



ZÉTÉTIQUE ET AUTODEFENSE INTELLECTUELLE
Quelle est la validité scientifique du “syndrome méditerranéen” ?

CHTOUKI Nawal

nawal.chtouki@etu.univ-grenoble-alpes.fr
L1-Psychologie

RATBI Haïba

haiba.ratbi@etu.univ-grenoble-alpes.fr
L1-Économie & gestion

ANNÉE 2025-2026

Sous la direction de : Richard MONVOISIN

TABLES DES MATIÈRES :

1 : Qu'est-ce que le syndrome méditerranéen ?	p.1
2. Enquête scientifique	p.1
2.1. Méthodologie de recherche	
2.1.1 Hypothèses scientifiques et méthode de tri	
2.1.2. Difficultés rencontrées	
2.2. Recherches et expériences	
2.2.1. Contact avec un expert scientifique et approche hypothético-déductive.	
3. La médecine coloniale comme outil politique :	p.8
3.1. Profils des patients touchés : Qui est concerné ?	
3.2. Témoignages et analyses : Comprendre les mécanismes de discrimination	
4: Impact sur les patients, inégalité de soin et responsabilité éthique :	p.11
4.1. Profils des patients touchés : Qui est concerné ?	
4.2. Témoignages et analyses : Comprendre les mécanismes de discrimination	
5 : Conclusion :	p.12
4.1. Conclusion d'apprentie chercheuses	
4.2. Conseils pour des chercheurs qui voudraient aller plus loin	

1 : Qu'est-ce que le syndrome méditerranéen ?

Le “syndrome méditerranéen “ désigne un stéréotype médical selon lequel les patients d'origine nord-africaine ou racisée exagèrent leurs douleurs ou leurs symptômes. L'apparition de ce syndrome remonte à l'histoire coloniale française en Algérie, sous le terme de “coulchi”, et non à “koulchite”, qui viendrait d'une mauvaise traduction ou de la transmission du terme en français. En effet, le vrai terme signifierait “partout” et il était autrefois utilisé par les patients à qui on demandait de localiser les douleurs sur le corps. Ce terme était à l'origine utilisé par certains médecins dans les hôpitaux coloniaux en Algérie pour désigner les plaintes douloureuses considérées comme non fondées chez les travailleurs nord-africains. C'est de cette catégorisation raciste qu'hérite directement “le syndrome méditerranéen”, se perpétuant sous une appellation médicale fondée sur des préjugés raciaux et non sur de la médecine scientifique.

En tant qu'étudiantes issus de parents immigrés il a été important pour nous de questionner la validité scientifique de ce syndrome.

Le syndrome méditerranéen constitue-il une réalité médicale basée sur des fondements scientifiques?

2. Enquête scientifique

2.1. Méthodologie de recherche et hypothèses

Afin d'évaluer cette validité scientifique, nous devons mener une recherche approfondie. Nous avons d'abord consulté les travaux précédents ayant porté sur le sujet du « syndrome méditerranéen tel que le travail de Boutemine Oussama et avons ensuite consulté divers articles scientifiques, des ouvrages et des revues littéraires ainsi que des bases de données académiques reconnues comme fiables tel que PubMed ou ResearchGate pour entamer de simples recherches via des mots clés tel que “Syndrome méditerranéen” , “Évaluation de la douleur par biais culturel” ou “stéréotype médical Méditerranée”.

Le syndrome méditerranéen se manifeste de différentes manières dans plusieurs pays voisins de la France tels que, entre autres, la Suisse, la Belgique ou l'Allemagne.

En Suisse où le terme est décrit comme “syndrome transalpin”¹, un stéréotype selon lequel les patients d'origine du Sud exagèrent leurs douleurs, souvent liées à une intolérance au climat ou à la cuisine locale, ce qui mène à une sous-estimation des symptômes par les soignants. En Allemagne ou Belgique, le terme est décrit comme “syndrome italien”², il désigne une perception similaire d'exagération des symptômes chez les migrants du Sud avec des douleurs attribuées à une intolérance culturelle, entraînant des préjugés chez les soignants.

¹<https://www.24heures.ch/racisme-dans-les-soins-gare-au-syndrome-mediterraneen-711468618243>

²https://fr.wikipedia.org/wiki/Syndrome_méditerranéen

Ces différences régionales illustrent comment un même biais raciste médical s'adapte aux contextes migratoires de chaque pays, au détriment d'une évaluation objective des patients servant de transition vers une analyse centrée sur le contexte français.

Nous avons retenu plusieurs références issues de la santé publique et des sciences sociales, tout en écartant de notre analyse principale les sources non académiques, telles que les forums publics ou les témoignages individuels, bien qu'elles puissent tout de même servir à éclaircir certains points. Dans un second temps, nous avons analysé non seulement les résultats directs, mais aussi les références citées (méthode boule de neige). Cela nous a permis d'identifier et de remonter à des travaux antérieurs et de mieux mettre en lumière l'ancrage historique du problème.

En tapant les mots-clés "Mediterranean syndrome medical", nous avons obtenu 1 488 résultats. Ces résultats sont majoritairement sur le "*Familial Mediterranean Fever*"³ (fièvre génétique), régime méditerranéen/syndrome métabolique, et quelques refs au stéréotype médical (préjugé raciste sur l'expression de la douleur).

En revanche, la requête "syndrome méditerranéen" a donné 4 526 résultats d'articles et montre que le terme circule beaucoup dans la littérature. Les résultats nous présentent le syndrome comme stéréotype médical français.

2.1.1 Hypothèses scientifiques, bilan et méthode de tri

Nous avons structuré notre recherche et établi deux hypothèses.

Hypothèse 1 : Une entité médicale réelle

Selon cette hypothèse, le syndrome méditerranéen correspondrait à une pathologie identifiable, avec des caractéristiques et symptômes récurrents spécifiques et éventuellement reconnue par la communauté médicale. Dans cette perspective, il s'agirait donc d'un réel trouble, pouvant être décrit, étudié et reconnu officiellement comme n'importe quelle autre pathologie.

En discutant avec notre professeur, le docteur Richard Monvoisin, nous avons pris conscience qu'il pouvait exister un biais culturel derrière ce terme. Il évoque notamment une possible différence culturelle dans l'expression des émotions et de la douleur. Cela ne suffit toutefois pas à valider l'existence d'un syndrome en tant que tel, ni à invalider le caractère racialisant de ce pseudo-syndrome.

Par ailleurs, cela souligne certaines difficultés en pratique médicale. Par exemple, pour un anesthésiste ou un médecin, il peut être difficile d'adapter correctement la dose si la douleur semble exagérée, quelle qu'en soit la raison. Cela peut parfois entraîner un surdosage en opiacés, avec des risques pour le patient.

³ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40552501/>

Cependant, les résultats de nos recherches contredisent l'hypothèse d'une entité médicale réelle. Le terme est présenté comme un stéréotype médical et non comme une maladie. Il s'agirait d'une représentation racialisant. Pour illustrer nos propos, nous utiliseront un support universitaire sur le sujet.

Le document du CHU de Besançon publié par le Dr. SAVAS Serpil⁴ dans une recherche bibliographique sur la douleur, démontre que le « syndrome méditerranéen » relève avant tout d'une construction sociale.

Au-delà du simple constat, le travail du Dr Savas met en lumière les mécanismes par lesquels les biais cognitifs des soignants influencent la prise en charge clinique. L'analyse souligne que l'expression de la douleur est profondément façonnée par le contexte culturel et social, ce qui rend toute généralisation basée sur l'origine géographique à la fois scientifiquement infondée et éthiquement problématique.

Il analyse les influences culturelles sur l'expression de la douleur et recommande aux soignants une approche interculturelle plutôt qu'une lecture essentialisant.

Notre interprétation :

Nous retenons que, selon nos sources, la douleur n'est pas naturellement plus forte chez ces patients. Ce qui pose un problème est surtout la manière dont cette douleur est perçue, interprétée et nommée. Autrement dit, le texte nous amène à critiquer une vision racialisante de la douleur et à privilégier une approche empathique et contextualisée de l'expression de la douleur du patient.

L'hypothèse selon laquelle ce syndrome serait une réelle pathologie est donc difficilement soutenue par les données scientifiques disponibles.

Nos résultats nous mènent donc à une seconde hypothèse.

Biais relevés : Confondre un stéréotype culturel avec une pathologie objective. Biais où les expressions de la douleur sont vues comme pathologiques plutôt que culturelles

Effets : Risque de surmédicalisation inutile par le soignant ou, contrairement, de sous-estimation réelle des symptômes communiqués ce qui pourrait renforcer la division ethnique au sein du domaine médical.

Erreurs : Absence d'études solide et non présence de diagnostics officiels reconnus.

Hypothèse 2 : Fondation sur une représentation culturelle

Cette hypothèse ne considère pas le syndrome méditerranéen comme maladie, mais comme une catégorie informelle utilisée par certains professionnels de santé, dans certains contextes professionnels potentiellement liée à des représentations culturelles ou à des habitudes de pratique.

⁴ <https://www.chu-besancon.fr/smfc/PDF1309/13-09-09.pdf>

Dans cette logique, il ne s'agirait pas d'un diagnostic médical strict mais plus une manière de nommer et interpréter les plaintes de patients jugés plus expressifs, plus anxieux ou enclins à exagérer leurs symptômes.

Plusieurs articles en sociologie de la santé évoquent des stéréotypes dans l'évaluation de la douleur selon l'origine des patients. Le terme "syndrome méditerranéen" apparaît dans certains contextes comme une manière de qualifier des patients jugés "expressifs" ou "exagérant leurs symptômes". Cependant, ces usages restent non validés scientifiquement et variables selon les contextes. Pour illustrer nos propos, nous utiliserons l'exemple du diaporama "Penser la discrimination".⁵

Ce document est présenté au 16 Congrès MG 2023 et publié et réalisé par M.Dergham (interne en médecine générale à Saint-Étienne, titulaire d'un M2 en enjeux sociaux et politiques de santé, spécialiste en sociologie des discriminations) et R. Charles.

Le document explore les micro-discriminations dans la relation soignant-soigné.

Déclarant une minimisation des douleurs, une suspicion d'exagération chez les patients méditerranéens. Il montre que ces pratiques ne relèvent pas d'erreur individuelles mais d'un héritage colonial dans la sémiologie, l'étude des signes cliniques où les expressions corporelles des patients non-européens sont dévalorisées ou essentialisées.

Notre interprétation :

Cette hypothèse est partiellement confirmée : Le support d'exemple valide l'idée selon laquelle ce phénomène semble exister dans les discours, mais pas comme réalité médicale reconnue.

Biais : Erreur de jugement comme jauger l'état des patients selon leur origine et non seulement leurs symptômes. Maintien de l'héritage colonial, consciemment ou non.

Effets : Prendre les plaintes à la légère, retarder les soins. Négligence des diagnostics graves.

Erreurs : Jugement hâtif à de l'exagération "culturelle" et erreurs médicales dues à des représentations spéculatives.

Bilan, méthode de tri des hypothèses et curseur de vraisemblance :

Au terme de cette analyse, l'hypothèse la plus solide n'est pas celle d'un syndrome médical au sens strict, mais celle d'un usage biaisé du terme. Cette conclusion pousse les soignants à être davantage à l'écoute de tous les patients face à la diversité de leurs expressions de leur symptômes et douleurs.

Ainsi, notre méthode de tri conduit à distinguer clairement une hypothèse médicale non validée et une hypothèse socio-culturelle plus crédible.

⁵https://presentations.congresmg.fr/presentations-2023/dist/pdf/240323_PENSER_LA_DESCRIMINATION_dergham_myriam.pdf

Au vu de nos résultats, nous pouvons estimer un curseur vraisemblance tel que :
L'hypothèse 1 proche de 0% ainsi que l'hypothèse 2 proche des 100%.

2.1.2 Difficultés rencontrées

La principale difficulté a été la rareté des sources traitant directement du sujet comme objet scientifique. Le terme apparaît surtout dans des contextes critiques, sociologiques ou journalistiques, et beaucoup moins dans des études médicales fiables et validées.

Enfin, une autre limite s'impose : Le manque d'études centrées sur le contexte français. La plupart des travaux que nous avons vu disponibles portent sur d'autres pays donc d'autres contextes, notamment les États-Unis, ce qui nous a poussé à comparer les résultats avec parcimonie.

L'ensemble de cette démarche montre que le syndrome méditerranéen ne peut pas être considéré comme une entité médicale validée. En revanche, il semble renvoyer à des phénomènes plus complexes, liés à la fois aux pratiques médicales, aux représentations sociales et aux difficultés d'évaluation de la douleur.

Ainsi, la question ne porte pas uniquement sur l'existence ou non d'un syndrome, mais sur la manière dont certains concepts émergent, circulent et sont utilisés dans le champ médical sans validation scientifique claire.

2.2. Recherches et expériences

2.2.1. Contact avec un expert scientifique et approche hypothético-déductive.

À travers cette prise de conscience individuelle et institutionnelle, la médecine coloniale a ouvert un champ de déconstruction de ces biais hérités, grâce à l'enquête scientifique que nous avons menée. Pour illustrer cela, nous avons interrogé 2 experts afin d'avoir plusieurs points de vue sur la création de ce syndrome. Nous avons choisi d'interroger en premier lieu Caroline Poulet⁷, experte en psychologie de la santé à l'Université Grenoble Alpes, car la relation patient-médecin constitue un fondement essentiel pour comprendre comment le syndrome méditerranéen se crée et se perpétue du côté des soignants. C'est précisément dans cet espace d'interaction que les préjugés culturels s'expriment et influencent le diagnostic transformant une plainte réelle en trait culturel présumé.

Pour soutenir ses propos, elle s'appuie sur l'une de ses recherches menées en EHPAD, qui met en évidence l'importance de la charge mentale du corps médical.

Cette étude démontre que l'épuisement professionnel des soignants suffit à lui seul à déformer leur perception et à dégrader la qualité de la relation soignant-patient, ce qui constitue un argument majeur pour comprendre pourquoi les interactions entre médecins et patients racisés sont particulièrement à risque de biais.

⁷ <https://lilloa.hal.science/hal-03820463/>

Son étude démontre que l'état émotionnel et physique du soignant est un facteur déterminant qui garantit la qualité de l'interaction entre le patient et le professionnel de santé et qu'à l'inverse, l'épuisement professionnel suffit à lui seul à la compromettre.

Cette réflexion nous a conduit à nous poser une question centrale : les conditions de pratique du corps médical dans le secteur de la santé peuvent-elles justifier ou du moins expliquer des actes de mauvaise prise en charge, voire de renvoi, des patients issus d'Afrique du Nord ? Ou existe-t-il d'autres mécanismes sociaux plus profonds derrière ces comportements ?

C'est pour répondre à cette question que nous avons choisi d'interroger Éric Depret, professeur de psychologie sociale, dont les travaux sur les stéréotypes, la perception, les préjugés culturels et les rapports de pouvoir dans les institutions nous permettent d'aller au-delà de l'explication par la seule fatigue professionnelle. Selon Éric Dépret, professeur de psychologie sociale, les biais culturels et raciaux persistent à cause d'un problème structurel avant d'être individuel. Les institutions médicales sont construites avec des biais intégrés, Monsieur Depret avait cité pour exemple les biais de genre fondés à la fois sur une méconnaissance des besoins spécifiques liés au sexe et au genre, ainsi que sur des stéréotypes. Ils faussent l'interprétation des symptômes de même que les décisions cliniques et thérapeutiques et peuvent parfois traduire des inégalités injustifiées. Ce même mécanisme institutionnel se retrouve dans le syndrome méditerranéen. Le diagnostic ne reflète en aucun cas la clinique du patient, mais les stéréotypes culturels qui lui sont associés.

Par ailleurs M. Depret atteste que les stéréotypes exerceraient une influence directe sur les échanges significatifs et la qualité d'interaction entre médecin et patient et encore plus dans le cadre d'une interaction qui présente déjà des préjugés culturels.

Les stéréotypes raciaux s'activent de façon consciente et automatique dès lors que le soignant se trouve face à un patient d'une origine donnée. Puisque nos réactions émotionnelles sont le fruit d'un apprentissage culturel et social, elles ne sont jamais neutres. Ces représentations biaisées se renforcent davantage à travers les échanges entre professionnels de santé, ancrant ainsi durablement des comportements discriminatoires dans les pratiques de soins. Face à la persistance de ces biais cognitifs et représentations stéréotypées dans la pratique soignante, il convient désormais de s'interroger sur les leviers d'action permettant de les réduire.

En premier lieu, le conformisme à l'éthique est essentiel car elle humanise les conduites et indirectement permet l'amélioration de la qualité de l'interaction médecin-patient par la maîtrise de ses biais personnels et ses émotions.

En second lieu, les compétences culturelles ont émergé comme une stratégie prometteuse pour réduire les disparités raciales et ethniques dans la prestation des soins de santé. Selon Depret, ces deux leviers éthiques professionnelle et compétences culturelles agissent de concert : l'un relève de l'engagement moral du soignant envers ses propres représentations, l'autre d'une formation structurée à la diversité culturelle des patients.

Par conséquent, la méfiance et les biais perceptifs influencent directement la qualité de l'interaction soignant-patient. En effet, le comportement raciste défini par Gordon Allport comme un ensemble d'attitudes, de comportements et de réactions émotionnelles négatives envers un groupe constitue le fondement psychologique de ces prises en charge inégalitaires. Allport montre que le préjugé dont le comportement raciste est une expression résulte de processus cognitifs automatiques sous forme de stéréotypes, pouvant se traduire en discrimination.

Les constats théoriques de Monsieur Depret trouvent un ancrage empirique dans les travaux de la socio-anthropologue Anne Véga⁸. Dès 1993, celle-ci documente en milieu hospitalier français des soignants qui mobilisent spontanément l'expression "syndrome méditerranéen" pour qualifier certains patients de simulateurs, justifiant cette étiquette par une surcharge de travail perçue dans les services. Elle observe par ailleurs que le stéréotype ne se limite pas à l'origine géographique mais s'étend à l'appartenance religieuse, révélant ainsi un glissement sémantique qui témoigne de l'enracinement profond du biais. Ce que Depret théorise sur le caractère structurel des biais institutionnels, Véga l'avait donc observé sur le terrain des décennies plus tôt.

Plus significatif encore, les travaux de Dergham et Charles (2020)⁹ publiés dans la revue Médecine confirment que cette stigmatisation se transmet exclusivement par voie orale, des seniors vers les juniors, validée par un environnement institutionnel qui ne cherche pas à déconstruire ces stéréotypes. Ce mécanisme de transmission invisible rejoint directement la thèse de Depret selon laquelle le problème est structurel avant d'être individuel.

Cette réalité théorique et historique est confirmée aujourd'hui par le témoignage du Dr Mahiouz médecin généraliste, anciennement chef de service en gériatrie en Algérie. Son parcours avoir dû tout recommencer en France malgré une expertise confirmée, et avoir vu sa propre compétence remise en cause incarne concrètement le biais institutionnel décrit par Depret. Elle témoigne que les soignants manifestent une réticence face à l'inconnu et à l'étranger, et que le syndrome méditerranéen reste aujourd'hui bien présent dans les pratiques, fonctionnant comme une porte de sortie face à toute incompréhension diagnostique : le patient est renvoyé avec des antidouleurs sans que sa pathologie soit réellement explorée. Le terme "syndrome méditerranéen" est explicitement utilisé à l'hôpital, notamment aux urgences, espace où les patients noirs et maghrébins, particulièrement les personnes âgées, ne sont pas pris au sérieux et se voient renvoyés sans que leur pathologie soit réellement explorée.

⁸<https://stm.cairn.info/revue-medecine-2020-10-page-460?lang=fr>

⁹<https://www.jstor.org/stable/40990105>

Mais le racisme qu'elle a observé ne se limite pas aux soignants. Elle rapporte le cas d'un patient qui, devant subir une transfusion sanguine, avait explicitement exigé de ne pas recevoir de sang provenant de donneurs noirs ou arabes, invoquant la pureté de son sang. Face à ce refus, le Dr Mahiouz l'a invité à réfléchir.

C'est finalement la menace de mort imminente qui a conduit ce patient à rappeler de lui-même pour accepter la transfusion. Ce témoignage révèle une dimension supplémentaire que les travaux de Depret et Véga n'abordent pas directement : le racisme dans l'espace médical est également horizontal, porté par certains patients eux-mêmes, ce qui complexifie d'autant plus la question de la prise en charge égalitaire et la persistance de ce syndrome ».

3. La médecine coloniale comme outil politique

La France a construit sa médecine au service d'une mission civilisatrice dans laquelle les corps colonisés n'étaient pas des patients égaux, mais des objets d'étude et d'exploitation. L'idée de nation française, ancrée depuis Clovis, reposait sur un sentiment d'appartenance communautaire, un territoire et une souveraineté et la colonisation en était le prolongement militaire, économique et idéologique. Dans ce cadre, la médecine n'était pas une science neutre : elle servait à légitimer la hiérarchie raciale.

Les préjugés médicaux trouvent leurs sources dans la littérature médicale du XIX^e siècle Virey 1817, (Letourneau 1869, Montandon 1933) en effet, cet ouvrage s'est principalement basé sur la supériorité de l'homme de "la nation française face à l'homme" des nations étrangère colonisé ». Considérant les personnes issues d'Afrique comme faibles portant un déficit d'autorité ayant pour source l'empreinte d'un désordre politique et social générale. Pour le docteur Clavel, un des indices de faiblesse chez ces personnes c'est leur manque de pilosité associé à un caractère infantile. Il traduisait ce système pileux comme un curseur de l'échelle humaine.

"L'homme est imberbe [...] dans ses mœurs, sa langue, ses goûts et son intelligence, tout est enfantin. Au contraire, la virilité éclate de toutes parts chez les peuples des contrées froides" (Clavel 1860 : 57).¹⁰

Ces idées ont été diffusées essentiellement par des médecins et anthropologues qui étaient vus comme détenteurs d'un savoir immuable.

¹⁰ <https://journals.openedition.org/itineraires/6605>

Et cela dans un seul but celui de pouvoir affirmer et faire perdurer le colonialiste dans le cadre de la supériorité biologique et quelque part nourrir leurs images et celles qu'ils renvoient au monde. Même si cette vision étroite, justifiant la domination à perdurer dans le temps, elle sera vite réfutée dans une perspective d'intérêt parce que les stéréotypes sur les hommes noir ne sont pas fixe.

C'est le courant du naturaliste lors des besoins de la colonisation qui dessinera cette image entre le XIX et XX e siècle par la littérature médicale

afin qu'ils puissent utiliser ces hommes comme "une main d'œuvre" ou soldat par Berger 1870 (:443-450).

Dès lors la "célèbre force noir" naîtras du Général Mangin en 1910 et s'appuiera sur un stéréotype puissant soi-disant hérité de l'esclavagisme et leurs ténacités au long terme.

Pourtant, cette analyse montre que les stéréotypes médicaux n'ont jamais été scientifiquement prouvé mais politiquement construit selon les besoins du moment. Les stéréotypes de cette force physique chez les hommes noirs n'est en rien valorisante car malgré tous le Docteur Beranger Féraud prônera tout de même une supériorité raciale par son intelligence et sa capacité décisionnelle.

Finalement, cette analyse révèle que les stéréotypes médicaux n'ont jamais été scientifiquement prouvés, mais politiquement construits selon les besoins du moment. L'instrumentalisation du corps colonisé restait au service de la légitimité coloniale, quelle que soit la forme qu'elle prenait. Comme le montre Colette Guillaumin dans ses travaux sur l'intersectionnalité, ce biais d'expansion coloniale s'est diffusé à travers toutes les classes sociales et toutes les races, perdurant bien au-delà de la période coloniale. Elsa Dorlin (2006) le confirme en analysant l'interaction entre race, sexe et classe comme moteur de cet héritage.

C'est dans ce contexte de hiérarchisation raciale déjà ancré dans la littérature médicale que va émerger en France le cadre juridique et médical qui mettra en lumière la plainte des travailleurs étranger. Initialement non racialisée, "la sinistrose"¹¹ traduit néanmoins une suspicion institutionnelle envers la plainte du patient, qui sera ensuite appliquée de manière différenciée aux travailleurs immigrés, préparant ainsi le terrain aux interprétations culturalistes comme le syndrome méditerranéen. Après la seconde guerre mondiale, les années 50 ont connu une forte immigration de travail afin de pouvoir reconstruire le pays.

La sinistrose est définie par Brissaud en 1908, il désignait le terme comme étant, à l'origine, une tendance à surévaluer les séquelles d'un accident du travail dans le contexte de la loi du 9 avril 1898, qui permettait pour la première fois à une victime de responsabiliser son employeur.

¹¹<https://fr.wikipedia.org/wiki/Sinistrose>

Aujourd'hui obsolète en médecine, mais employé péjorativement pour un pessimisme excessif ou une attitude revendicatrice. Lié au syndrome méditerranéen par le stéréotype d'exagération des plaintes. C'est dans ce contexte que le syndrome méditerranéen allait apparaître comme terme explicatif : non pas pour reconnaître une pathologie à soigner, mais pour associer la douleur à un trait culturel présumé. Le biais racial cessait d'être une opinion de médecins coloniaux pour devenir un diagnostic clinique permettant de disqualifier certains corps.

Frantz Fanon (1925-1961), un psychiatre martiniquais exerçant en France, devient la première figure à nommer et critiquer ce mécanisme. En 1952, dans un article publié dans la revue *Esprit* intitulé "Le syndrome nord-africain".¹² Il documente et dénonce la façon dont le corps médical français traite la douleur des patients nord-africains comme inconsistante et irréaliste, faute de base lésionnelle identifiable. Pour Fanon, cette attitude est fondamentalement aprioriste : le Nord-Africain n'arrive pas avec un fond commun à sa race, mais sur un fond bâti par l'Européen. (Cf. Pour la révolution africaine écrit politique, Frantz Fanon rééditions numérique 2001)

Ce syndrome nord-africain constitue le précurseur direct de ce qui sera vulgarisé en France sous le nom de syndrome méditerranéen. Fanon y voit une critique du racisme institutionnel dans la médecine française : la croyance répandue selon laquelle le Nord-Africain serait un hypocondriaque cherchant à éviter le travail révèle comment le racisme structurel de la société française brisait l'immigré nord-africain en le forçant à se conformer à ce stéréotype rendant sa vie suffisamment difficile pour lui imposer toutes sortes de maladies psychosomatiques.

Pour Fanon, le racisme ne pouvait pas se scléroser : avec le temps, il se renouvelle, se nuance et change de physionomie. Le fait qu'il ne soit plus biologiquement défendable par la science l'a simplement rendu culturel. La race ne poserait plus un problème, mais la culture si. Pourtant, Fanon lui-même en est la preuve vivante : français, éduqué, médecin, soldat ayant servi son pays, réunissant tous les marqueurs culturels valorisés cela ne l'a pas empêché de subir la discrimination. Ce n'est donc pas la culture, mais le corps racialisé qui pose un problème.

Le "culturel" n'est que la nouvelle couverture d'un biais qui n'a jamais vraiment quitté l'aspect biologique de la médecine coloniale. Reconnaître la douleur de l'autre, c'est reconnaître son égalité par un point commun biologique. Mais le système médical colonial, par une logique institutionnelle, a préféré faire perdurer cette déshumanisation pour asseoir sa légitimité. Les structures du pouvoir et les hiérarchies raciales ont survécu et continuent d'organiser le monde actuel c'est ce que Fanon nomme la colonialité du pouvoir, et c'est par ces biais que certains corps restent aujourd'hui considérés comme moins crédibles dans la médecine contemporaine.

¹²<https://esprit.presse.fr/ressources/portraits/frantz-fanon-2599#>

Face à ce constat, Frantz Fanon propose des solutions en s'appuyant sur la psychothérapie institutionnelle qui prône l'instauration d'un vivre ensemble entre soignants et malades pour faciliter les échanges significatifs. Pour lui, la psychiatrie devait être politique car pour comprendre les patients il faut comprendre leur identité culturelle, suggérer des formes de sociabilité spécifique et intégrer la thérapie dans le processus social plus large. L'héritage de Fanon n'a pourtant pas totalement disparu. Il a inspiré des praticiens qui ont choisi de placer la dimension politique au cœur de leur médecine, une posture qui reste minoritaire dans le monde médical. Parmi eux, le Dr Jean-Claude Métraux, psychiatre spécialisé dans l'accompagnement des familles migrantes à Lausanne, propose une définition politique de la santé : "être et se sentir acteur et auteur, individuel et collectif, de son devenir." (Métraux J-C. Quelle riposte ? Humanitaire. 2012 ; 33).¹³

Cette vision, directement héritée de Fanon, rappelle que soigner un patient racisé sans tenir compte de son contexte social et culturel revient à ignorer une partie de ce qui le rend malade. C'est précisément parce que cette approche reste l'exception et non la règle que Fanon demeure une référence incontournable pour penser les inégalités de soins aujourd'hui.

De la médecine coloniale à la sinistrose, jusqu'au syndrome nord-africain théorisé par Fanon en 1952, une même logique traverse l'histoire : la douleur des corps racisés a systématiquement été niée, culturalisée ou instrumentalisée selon les besoins du moment. Ce n'est donc pas un préjugé isolé qui surgit dans les cabinets médicaux contemporains, mais l'héritage d'une construction historique profonde et structurelle. C'est pour mesurer comment cet héritage se manifeste encore aujourd'hui dans les pratiques soignantes que nous avons choisi d'interroger des experts et des praticiens de terrain.

4 : Impact sur les patients, inégalité de soin et responsabilité éthique.

Dans cette troisième partie, l'objectif est de mettre en avant les effets du symptôme méditerranéen dans la pratique médicale. L'idée n'est pas seulement de dire qu'il s'agit d'un préjugé, mais de démontrer ses effets réels sur les personnes concernées, sur la qualité des soins, et sur la relation de confiance avec le système médical.

4.1. Profils des patients touchés : Qui est concerné ?

Ces patients sont souvent originaires du Maghreb, d'Italie, d'Espagne, de Grèce. Plus largement, ce sont des familles migrantes et racisées en France. Le réel enjeu n'est pas leur origine en elle-même mais la manière dont le regard médical interprète des traits sociaux, culturels ou même linguistiques comme des explications toutes faites de la douleur d'un patient.

¹³ <https://journals.openedition.org/humanitaire/1414>

Ces personnes font face à une expérience récurrente : elles doivent insister pour être prises au sérieux, reçoivent des explications approximatives (“c’est culturel”, “Dans votre communauté, c’est souvent comme ça.”) et sont vite renvoyées vers des causes psychologiques sans examens approfondis.

Ce n’est pas une question de territoire, mais de construction sociale des pratiques de soin.

4.2. Témoignages et analyses : Comprendre les mécanismes de discrimination

Selon nos recherches et trouvaille au sein d’enquêtes et affaires médiatisées, les témoignages révèlent en moyenne quatre mécanismes discriminatoires clairs :

La minimisation des symptômes : Le récit du patient devient suspect avant quelconque examen. Le soin dépend alors de l’identité perçue, non des faits.

Le biais culturel : Un raccourci culturel précède la démarche médicale, risquant des erreurs médicales graves.

L’inégalité des soins : Pour un des symptômes identiques, il y aurait moins d’examens, moins d’antidouleurs, plus d’attente ainsi qu’une orientation psychologique hâtive.

L’effet sur le patient : Ces expériences peuvent entraîner honte, colère, perte de confiance et peut-être même d’un sentiment d’illégitimité ainsi qu’une réticence à signaler de futurs symptômes ou de consulter à nouveau.

On observe alors une tendance à pathologiser les comportements jugés anormaux des “étrangers”.

5. Conclusion

5.1. Conclusion objective d’apprenti chercheuses :

À travers notre démarche rigoureuse, fondée sur l’analyse de la littérature, une enquête de terrain et la confrontation de différentes hypothèses.

L’analyse des données scientifiques montre clairement que ce terme ne correspond à aucune entité médicale reconnue. Il ne figure dans aucune classification officielle, ne repose sur aucun critère diagnostique validé et ne fait l’objet d’aucune démonstration expérimentale. À ce titre, l’hypothèse d’un syndrome médical au sens strict ne peut pas être retenue.

En revanche, les résultats mettent en évidence l’existence de phénomènes plus complexes. D’une part, certains travaux en sciences sociales ainsi que des témoignages de terrain suggèrent que le terme est utilisé de manière informelle dans certains contextes cliniques.

D'autre part, la littérature scientifique internationale confirme que des biais dans l'évaluation de la douleur et dans la prise en charge des patients peuvent exister, sans toutefois être systématiquement étudiés dans le contexte français.

Ainsi, plutôt que de conclure à l'existence d'un syndrome, il apparaît plus pertinent d'interpréter le "syndrome méditerranéen" comme une catégorie non validée, située à l'interface entre pratiques médicales, représentations culturelles et limites de l'évaluation clinique.

Ce travail met également en lumière une difficulté méthodologique importante : l'absence ou la rareté de certaines données ne constitue pas en soi une preuve définitive. Elle peut aussi révéler des angles morts de la recherche, liés à des choix scientifiques, institutionnels ou sociaux. Cette observation invite à adopter une posture prudente, en distinguant rigoureusement ce qui est démontré de ce qui reste à explorer.

Par ailleurs, l'enquête réalisée souligne l'importance des outils d'évaluation standardisés, tels que les questionnaires de douleur, qui permettent de limiter la subjectivité et d'améliorer la qualité de la prise en charge. Elle met également en évidence la nécessité d'une réflexion sur les pratiques médicales, notamment en ce qui concerne les biais cognitifs et les interactions interculturelles.

Enfin, ce travail illustre plus largement un enjeu central de la démarche scientifique : la nécessité de questionner en permanence les catégories utilisées, de vérifier leur validité et de rester attentif aux écarts entre savoirs théoriques et pratiques réelles.

5.2. Conseils pour des chercheurs qui voudraient aller plus loin :

-Étudier davantage les biais dans le système de santé français pour mieux comprendre comment ils influencent la prise en charge des patients.

-Comparer les pratiques médicales entre plusieurs pays afin de voir si les mêmes problèmes existent ailleurs. Examiner davantage les différentes pratiques et approches médicales.

-Examiner et approfondir les formations contre les discriminations pour évaluer leur efficacité réelle et les adapter aux besoins concrets en situation quotidienne.

-Analyser et évaluer plus précisément le rôle des facteurs sociaux et culturels dans la relation soignant-patient.

SOURCES BIBLIOGRAPHIQUE / WEBOGRAPHIE

<https://www.erudit.org/en/journals/rf/2015-v28-n2-rf02280/1034181ar/abstract/>

(Étude intersectionnalité Par Colette Guillaumin, Volume 28, Number 2, 2015, p. 179–197)

<https://www.contretemps.eu/wp-content/uploads/Contretemps-16-50-54.pdf>

(Genre , esclavage et racisme : là fabrication de la virilité par Elsa Dorlin 2006)

https://www.researchgate.net/profile/Cristina-Ferreira-24/publication/364720501_Retour_sur_la_sinistrose_dite_nevrose_de_revendication/links/635827256e0d367d91c68ae5/Retour-sur-la-sinistrose-dite-nevrose-de-revendication.pdf

(Retour sur la sinistrose, dite névrose de revendications" par Christina Ferreira septembre 2007 carnet de bord numéro 13)

<https://journals.openedition.org/humanitaire/1414>

(Jean-Claude Métraux, « Quelle riposte ? », Humanitaire [En ligne], 33 | 2012, mis en ligne le 06 novembre 2012, consulté le 23 avril 2026.)

<https://www.sciencedirect.com/journal/ethique-and-sante/vol/13/issue/1>

(Med Sci (Paris) 2025; 41 (12) : 1031–1038) Volume 13, Issue 1, March 2016, Pages 13-19)

Livre : Virey, Julien-Joseph, 1815, « Femme », dans Dictionnaire des sciences médicales, t. XIV, Paris, Panckoucke éditeur.

Livre : Virey, Julien-Joseph, 1817, « Homme », dans Dictionnaire des sciences médicales, vol. XXI, Paris, Panckoucke.

Livre : Virey, Julien-Joseph, 1824, Histoire naturelle du genre humain, t. II, Paris, Crochard libraire-éditeur.

Livre : (Clavel 1860 :57) Clavel, Adolphe, 1860, Les Races humaines et leur part dans la civilisation, Paris, Poulet-Malassis et De Broise éditeurs

Livre : Berger 1870 (: 443-450) Berger, Charles-Victor, 1870, « Considérations hygiéniques sur les tirailleurs sénégalais », Archives de médecine navale, no 14, Paris, J. B. Baillière.

Livre : Beranger Feraud Bérenger-Féraud, Laurent Jean-Baptiste, 1879, Les Peuplades de la Sénégambie, Paris, Ernest Leroux.

<https://www.icmigrations.cnrs.fr/2021/02/18/defacto-025-04/>

(Mathieu Ichou, « Discriminations et renoncement aux soins dans le système de santé français », in : Solène Brun et Anne Gosselin (dir.), Dossier « Un système de santé universel ? Inégalités et discriminations dans le soin en France », De facto [En ligne], 25 | Mars 2021, mis en ligne le 19 Mars 2021.)

<https://inkyfada.com/fr/2024/09/07/syndrome-mediterraneen-sante-france-raciste/>

(“Syndrome méditerranéen” : le système de santé français face aux biais racistes Par Lou Inès Bes publié le 07 Septembre 2024.)

<https://mrx.be/article-le-syndrome-mediterraneen/>

(‘Le « syndrome méditerranéen », Reflet des discriminations et du racisme dans le milieu médical Écrit par Emmanuelle Thyot, étudiante en 3^{ème} année à Sciences Po Toulouse. Publié en octobre 1, 2020)

https://www.ined.fr/sites/default/files/imported_images/communique_ined_recherche_mi_14092_Ovemail.fr.pdf

(“Les discriminations dans le système de santé français :^{SEP}un obstacle à l’accès aux soins” Par Ined institut national d’études démographiques. Publié le 15/09/2020)