



Projet zététique

Quelle est la validité scientifique du “syndrome méditerranéen” ?

Réalisé par :

Boutemine oussama

M1-génie civil

oussama.boutemine@etu.u
niv-grenoble-alpes.fr

Tables des matières

1.Qu'est-ce que le syndrome méditerranéen ?.....	2
2.Méthode de recherche.....	3
3.Quelles sont les origines de ce concept ? reposent-elles réellement sur la science ?.....	3
3.1 l'origine anthropologique : culture et expression de la douleur.....	3
3.2 contexte colonial français.....	4
3.2.1 théorie de primitivisme.....	5
3.2.2 La koulchite : un ancêtre du « syndrome méditerranéen ».....	5
3.3. Conclusion 1.....	6
4.Ce biais persiste-t-il aujourd'hui dans le système de santé français ? Ou s'agit-il d'une idée dépassée, appartenant au passé ?.....	6
4.2 Conclusion 2.....	8
5.Témoignage d'une spécialiste.....	9

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

Selon l'observatoire européen de la diversité il est défini comme un **“BIAIS RACISTE SELON LEQUEL LES PROFESSIONNELLES DE SANTÉ SUPPOSENT QU'UNE PERSONNE D'ORIGINE NORD-AFRICAINE, HISPANIQUE OU NOIRE EXAGÈRE SES SOUFFRANCES OU SIMULE SES SYMPTÔMES. UNE CROYANCE SANS AUCUN FONDEMENT SCIENTIFIQUE QUI REMONTE À LA COLONISATION ET AUX PREMIÈRES VAGUES D'IMMIGRATION EN EUROPE. CE PHÉNOMÈNE REPOSE SUR DES RECHERCHES ANTHROPOLOGIQUES RUDIMENTAIRES, AFFIRMANT QUE LES POPULATIONS MÉDITERRANÉENNES AURAIENT TENDANCE À EXPRIMER LEURS DOULEURS DE MANIÈRE PLUS OUVERTE. CETTE INCOMPRÉHENSION CULTURELLE ENTRAÎNE UNE MINIMISATION DES SOUFFRANCES ET UNE MAUVAISE PRISE EN CHARGE DES PATIENTES.”**ⁱ

Pour évaluer la validité scientifique du syndrome méditerranéen, cette recherche se penche sur plusieurs questions :

- Quelles sont les origines de ce concept ? reposent-elles réellement sur la science ?
- Ce biais persiste-t-il aujourd'hui dans le système de santé ? Ou s'agit-il d'une idée dépassée, appartenant au passé ?

2.Méthode de recherche

Le syndrome méditerranéen présentant des parallèles dans plusieurs pays, j'ai choisi de me concentrer principalement sur le contexte français. Ma recherche s'est faite en ligne, à partir d'études réalisées par des spécialistes, de revues de littérature, d'articles scientifiques et de mémoires universitaires publiés sur des plateformes considérées comme fiables, comme ResearchGate, PubMed ou Cairn.info.

La démarche a commencé par une recherche ciblée sur le « syndrome méditerranéen ». Au fur et à mesure de la lecture des documents, de nouveaux concepts et éléments de contexte sont apparus, ce qui m'a amené à élargir le champ de recherche. Par exemple, en travaillant sur le syndrome méditerranéen, j'ai découvert le terme de *koulchite*, que j'ai ensuite exploré à son tour, et ainsi de suite, en suivant ces pistes pour reconstruire progressivement l'arrière-plan historique et scientifique du sujet.

3. Quelles sont les origines de ce concept ? reposent-elles réellement sur la science ?

3.1 l'origine anthropologique : culture et expression de la douleur.

Ses origines anthropologiques varient et les sociologues ne sont pas unanimes sur ce sujet vu le nombre important d'études réalisées dans le passé en essayant de trouver un lien entre la description de la supposée perception ou expression culturelle de la douleur.ⁱⁱ Parmi celles qui ont contribué à diffuser cette idée, on retrouve notamment l'étude menée dans les années 1950 par l'anthropologue Zborowski : **“Cultural Components in Responses to Pain” (1952)**, réalisée à New York.

Zborowski y examine le rapport à la douleur chez 3 groupes de patients : personnes juives, personnes issues de la diaspora italienne, et Américains « de souche » d'origine irlandaise. Il en tire alors la conclusion suivante :

“les Américains de longue date l'acceptaient [la douleur] avec réalisme. Ils se replient sur eux-mêmes quand la douleur est intense, et ne pleurent ou ne gémissent que lorsqu'ils sont seuls. Les Juifs et les Italiens, par ailleurs, ont tendance à se plaindre à voix haute et à chercher ouvertement soutien et compassion. [...] Les Juifs s'inquiètent en général du sens et des implications de la douleur tandis que les Italiens expriment d'ordinaire le désir d'un Soulagement immédiat”ⁱⁱⁱ

Bien que considérée comme valable à l'époque, cette étude n'a pas résisté au temps. Ses nombreuses failles méthodologiques et ses biais personnels sont aujourd'hui largement soulignés. D'abord, les conclusions reposent sur des généralisations stéréotypées qui ignorent les variations au sein des groupes eux-mêmes, un exemple typique d'essentialisme culturel. L'étude néglige aussi des facteurs essentiels comme le genre, le statut socio-économique, l'âge ou l'expérience migratoire.^{iv}

L'échantillon retenu était très particulier : principalement des vétérans, des immigrés et des patients d'un hôpital new-yorkais. Cela pose forcément la question de la validité de ses conclusions pour représenter des « cultures » entières^v. Enfin, d'un point de vue méthodologique, Zborowski s'appuyait presque exclusivement sur des observations et des entretiens ethnographiques, des méthodes qualitatives anciennes, dépourvues de mesures objectives (par exemple les réponses physiologiques), pourtant jugées indispensables par les recherches ultérieures.^{vi}

Des années plus tard, Zola s'est lui aussi intéressé au lien entre culture et expression de la douleur. En 1966, il avance que la manière dont un patient exprime sa douleur dépendrait de la valeur que son groupe culturel lui accorde. Il écrit ainsi que, « contrairement aux Italiens qui expriment davantage leur douleur, les Irlandais ont plutôt tendance à minimiser leur

souffrance »^{vii}. Ces conclusions sont aujourd'hui considérées comme aberrantes par les cliniciens, en raison des failles méthodologiques et des biais de confirmation qu'elles comportent. Il est également essentiel de rappeler l'omniprésence de la pensée raciste dans une grande partie de la recherche scientifique de cette époque, ce qui influence directement la manière dont les résultats étaient formulés et interprétés.

La douleur, qui est une expérience profondément subjective et dont les mécanismes sont complexes, ne peut en aucun cas être réduite à une supposée appartenance « ethno-culturelle ». Toute tentative de l'expliquer par des catégories culturelles simplistes passe nécessairement à côté de la réalité, à la fois biologique, psychologique et sociale, de l'expérience douloureuse.

3.2 contexte colonial français

Pour étudier la corrélation entre le contexte colonial et l'existence du « syndrome méditerranéen », j'ai choisi d'illustrer le cas franco-algérien.

3.2.1 théorie de primitivisme

Pour étudier la corrélation entre le contexte colonial et l'existence du « syndrome méditerranéen », j'ai choisi d'illustrer le cas franco-algérien.

Le système colonial reposait sur une séparation nette entre les colons et les indigènes. Ces derniers étaient décrits comme « mal civilisés », sauvages, barbares, nuisibles, ennemis de la civilisation, voire comme des animaux féroces à surveiller ou à pourchasser. La psychiatrie coloniale participe alors à une quête visant à identifier une prétendue « spécificité » de la personnalité arabe, censée démontrer l'infériorité de l'indigène et légitimer ainsi le système de domination coloniale. C'est dans ce cadre que se développe le mythe de « l'indigène nord-africain », ^{viii} largement façonné par Antoine Porot, promoteur de la théorie du primitivisme.

À titre d'exemple, Porot écrit :

« J'en vois une preuve et une démonstration dans le caractère spécial des manifestations pithiatiques chez les indigènes de l'Afrique du Nord... Or l'indigène, gros débile mental, dont les activités supérieures et corticales sont peu évoluées, est surtout un être primitif dont la vie, essentiellement végétative et instinctive, est réglée par son diencephale. Le moindre choc psychique se traduit surtout par des démonstrations de type diencephalique, beaucoup plus que par des réactions psychomotrices complexes et différenciées. »^{ix}

Ici, Porot soutient que l'indigène serait gouverné par son diencephale (la zone centrale du cerveau), contrairement à « l'homme civilisé », c'est-à-dire l'homme blanc, qui utiliserait son cerveau antérieur. Il poursuit d'ailleurs :

« Cet ensemble anatomo-psycho-social rend compte des insuffisances de l'indigène et justifie du même coup l'appropriation du pouvoir par l'Européen. »^x

3.2.2 La koulchite : un ancêtre du « syndrome méditerranéen »

Le terme *koulchite* apparaît dans la médecine coloniale française. Il s'agit d'un néologisme formé à partir du mot arabe *koulchi* (« tout ») et du suffixe médical *-ite*, associé aux inflammations. Ce terme, considéré comme l'ancêtre direct de ce qu'on appelle aujourd'hui le « syndrome méditerranéen », était utilisé par des patients durant la période coloniale pour exprimer une souffrance généralisée, sans distinction précise entre douleur physique, émotionnelle ou sociale.^{xi}

Plutôt que de comprendre cette expression comme ce qu'elle est réellement, une manière linguistique et culturelle de dire que « tout fait mal », que tout dans la vie est source de douleur, les médecins coloniaux l'ont interprétée comme une exagération, voire comme un signe d'hystérie ou d'irrationalité. Comme le raconte Malika Mokeddem dans *L'Interdite*, la parole des patients était immédiatement disqualifiée : la plainte était vue comme excessive, suspecte, « typique » de l'indigène, sans que soit pris en compte leur vécu, ni les conditions matérielles et sociales dans lesquelles ils évoluaient.

La *koulchite* devient ainsi un exemple parlant de la manière dont : un fait linguistique est transformé en symptôme, l'expression de la douleur est pathologisée, la parole des indigènes est systématiquement disqualifiée, les comportements cliniques sont lus à travers un prisme racial.

3.3. Conclusion 1 : Donc pour répondre à la question, À partir de l'ensemble de ces éléments, il apparaît clairement que le syndrome méditerranéen est très loin d'être un concept clinique fondé scientifiquement. Il s'agit avant tout de l'héritage direct d'une tradition anthropologique marquée par des préjugés raciaux, soutenue par des études méthodologiquement fragiles et par des constructions coloniales profondément déshumanisantes. Ce « syndrome » résulte d'une double fabrication : d'un côté, la construction d'une supposée psychologie indigène inférieure, justifiée par la théorie du primitivisme ; de l'autre, la notion de *koulchite*, qui transformait l'expression linguistique et culturelle de la douleur en signe d'hystérie ou d'exagération, disqualifiant ainsi la parole des patients indigènes.

On a vu jusqu'à présent que le syndrome méditerranéen s'inscrit dans un passé raciste et colonial, et que sa construction repose sur des biais profonds. La question qui se pose maintenant est la suivante : ces biais existent-ils encore aujourd'hui, ou s'agit-il d'un vestige dépassé, d'un préjugé appartenant uniquement au passé ?

4. Ce biais persiste-t-il aujourd'hui dans le système de santé français ? Ou s'agit-il d'une idée dépassée, appartenant au passé ?

Les études faites pour démontrer ça en France ne sont pas nombreuses, relativement au contexte américain mais elles existent et je vois qu'elles sont suffisantes pour nous donner idée sur le sujet. Parmi je cite les résultats suivants :

1) Marguerite Cognet, chercheuse au laboratoire URMIS (UMR IRD & CNRS) et spécialiste de la sociologie du racisme, a mené plusieurs enquêtes sur les discriminations raciales dans les établissements hospitaliers français. Ses travaux analysent la manière dont les appartenances ethniques ou raciales, réelles ou supposées, influencent la relation de soin et les décisions médicales.

Résultats :

Les observations menées dans les services psychiatriques montrent que les patients perçus comme appartenant à des groupes « raciaux » infériorisés reçoivent des traitements différenciés. En particulier, les soignants administrent plus fréquemment des traitements par injection aux patients racisés, tandis que les patients majoritaires bénéficient des mêmes soins par voie orale. Cette différence est justifiée par des stéréotypes tels que « ces patients-là, il faut les traiter immédiatement ».

L'étude met également en évidence une catégorisation raciale implicite : les patients considérés comme « noirs » sont souvent perçus comme plus violents, ce qui conduit à un usage plus fréquent et parfois préventif de la contention.

Dans une autre enquête portant sur les parcours thérapeutiques de personnes séropositives, Cognet montre que les patients issus de minorités — notamment d'Afrique subsaharienne ou du Maghreb — sont plus souvent testés et orientés sans leur consentement ou sans explication claire. À l'inverse, les patients majoritaires participent activement aux décisions médicales et au choix de leur suivi. ^{xii}

2) Entre 2014 et 2016, les associations *Migrations Santé Alsace* et *l'Observatoire Régional de l'Intégration et de la Ville* (ORIV) ont conduit une enquête collaborative sur les discriminations liées à l'origine dans le domaine de la santé. Leur objectif était d'identifier comment les préjugés culturels et les barrières de communication influencent la qualité des soins et l'égalité de traitement des patients.

Résultats :

L'étude met en lumière plusieurs cas concrets de discrimination : un médecin refusant une visite à domicile à un patient vivant en foyer, un retard d'admission en maison de retraite

pour une femme gitane, ou encore une dégradation du suivi pour une patiente d'origine turque.

Deux facteurs majeurs expliquent ces inégalités :

- **Les stéréotypes culturels** présents dans la relation soignant/soigné, comme le refus d'un fauteuil roulant à un patient turc par peur qu'il ne le « revende ».
- **La barrière linguistique**, qui crée des malentendus dans la compréhension des traitements. Le recours à une interprète professionnelle a d'ailleurs permis, dans le cas d'une patiente turque diabétique, d'améliorer considérablement son suivi médical.^{xiii}

3) Une étude nationale sur la transplantation rénale en France a comparé l'accès à la greffe entre patients français et non français, ainsi qu'entre résidents de métropole et des territoires d'outre-mer (FOT). L'objectif était d'évaluer si des disparités existaient dans le parcours d'attente et les conditions de greffe selon l'origine ou le lieu de résidence.

Résultats :

Les données montrent des inégalités marquées. Les patients d'Afrique subsaharienne et les Français vivant dans les FOT attendent beaucoup plus longtemps une greffe, jusqu'à **environ 40 mois contre 14 mois** pour les patients métropolitains. Ces écarts demeurent significatifs même après ajustement des facteurs médicaux et logistiques, indiquant une inégalité structurelle d'accès aux soins.

L'étude révèle également un **moins bon appariement HLA** (critère de compatibilité immunologique) pour les patients africains, ainsi qu'un **temps d'ischémie froide** (délai entre prélèvement et greffe) plus long pour les Grecs et les résidents des FOT.^{xiv}

4) Entre 2009 et 2012, une enquête menée dans plusieurs hôpitaux parisiens a examiné les pratiques de soin envers les patientes identifiées comme roms, en particulier dans les services de gynécologie-obstétrique. L'objectif était d'analyser comment la « différence culturelle » influence la relation de soin et la qualité de la prise en charge médicale

Résultats Les professionnelles de santé évoquent souvent la jeunesse des femmes roms enceintes comme un fait « culturel », considérant ces grossesses précoces non pas comme un signe de vulnérabilité ou de maltraitance, mais comme une tradition. Cette perception conduit parfois à un assouplissement injustifié des obligations légales, comme le signalement des grossesses de mineures.

Par ailleurs, la « différence culturelle » est fréquemment invoquée pour justifier certaines pratiques, notamment le refus d'aborder la contraception avec ces patientes, sous prétexte que la « culture rom » serait opposée à la limitation des naissances. Pourtant, des études montrent que beaucoup de ces femmes souhaitent accéder à des moyens contraceptifs mais manquent d'informations et de soutien médical.

Des soignants ont décrit leurs pratiques consistant à opter systématiquement pour la chirurgie en cas de grossesse extra-utérine chez les patientes qu'ils identifient comme roms, plutôt que

pour un traitement par injection pourtant possible médicalement. Elle justifie ce choix par leurs conditions de vie précaires et leurs « difficultés de compréhension », estimant qu'elles ne pourraient pas suivre le protocole médical nécessaire^{xv}.

4.2 Conclusion 2

À partir de ces études sur les discriminations raciales dans le système de santé français montrent que, bien que le « syndrome méditerranéen » ne soit plus employé comme diagnostic officiel, ses logiques demeurent présentes dans les pratiques médicales contemporaines. Ces enquêtes mettent toutes en évidence des inégalités persistantes selon l'origine réelle ou supposée des patients : recours différencié à certains traitements, moindre accès à l'information et au consentement, stéréotypes culturels sur la douleur, la contraception ou la discipline thérapeutique.

Ces biais, souvent justifiés au nom de l'« adaptation culturelle », traduisent en réalité une reproduction de hiérarchies raciales. Ils montrent que les patients perçus comme étrangers, méditerranéens, africains ou roms continuent d'être considérés comme « autres », donc comme moins crédibles dans leur parole ou moins capables de participer à leur propre soin.

Ainsi, le syndrome méditerranéen n'existe plus comme concept médical explicite, mais subsiste dans les pratiques et représentations : il agit aujourd'hui comme un biais implicite, structurant certaines attitudes médicales et contribuant à la persistance d'inégalités systémiques dans le système de santé français.

Ces préjugés sont d'autant plus renforcés par le manque de moyens et les contraintes du système de santé français. La pénurie de personnel, le manque de temps et la surcharge de travail poussent certains soignants à s'appuyer sur des stéréotypes pour aller plus vite dans leurs jugements cliniques. Faute de formation et de ressources suffisantes, ces biais culturels et raciaux s'enracinent ainsi dans les pratiques quotidiennes, révélant que la précarité du système accentue les inégalités plutôt que de les corriger.

5. Témoignage d'une spécialiste

Après cette recherche personnelle, j'ai souhaité confronter mes lectures à une expérience de terrain. J'ai donc interviewé une proche, docteure en gynécologie à l'hôpital Mustapha Pacha d'Alger, qui a préféré conserver l'anonymat. Bien que le « syndrome méditerranéen » soit un concept spécifiquement ancré dans le contexte français, des logiques similaires de discrimination existent ailleurs, notamment en Algérie. Son témoignage offre ainsi un regard précieux sur les formes contemporaines de racisme médical dans d'autres systèmes de santé. Au cours de notre échange, elle a expliqué que les mêmes mécanismes de préjugés et

d'exclusion se reproduisent à l'encontre des minorités, en particulier des femmes noires migrantes originaires d'Afrique subsaharienne. Dans les services de gynécologie, ces patientes font souvent l'objet de mesures de sécurité excessives : port de doubles gants, de doubles masques, limitation du contact physique ou encore usage de tables d'examen « réservées », au lieu de simplement changer les draps d'examen comme pour les autres patientes. Certaines reçoivent automatiquement des tests VIH sans leur consentement, sur la base d'une présomption injustifiée de séropositivité.

Elle évoque également un biais diagnostique : les consultations avec ces patientes sont souvent plus courtes, en raison de la barrière linguistique, et donc les diagnostics médicaux sont rarement approfondies. Dans certains cas, des soignantes préfèrent les orienter vers d'autres établissements, par peur qu'elles soient « porteuses de maladies dangereuses » et pour éviter toute responsabilité en cas de complication médicale.

Ce témoignage met en lumière que, même au-delà du contexte français, les logiques racialisantes dans la relation de soin perdurent, révélant à quel point les biais culturels et les inégalités structurelles traversent les systèmes de santé.

Les conseils pour des chercheurs qui voudraient aller plus loin :

- Renforcer les études quantitatives en menant des enquêtes à grande échelle afin de mesurer précisément les inégalités de traitement selon l'origine des patients.
- Examiner plus finement l'histoire du concept, en explorant les archives de la médecine coloniale et les pratiques des générations précédentes de soignants.
- Évaluer l'efficacité des formations sur la lutte contre les discriminations et la communication interculturelle, afin d'améliorer les pratiques professionnelles

ⁱ <https://diversite-europe.eu/news/le-syndrome-mediterraneen-ou-comment-les-prejuges-medicaux-existants-persistent/> (Observatoire européen de diversité, 13 décembre 2023)

ⁱⁱ <https://www.health-equity-network.ch/uploads/images/RMS-2025-Racisme-3.pdf> (Callister, Lynn. (2003). Cultural Influences on Pain Perceptions and Behaviors. Home Health Care Management & Practice. 15. 207-211. 10.1177/1084822302250687.)

ⁱⁱⁱ <https://corpus.ulaval.ca/server/api/core/bitstreams/3d09b4d2-9b63-4888-ae18-e05af36adaf5/content> (EDITH POULIOT, LA PERCEPTION DE LA DOULEUR CHRONIQUE Analyse sociologique du vécu douloureux au quotidien, 2014, Université laval)

^{iv} <https://corpus.ulaval.ca/server/api/core/bitstreams/3d09b4d2-9b63-4888-ae18-e05af36adaf5/content>

^v [Lien vers l'article](#) (M. Lambert, J. Lachal, M. Mansouri, R. Radjack, M.-R. Moro, Syndrome méditerranéen et monde médical français, un préjugé raciste encore actif. Un parallèle avec l'article sur le « syndrome nord-africain » de Frantz Fanon, La Revue de Médecine Interne, Volume 43, Issue 7, 2022)

^{vi} <https://shs.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2016-2-page-142?lang=fr> (Rabardel, J. (2016). Une dérive de la psychiatrie : le discours colonial en Algérie. VST - Vie sociale et traitements, 130(2), 142-146. <https://doi.org/10.3917/vst.130.0142>.)

^{vii} <https://shs.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2016-2-page-142?lang=fr>

^{viii} https://cahiers.crasc.dz/pdfs/n_20_soulimane_nadia.pdf (nadia soulimane, Les cahiers du CRASC n° 20, 2009, pp. 99-103)

^{ix} <https://shs.cairn.info/revue-cahiers-de-la-lcd-lutte-contre-les-discriminations-2017-3-page-25?lang=fr> (Cognet, M. (2017). Du traitement différentiel à la discrimination raciste dans les pratiques cliniques. Cahiers de la LCD, 5(3), 25-42. <https://doi.org/10.3917/clcd.005.0025>.)

^x <https://shs.cairn.info/revue-cahiers-de-la-lcd-lutte-contre-les-discriminations-2017-3-page-111?lang=fr> (Donnard, G. et Jung, J. (2017). Quand les discriminations interrogent les pratiques des professionnels-les de santé ? Cahiers de la LCD, 5(3), 111-130. <https://doi.org/10.3917/clcd.005.0111>.)

^{xi} https://journals.lww.com/transplantjournal/abstract/2006/04270/access_to_kidney_transplantation_in_france_of.13.aspx (Cantrelle, Christelle¹; Laurens, Chantal¹; Luciolli, Esmeralda¹; Loty, Bernard¹; Tuppin, Philippe^{1,2}. Access to Kidney Transplantation in France of Non-French Patients and French Patients Living in Overseas Territories. Transplantation 81(8):p 1147-1152, April 27, 2006. | DOI: 10.1097/01.tp.0000205182.96861.3a)

^{xii} <https://shs.cairn.info/revue-terrains-et-travaux-2016-2-page-85?lang=fr> (Prud'homme, D. (2016). Du « soin global » au traitement discriminatoire La prise en charge de patientes identifiées comme roms dans un service de gynéco-obstétrique parisien. Terrains & travaux, 29(2), 85-104. <https://doi.org/10.3917/tt.029.0085>.)

^{xiii} <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8480223/> (Encandela JA. Social science and the study of pain since Zborowski: a need for a new agenda. Soc Sci Med. 1993 Mar;36(6):783-91. doi: 10.1016/0277-9536(93)90039-7. PMID: 8480223.)

^{xiv} [https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(96\)70221-4/abstract](https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(96)70221-4/abstract) (Pain Assessment and Ethnicity Todd, Knox HAnnals of Emergency Medicine, Volume 27, Issue 4, 421 - 423)

^{xv}

https://www.researchgate.net/publication/244916406_Cultural_Influences_on_Pain_Perceptions_and_Behaviors (Callister, Lynn. (2003). Cultural Influences on Pain Perceptions and Behaviors. Home Health Care Management & Practice. 15. 207-211. 10.1177/1084822302250687.)