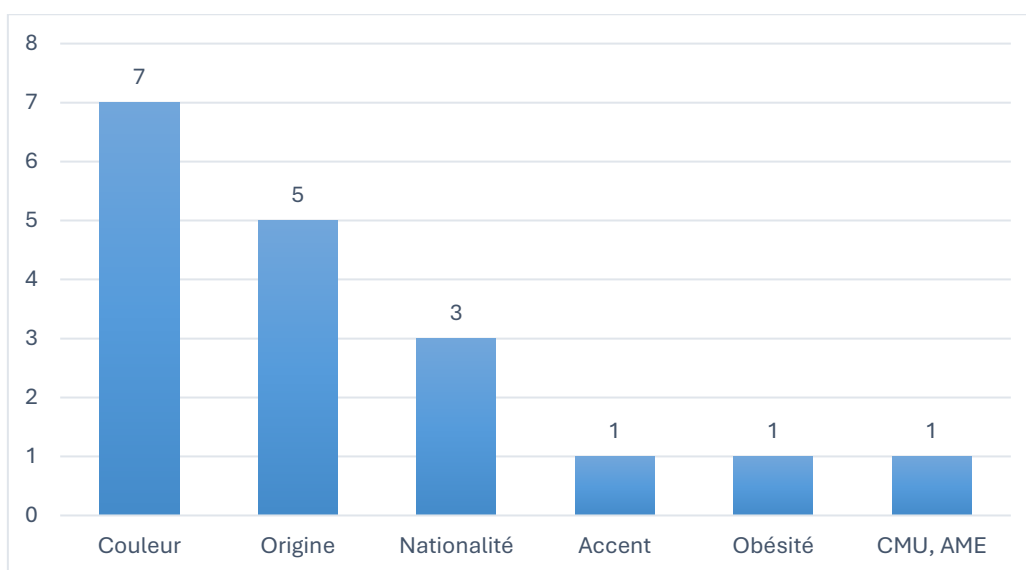


Figure 4 : Etiologies supposées des discriminations

Les discriminations se déroulant à l'hôpital étaient retrouvées dans 10 cas. Il existait 2 cas chez le médecin généraliste, 2 cas chez des spécialistes hospitaliers, 1 chez un spécialiste en cabinet, 1 en pharmacie, et 1 en HAD.

Les autres professionnels de santé pouvaient être des sage-femmes, pharmaciens, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers, assistant dentaires, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de

laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes, orthésistes, diététiciens.

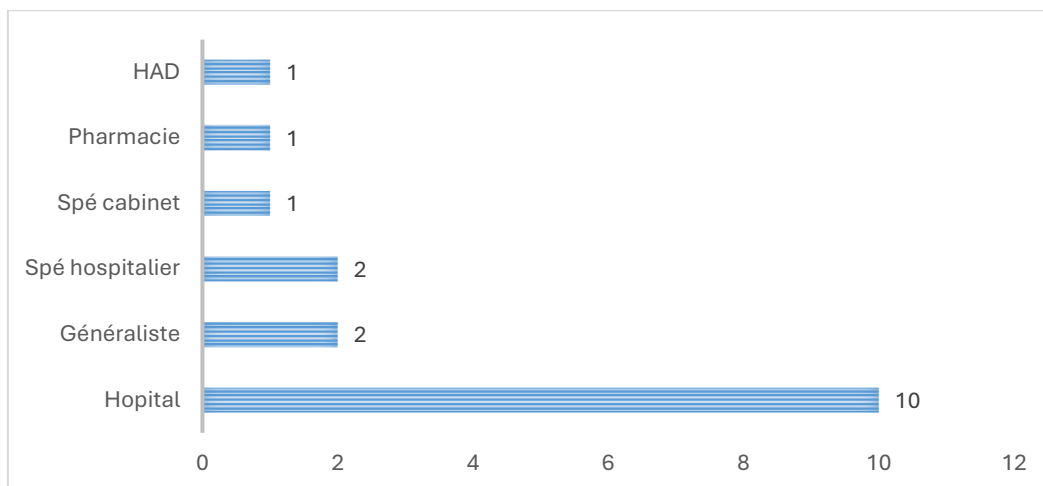


Figure 5 : Lieux des discriminations

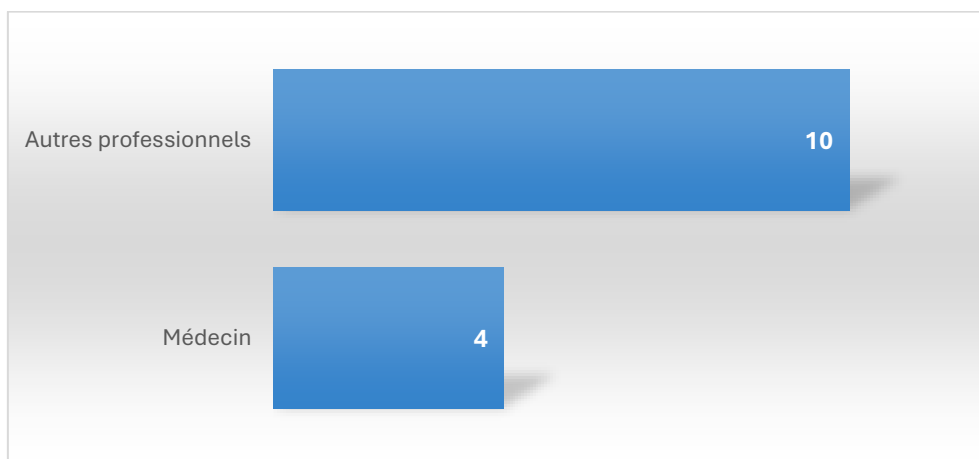


Figure 6 : Professionnels discriminants

La discrimination ressentie venait de médecins dans 4 cas et d'autres professionnels dans 10 cas.

Analyse comparative

Tableau 1 : Rapport de discrimination en fonction de l'âge

Discriminé ou pas	Moyenne d'âge
Discriminé	39
Non discriminé	45
Total	43,28

Il n'y a pas de différence significative dans les âges entre les 2 groupes (test de Student $p = 0,194$).

Tableau 2 : Rapport de discrimination en fonction du sexe

	Discriminé	Non discriminé	Total
Femmes	11	36	47
Hommes	2	38	40
Total	13	74	87

Le test de Fisher retrouve que les femmes rapportent donc plus de discrimination par rapport aux hommes. ($p = 0,018$).

Tableau 3 : Rapport de discrimination en fonction de la profession

Catégorie socioprofessionnelle	Discrimination observée	Pas de discrimination	Total
Profession intermédiaire et supérieur	5	7	12
Autres professions	6	11	17
Inactifs	2	19	21
Total	13	37	50

D'après le test de Fisher, il n'y a pas de différence significative entre les groupes choisis ($p = 0,069$). Ici « Autres professions » regroupaient les ouvriers, les artisans et les employés. « Inactifs » regroupaient les retraités, les étudiants et les sans-emplois.

Tableau 4 : Rapport de discrimination en fonction de l'environnement

Environnement	Discrimination	Pas de discrimination	Total
Urbain	13	32	45
Rural	0	5	5
Total	13	37	50

Il n'y a pas de différence significative de discrimination rapportée selon l'environnement (test exact de Fischer, $p = 0,3$; IC [0,32 ; ∞]).

Tableau 5 : Rapport de discrimination en fonction du lien professionnelle avec la santé

	Discrimination	Pas de discrimination	Total
Profession de santé	1	1	2
Autres professions	12	36	48
Total	13	37	50

Il n'y a pas de lien significatif entre les discriminations rapportées et le lien professionnel avec le milieu médical (test exact de Fisher, $p = 0,46$; IC [0,035 ; 200]).

IV. Discussion

A. Résultats principaux

D'après notre étude, il existe bel et bien une discrimination ressentie en tant que victime ou témoin.

Il semble exister un lien entre le fait d'être une femme et de rapporter des discriminations.

Les principales formes que la discrimination semblait prendre pour les patients étaient la mise en doute de la demande de soins et le refus de soins.

Les discriminations rapportées semblent plus présentes dans le milieu hospitalier, et de la part d'autres professionnels de santé que les médecins, mais ceux-ci sont tout de même cités, y compris des généralistes.

Les discriminations rapportées semblent avoir lieu en milieu urbain surtout, même si un lien significatif n'a pas été retrouvé.

B. Comparaison avec la littérature

Les caractéristiques de la discrimination dans le milieu du soin sont décrites assez largement. Nous les retrouvons principalement dans la littérature anglosaxonne, mais quelques études françaises récentes les complètent également.

La littérature française retrouve les mêmes éléments que notre étude. En effet, en ce qui concerne les types de discriminations que ressentent les personnes noires dans le système de soin, la thèse de Marie Benard (14) retrouvait les éléments suivants : un manque de respect avec tutoiement plus fréquent, une minimisation voire une négligence de leur douleur (syndrome méditerranéen) et de leurs plaintes, un sentiment de négligence général, une diminution de l'empathie et de la considération à leur égard.

Une étude sur les discriminations envers les migrants retrouvait également des refus de soins, un certain « soupçon de fainéantise » et d'« abus des aides » (18). Dans son mémoire sur le syndrome méditerranéen dans la gestion de la douleur, Serife Dagtekin retrouvait chez les soignants une interprétation de la douleur sous-évaluée, avec pour conséquence un sous-dosage médicamenteux et une plus fréquente utilisation de thérapeutiques non médicamenteuses. Elle retrouvait aussi un jugement négatif envers le patient, une attitude de méfiance, de négligence, et parfois des maltraitances (5).

Les études américaines confirment également les principales causes trouvées dans notre thèse. Une méta-analyse américaine (19) retrouve entre autres les perceptions des patients suivantes : remise en cause de la demande de soins ou délégitimation ; supposition d'attitude

négative (d'avoir une addiction aux antalgiques, d'être violent, agressif) ; diminution de l'empathie ; simplification excessive des explications médicales ; attitude condescendante ; attitude de dégoût (éviction du contact physique, mimique) ; amalgame sur la classe socio-économique ; refus de soins ; vu comme fainéant ; vu comme abusant des aides sociales.

Le fait que les éléments tels que l'attitude condescendante ou le tutoiement, l'attitude de dégoût et autres éléments de langage non verbal, n'aient pas pu ressortir dans notre étude est probablement dû à sa forme.

S'agissant des lieux dans lesquels les patients sont victimes de discriminations, dans la thèse de Marie Benard, les patients ne rapportaient pas de discrimination chez le médecin généraliste mais plutôt en milieu hospitalier, ce que nous retrouvons également.

Les stigmates principaux à l'origine de discrimination sont les mêmes que ceux retrouvés par Marie Bénard dans sa thèse (14) : la couleur de peau, l'origine ethnique supposée ou réelle, la nationalité. Et une métaanalyse américaine retrouve également ces critères (19).

Dans le mémoire de Serife Dagtekin sur le syndrome méditerranéen, tous les types de soignants interrogés avaient des a priori et adaptaient de manière plus ou moins correcte leur prise en charge ; les médecins avaient tendance à s'adapter de manière plus négative que les infirmiers. On ne retrouve pas cette tendance dans notre étude.

Dans une métaanalyse américaine sur l'avis des soignants (20), on retrouvait des signes de traitements différentiels ou des préjugés chez les soignants dans plus de 2/3 des 11 études analysées. Le type de soignant, leur origine ethnique ou la structure de santé dans laquelle ils exerçaient n'avait pas d'impact sur ce fait.

Nous avons retrouvé dans notre étude que les femmes semblaient rapporter plus de discriminations que les hommes. Cette différence est rapportée dans l'étude sur les discriminations chez les personnes migrantes et dans l'enquête Trajectoire et Origine 2 de l'INED en France. Elle s'expliquerait par le fait qu'elles se trouvent à l'intersection de deux causes de discrimination possibles, le fait d'être une femme et le fait, de ne pas appartenir à la majorité ethnique française (18,21).

Les discriminations ne sont souvent pas le seul fait de personnes individualisées, mais le reflet d'un système plus large, comme nous l'avons vu en introduction sur la construction des stéréotypes. Il est donc aussi important de noter les discriminations indirectes.

La discrimination indirecte est une notion définie comme : « une disposition, un critère ou une pratique neutre en apparence, mais susceptible d'entraîner [...] un désavantage particulier pour des personnes par rapport à d'autres personnes, à moins que cette disposition, ce critère ou cette pratique ne soit objectivement justifié par un but légitime et que les moyens pour réaliser ce but ne soient nécessaires et appropriés » (2).

Une des anomalies qui peut faire partie de cette catégorie est la manière d'utiliser le calcul du débit de filtration glomérulaire qui contient un élément de race. La présence de cet élément dans le calcul est due à l'hypothèse selon laquelle les personnes noires auraient une masse musculaire plus élevée et donc une fonction rénale à calculer différemment. Cette hypothèse a été infirmée depuis, mais le calcul du DFG est resté intact. Un avis consultatif de néphrologues canadiens interroge cette notion et ne retrouve pas de pertinence à poursuivre l'utilisation du critère de race en raison de potentiel retard diagnostic et thérapeutique, notamment dans cette population socio-économiquement défavorisée par ailleurs qui présenterait de ce fait un plus mauvais pronostic (22).

Dans la formation initiale de médecine, nous n'avons pas un seul cours sur les pathologies dermatologiques courantes des peaux noires et métissés. Les seules pathologies concernant peau noire que l'on étudie sont des pathologies rares en France. Nous pouvons nous poser la question de la différence de traitement en termes de soin que cela peut provoquer.

Des étudiants en médecine britanniques ont justement voulu créer un outil d'aide au diagnostic des maladies cutanées non blanches devant ce même constat, et ont créé l'ouvrage « *Mind The Gap* », et le site internet en lien « blackandbrownskin.co.uk » (23).

Comme je l'évoquais dans mon mémoire de DES (24), en ce qui concerne les conséquences potentielles de ces discriminations, plusieurs études américaines montrent que l'adhésion thérapeutique est moins bonne, de part un défaut de lien de confiance entre le professionnel de santé et le patient. L'observance serait notamment très impactée. Les patients victimes de traitements différentiels relèvent en effet une mauvaise impression concernant la qualité du soin, et une baisse de la confiance envers les médecins de manière

générale. Cette expérience peut potentiellement amener à une non-consultation la fois suivante (18,25,26).

Dans une revue systématique et méta-analyse américaine, l'expérience de la discrimination sur l'origine ethnique dans la société a été associée à un plus mauvais état de santé mentale avec un lien fort, en particulier en termes de dépression, même après ajustement sur les potentiels facteurs confondants. En termes d'impact sur la santé physique, un lien faible est retrouvé avec l'obésité (19).

C. Forces

Cette étude a pour principale force d'être une des rares études quantitatives sur le sujet en population générale. De plus, les patients étaient libres de dire ce qu'ils voulaient en dehors de tout contexte médical.

Aucune population n'était ciblée en particulier, chacun était invité à s'exprimer sur la discrimination ethnique quel qu'elle soit.

D. Limites

Cette étude présente probablement un biais de sélection dû au type de recrutement sur les marchés de grandes villes du Sud. La population urbaine qui fréquente ces marchés est potentiellement plus souvent une population aisée et éduquée. L'absence d'ouvrier et d'agriculteur dans notre étude peut en découler.

Lors de la passation du questionnaire, certaines personnes n'étaient pas sûres d'apporter des éléments sur le sujet car elles ne se sentaient pas concernées. Il est donc possible que les personnes ayant acceptées de répondre aient été, ou plus sensibles à ce sujet, ou plus confrontées à une telle situation.

Par ailleurs, dans mon travail, il existe un biais de classement, à type de biais de mémorisation, amplifié par l'absence de limite temporelle.

Enfin, la taille de l'échantillon de notre étude était relativement faible et ne permet donc pas une bonne représentativité.

E. Ouverture

Il faudrait effectuer davantage de recherches dans ce domaine, notamment des études quantitatives et qualitatives du point de vue des soignants, même si cela expose à des biais, comme la désirabilité sociale, ce qui peut diminuer le nombre et l'honnêteté des réponses. Il serait utile de faire des études à grande échelle. En ce sens, l'INED a lancé l'enquête

Trajectoire et Origine partie 2 qui analyse plus de données médicales, mais les résultats ne sont pas encore publiés (27,28).

Ces discriminations ne sont en rien une fatalité. Il existe des solutions qui ont été explorées par nos confrères anglo-saxons.

La piste de l'adéquation entre le soignant et le patient est très répandue. En effet, une étude américaine démontre que les nourrissons noirs ont 3 fois moins de chance de survie la première année que les nourrissons blancs. Cette différence est amoindrie lorsque les médecins prenant en charge les nourrissons sont noirs également. L'écart peut être dû à des disparités en termes de conditions de vie et de risque socioéconomiques, mais le fait que cette différence soit amoindrie lorsque les enfants sont pris en charge par des médecins noirs pourrait impliquer une part de différence de traitement (29).

En France, nous avons vu avec l'affaire du Globule Noir, et dans la thèse de Marie Bénard que cette hypothèse n'était pas acceptée, en partie parce qu'il ne suffit pas d'être une personne concernée pour ne pas perpétrer de discriminations. Mais aussi car cela pourrait amener à de grandes disparités de soins (4,14).

Le concept d'interculturalité est également à explorer. Selon Claude Clanet, « le terme interculturel introduit les notions de réciprocité dans les échanges et de complexité dans les relations entre cultures. Le phénomène interculturel est affaire de rencontres, du fait qu'il n'existe pas une culture mais des cultures, au sein desquelles parfois d'autres cultures coexistent et interagissent » (30). Il existe de plus en plus, dans les structures de soin, de la médiation culturelle, c'est-à-dire qu'en plus de faciliter la communication en termes de langue, le médiateur facilite aux soignants la compréhension des enjeux du patient sur le plan culturel. C'est notamment utilisé lorsque l'enjeu est très important, comme dans les prises en charge de fin de vie (31).

Il convient en revanche de ne pas tomber dans l'écueil de l'essentialisation de la personne à sa culture présumée. Le soignant doit se renseigner sur le rapport que le patient a à sa culture et ce qu'elle représente pour lui. Il n'est pas forcément utile d'avoir des connaissances spécifiques sur la culture de chaque personne, mais une capacité d'écoute et un intérêt certain pour ces questions suffisent dans la plupart des cas (32).

Une étude américaine montre qu'une simple formation à la communication pour les étudiants en médecine permettrait de réduire la perception de microagressions par les patients (33).

Il serait intéressant que les facultés de médecine proposent des cours ou ateliers sur le sujet. Par exemple, l'université de Lausanne a tout un programme basé principalement sur des recherches américaines qui est inclus dans la phase « prégradué » de l'apprentissage des étudiants en médecine (34). De même, l'université de Saint-Etienne propose un DU « Accès à la santé et lutte contre les discriminations », comme formation complémentaire, qui comprend une partie sur les discriminations sur l'origine ethnique, et est accessible aux professionnelles de santé libéraux.

V. Conclusion

Notre étude démontre donc bien l'existence de discriminations diffuses dans le système de santé, les médecins n'en étant pas exemptés. Il appartient aux médecins de prendre conscience de leurs difficultés et de regarder les solutions qui pourraient être apportées. En effet, les impacts des discriminations sur la santé peuvent être très réels et sévères, au-delà de l'aspect sociétal.

Il nous revient, en tant que professionnel de santé, la responsabilité de nous former et de mettre en place les stratégies qui se sont montrées efficaces afin de garantir un accès égal aux soins, et une qualité de soin optimale pour tous. Cette ambition s'appuie principalement sur l'éducation et la formation, initiale comme continue, des professionnels de santé.

Van Le Bent
1379124
C. Bent

VI. Bibliographie

1. Larousse É. Définitions : discrimination - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 15 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/discrimination/25877>
2. Cerrato-Debenedetti MC. 1. 1998-2016, chronique de dix-huit ans d'hésitations. In: La lutte contre les discriminations ethno-raciales en France : De l'annonce à l'esquive (1998-2016) [Internet]. Rennes: Presses universitaires de Rennes; 2018 [cité 15 août 2024]. p. 25-71. (Res publica). Disponible sur: <https://books.openedition.org/pur/146767>
3. Franceinfo [Internet]. 2018 [cité 19 janv 2023]. « D'habitude, les gens comme vous se roulent par terre » : patients et médecins dénoncent les préjugés racistes du monde médical. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/mort-de-naomi-musenga/d-habitude-les-gens-comme-vous-se-roulent-par-terre-patients-et-medecins-denoncent-les-prejuges-racistes-du-monde-medical_2763923.html
4. Le HuffPost [Internet]. 2020 [cité 2 avr 2023]. Des soignants noirs pour des patients noirs ? L'initiative « Globule Noir » divise le milieu médical. Disponible sur: https://www.huffingtonpost.fr/actualites/article/des-soignants-noirs-pour-des-patients-noirs-l-initiative-globule-noir-divise-le-monde-medical_168443.html
5. Dagtekin S, Conradi S. Syndrome méditerranéen: mythe ou réalité. 2012-....., France; 2018.
6. Lambert M, Lachal J, Mansouri M, Radjack R, Moro MR. Syndrome méditerranéen et monde médical français, un préjugé raciste encore actif. Un parallèle avec l'article sur le « syndrome nord-africain » de Frantz Fanon. *Rev Médecine Interne*. 1 juill 2022;43(7):399-401.
7. Aux origines de l'anthropologie : entre racisme et colonialisme [Internet]. CASOAR | Arts et Anthropologie de l'Océanie. 2019 [cité 2 juill 2024]. Disponible sur: <https://casoar.org/2019/11/13/aux-origines-de-lanthropologie-entre-racisme-et-colonialisme/>
8. Peiretti D. Corps noirs et médecins blancs: la fabrique du préjugé racial, XIXe-XXe siècles. Paris, France: La Découverte; 2021.
9. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2020 [cité 7 août 2024]. Discriminations et soins. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/discriminations-soins>
10. Discrimination à l'embauche selon « l'origine » : que nous apprend le testing auprès de grandes entreprises ? | DARES [Internet]. [cité 1 mai 2024]. Disponible sur: <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publications/discrimination-a-l-embauche-selon-l-origine-que-nous-apprend-le-testing-aupres>
11. Le Gallo J, L'Horty Y, Du Parquet L, Petit P. Discrimination in Access to Housing: A Test on Urban Areas in Metropolitan France. *Econ Stat Econ Stat*. 17 avr 2020;(513):27-45.
12. Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

13. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2020 [cité 11 août 2024]. *Annuaire de professionnels de santé communautaires*. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/annuaire-professionnels-santé-communautaires>
14. Benard M. *Sentiment de discrimination des patients noirs en médecine générale: étude qualitative par entretiens semi-dirigés dans le Gard et l'Hérault* [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2023 [cité 23 févr 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04342466>
15. Carde E. *Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. Etude en France métropolitaine et en Guyane française* [Internet] [phdthesis]. Université Paris Sud - Paris XI; 2006 [cité 2 avr 2023]. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-00119345>
16. Carde E. « On ne laisse mourir personne. » *Les discriminations dans l'accès aux soins*. *Travailler*. 2006;16(2):57-80.
17. Beauchemin C, Hamel C, Simon P. *Trajectoires et origines: Enquête sur la diversité des populations en France*. INED Editions; 2016. 626 p.
18. *Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe* [Internet]. [cité 11 mars 2024]. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/remi/5863>
19. *Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis* | PLOS ONE [Internet]. [cité 2 avr 2023]. Disponible sur: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0138511>
20. Paradies Y, Truong M, Priest N. *A Systematic Review of the Extent and Measurement of Healthcare Provider Racism*. *J Gen Intern Med*. 1 févr 2014;29(2):364-87.
21. Rivenbark J, Ichou M. *Discrimination in healthcare as a barrier to care: experiences of socially disadvantaged populations in France from a nationally representative survey*. *BMC Public Health*. 9 janv 2020;20(article 31):1-10.
22. Parekh RS, Perl J, Auguste B, Sood MM. *Retrait de l'élément race dans l'évaluation de la fonction rénale pour une prise en charge impartiale au Canada*. *CMAJ Can Med Assoc J*. 9 mai 2022;194(18):E663-5.
23. *Diversifying the medical curriculum - CORE Reader* [Internet]. [cité 5 sept 2024]. Disponible sur: <https://core.ac.uk/reader/195316070?>
24. DUBOS M. *Mémoire de DES: Discrimination sur l'origine ethnique dans le système de santé, notamment en soins premiers : revue narrative de la littérature*.
25. Findling MG, Zephyrin L, Bleich SN, Tosin-Oni M, Benson JM, Blendon RJ. *Does racism impact healthcare quality? Perspectives of Black and Hispanic/Latino Patients*. *Healthcare*. 1 juin 2022;10(2):100630.
26. Pugh M, Perrin PB, Rybarczyk B, Tan J. *Racism, Mental Health, Healthcare Provider Trust, and Medication Adherence Among Black Patients in Safety-Net Primary Care*. *J Clin Psychol Med Settings*. 1 mars 2021;28(1):181-90.

27. Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. [cité 1 sept 2024]. Trajectoires et Origines 2. Disponible sur: <https://teo.site.ined.fr/>
28. Beauchemin C, Ichou M, Simon P. Trajectoires et Origines 2019-2020 (TeO2) : présentation d'une enquête sur la diversité des populations en France. *Population*. 2023;78(1):11-28.
29. Greenwood BN, Hardeman RR, Huang L, Sojourner A. Physician–patient racial concordance and disparities in birthing mortality for newborns. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1 sept 2020;117(35):21194-200.
30. Interculturel. In: Wikipédia [Internet]. 2024 [cité 1 sept 2024]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Interculturel&oldid=215280586>
31. Lemaitre A. Les cultures du soigné et du soignant se rencontrent. *Jusqu'à Mort Accompagner Vie*. 2015;123(4):95-102.
32. Hirsch RE. Les pratiques de soin en situation interculturelle.
33. Kanter JW, Rosen DC, Manbeck KE, Branstetter HML, Kuczynski AM, Corey MD, et al. Addressing microaggressions in racially charged patient-provider interactions: a pilot randomized trial. *BMC Med Educ*. 24 mars 2020;20(1):88.
34. Bodenmann P, Hrasnica F, Prod'hom D, Marie Perrin È, Ishii A, Porret R, et al. Racisme et pratique de la médecine : éléments pour un apprentissage nécessaire. *Rev Médicale Suisse*. 2020;16(700):1373-9.

VII. Annexes

Annexe 1 : Racistomètre

Vos soignant·es semblent prendre en compte les enjeux de racisme quand ...	RESPECTUEUX	On vous demande : « Pouvez-vous me dire comment prononcer correctement votre nom ? »
		On vous pose surtout des questions ouvertes
		On ne vous interroge que sur les problématiques liées à votre santé, sans être influencé·e par votre appartenance culturelle
		On vous propose en début de suivi de faire remonter s'il y a un problème ou une maladresse sur des enjeux de racisme
		Vous vous sentez libre d'évoquer des enjeux liés à votre culture / ethnie sans crainte d'être jugé·e
		On vous demande : « Qu'est-ce que vous voulez partager avec moi sur votre parcours ? »
Votre soignant·e a des biais racistes, quand il/elle ...	VIGILANCE	Écorche systématiquement votre nom en salle d'attente
		Se permet des réflexions ou propos inappropriés sur votre corps, votre culture, votre religion
		Vous dit « J'accueille tout le monde pareil sans faire de différence »
		Présuppose souvent que avez eu une enfance difficile
		Vous demande d'où vous venez dès le début de la consultation
		Ne sait pas vous informer sur les spécificités de votre santé du fait des caractéristiques physiques liées à votre culture, ethnie
		Vous dit : « Chez vous, c'est bon, mais c'est gras, il va falloir checker le cholestérol »
Est-ce que cela vous décourage à aller vers le soin ?	ALERTE	Sous-entend que vous êtes sous emprise parce que vous êtes convertie à l'islam
		Vous avez un white passing et votre soignant·e fait des réflexions racistes en votre présence
		S'adresse à vous très lentement comme si vous ne compreniez pas le français
		Vous demande votre avis sur des sujets de société liés à votre appartenance culturelle, religieuse, ethnique
		Suppose que vous être précaire à votre nom ou accent et vérifie que vous avez les moyens de payer
		Vous êtes nu·e et votre médecin vous dit : « Quels muscles, beaucoup d'Africains sont de grands athlètes! »
Ce que vous vivez est violent quand il/elle...	DANGER	S'imaginer des situations de violences conjugales en fonction de votre religion présumée ou avérée
		Minimise votre vécu et vos ressentis lorsque vous déposez des témoignages de racisme de la part du corps médical
		Vous ne comprenez rien à la consultation car votre médecin parle une autre langue que vous et n'a pas cherché de solution pour que vous le/la compreniez
		Réduit votre désir d'avoir une grande famille à des raisons d'assistantat financier
		Examine votre enfant, dénudé·e, dans une autre pièce sans votre consentement ni le sien
		Vous faites subir des actes chirurgicaux sans votre accord pour vous empêcher d'avoir d'autres enfants
		Nie vos ressentis concernant des douleurs physiques et/ou psychologiques, jusqu'à vous mettre en danger de mort

Annexe 2 : Questionnaire

Données sociales :

Quel est votre sexe ?

- Homme
- Femme
- Autres
- Je ne souhaite pas le préciser

Quel est votre âge ?

Quelle est votre catégorie socioprofessionnelle ?

- Artisan/commerçant/chef d'entreprise
- Cadre et profession intellectuelle supérieure
- Employé
- Ouvrier
- Agriculteur exploitant
- Profession intermédiaire : assistante sociale, IDEL, religieux, techniciens, agent de maîtrise, professeurs des écoles, instituteurs et assimilés, agents catégorie B
- Sans emploi
- Etudiant

Dans quel environnement habitez-vous ?

- urbain
- rural

Etes-vous professionnel de santé ?

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas me prononcer

Si oui, quelle est votre métier ?

Avez-vous déjà été témoin ou victime d'un incident en lien avec une origine ethnique (réelle ou supposée) par un médecin ou professionnel de santé ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Si oui, précisez :

Si vous pensez à plusieurs situations, veuillez répondre pour chaque situation :

Situation n°1 :

- Quel était le type d'incident : (plusieurs réponses possibles)
 - Remise en question de la demande de soin
 - Moqueries, propos dégradants, insultes
 - Menaces
 - Comportement déplacé, gestes brusques
 - Refus de prise en charge
 - Autres :
- D'après vous, cet incident était en lien avec : (plusieurs réponses possibles)
 - Une couleur de peau

- Une ou des origines
- Une nationalité
- Un accent, une façon de parler
- Autres : ...
- Cet incident est survenu :
 - A l'hôpital
 - Chez un médecin généraliste
 - Chez un médecin spécialiste en cabinet
 - Chez un médecin spécialiste à l'hôpital
- Le professionnel de santé était :
 - Un médecin
 - Un autre professionnel de santé

Situation n°2

- Quel était le type d'incident : (plusieurs réponses possibles)
 - Remise en question de la demande de soin
 - Moqueries, propos dégradants, insultes
 - Menaces
 - Comportement déplacé, gestes brusques
 - Refus de prise en charge
 - Autres :
- D'après vous, cet incident était en lien avec : (plusieurs réponses possibles)
 - Une couleur de peau
 - Une ou des origines
 - Une nationalité
 - Un accent, une façon de parler
 - Autres : ...
- Cet incident est survenu :
 - A l'hôpital
 - Chez un médecin généraliste
 - Chez un médecin spécialiste en cabinet
 - Chez un médecin spécialiste à l'hôpital
- Le professionnel de santé était :
 - Un médecin
 - Un autre professionnel de santé

Situation n°3

- Quel était le type d'incident : (plusieurs réponses possibles)
 - Remise en question de la demande de soin
 - Moqueries, propos dégradants, insultes
 - Menaces
 - Comportement déplacé, gestes brusques
 - Refus de prise en charge
 - Autres :
- D'après vous, cet incident était en lien avec : (plusieurs réponses possibles)
 - Une couleur de peau

- Une ou des origines
- Une nationalité
- Un accent, une façon de parler
- Autres : ...
- Cet incident est survenu :
 - A l'hôpital
 - Chez un médecin généraliste
 - Chez un médecin spécialiste en cabinet
 - Chez un médecin spécialiste à l'hôpital
- Le professionnel de santé était :
 - Un médecin
 - Un autre professionnel de santé

Situation n°4

- Quel était le type d'incident : (plusieurs réponses possibles)
 - Remise en question de la demande de soin
 - Moqueries, propos dégradants, insultes
 - Menaces
 - Comportement déplacé, gestes brusques
 - Refus de prise en charge
 - Autres :
- D'après vous, cet incident était en lien avec : (plusieurs réponses possibles)
 - Une couleur de peau
 - Une ou des origines
 - Une nationalité
 - Un accent, une façon de parler
 - Autres : ...
- Cet incident est survenu :
 - A l'hôpital
 - Chez un médecin généraliste
 - Chez un médecin spécialiste en cabinet
 - Chez un médecin spécialiste à l'hôpital
- Le professionnel de santé était :
 - Un médecin
 - Un autre professionnel de santé

Avez-vous des commentaires supplémentaires ou des éléments à préciser ?

Abréviations

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SNJMG : Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes

DUMG : Département universitaire de médecine générale

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

CNIL : Commission national de l'information et des libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

RGPD : Règlement général sur la protection des données

DPO : Délégué à la protection des données

HAD : Hospitalisation à Domicile

DFG : Débit de filtration glomérulaire

DES : Diplôme d'études spécialisés

AUTEUR : DUBOS Maëlle

TITRE : L'avis des patients concernant la discrimination fondée sur l'origine ethnique dans le soin en France

DIRECTEUR DE THÈSE : Pr POUTRAIN Jean-Christophe

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Faculté de médecine Rangueil, le 15/10/2024

Introduction : Les discriminations sur l'origine ethnique représente une problématique actuelle dont on connaît l'impact et la prévalence dans les domaines du logement et du travail mais qui est très peu évalué dans le système de santé en France.

Objectif : Evaluer l'expérience de discriminations ethniques des patients dans le soin et secondairement décrire les types de discriminations rencontrées.

Matériels et méthodes : Étude quantitative via un questionnaire papier diffusé sur les marchés de Bordeaux et Toulouse. Les questions ont pour but d'évaluer les caractéristiques de la population et l'existence de conduites discriminatoires dans le système de soin (en tant que victime ou témoin) et leur description.

Résultats : Le recueil du questionnaire s'est étalé sur 5 sessions de juillet 2023 à octobre 2023. Cinquante réponses ont été retenues pour l'analyse. On retrouve bien des discriminations ressenties en tant que victime ou témoin. Il semble exister un lien entre le fait d'être une femme et de rapporter des discriminations. Les principales formes que la discrimination semblait prendre pour les patients étaient la mise en doute de la demande de soins et le refus de soins. Les discriminations rapportées semblent plus présentes dans le milieu hospitalier, et de la part d'autres professionnels de santé que les médecins.

Conclusion : La discrimination sur l'origine ethnique existe bel et bien et peut entraîner des conséquences sur les patients. Il est de notre responsabilité en tant que médecins de reconnaître ce problème et trouver les solutions efficaces pour lutter contre.

Patients' view of discriminations based on ethnic origin in the French healthcare system

Introduction: Discriminations based on ethnicity is a current concern in the society. We know its impact and prevalence in terms of housing and work, but it is not often evaluated in the healthcare system in France.

Objectives: Evaluate the experience of discrimination based on ethnicity in healthcare and secondarily, describe the different types of discriminations encountered.

Material and Methods: We have done a quantitative study distributed on markets of Bordeaux and Toulouse. The goal was first to describe the characteristics of the population, then to evaluate the existence of discriminatory behaviours in the healthcare system (as a victim or as a witness) and describe them.

Results: We have collected fifty answers over the course of five sessions between July 2023 and October 2023. We have indeed found that people report discriminations based on ethnicity in the healthcare system. It seems that there is a link between being a woman and reporting discriminations. The main forms of discrimination were doubting the care inquiry and care refusal. Most discriminations seem to happen in the hospital and to come from other healthcare professionals than doctors.

Conclusion: Discriminations in healthcare exist and have consequences over patients. It's our responsibility as doctors to acknowledge it and find solutions to reduce them as much as possible through effective methods.

Mots-Clés : discrimination sur l'origine ethnique – soins – inégalités en santé – discrimination based on ethnicity – care – health inequality

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Santé – 37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE - France