Racisme dans les soins (partie 3) : le syndrome méditerranéen*

ELISE BLANDENIER[a], MANON CHOLLET[b], Dr KEVIN MORISOD[c], Dre VÉRONIQUE GRAZIOLI[c], KEVIN DZI[d], Pr PATRICK BODENMANN[c] et Dr RAINER TAN[c]

Rev Med Suisse 2025; 21: 1299-302 | DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.923.47038

Le «syndrome méditerranéen» est un préjugé ethno-racial définissant une supposée pratique culturelle selon laquelle les patient-e-s issu-e-s du pourtour méditerranéen exprimeraient de manière plus démonstrative leur douleur que les autres. Les origines de ce syndrome peuvent être retracées et situées temporellement. La catégorie de patient-e-s concerné-e-s par cette dénomination a évolué et inclut aujourd'hui d'autres personnes. Il serait confortable de considérer que le «syndrome méditerranéen» a été relégué à l'histoire. Pourtant, il demeure encore bien présent dans les soins et reste une source de racisme dans les soins. Cet article analyse et présente les origines de ce concept et propose des outils aux soignant-e-s afin qu'ils et elles soient en mesure d'identifier et de ne pas reproduire cette discrimination.

Racism in health care (part 3): the mediterranean syndrome

The "Mediterranean syndrome" is an ethno-racial prejudice defining a supposed cultural practice whereby patients from the Mediterranean region express their pain more demonstratively than others. The origins of this syndrome can be traced back in time, and the group of patients labeled under this term has evolved over time to include other populations. It might be comforting to assume that "Mediterranean syndrome" is a thing of the past. However, it is still very much present in healthcare today, and remains a source of racism in healthcare. This article analyses and presents the origins of this concept, and provides caregivers with tools to help recognize and avoid reproducing this discrimination.

INTRODUCTION ET DÉFINITION DU «SYNDROME MÉDITERRANÉEN»

Le «syndrome méditerranéen» est un préjugé ethno-racial définissant une supposée pratique culturelle selon laquelle les patient-e-s issu-e-s du pourtour méditerranéen exprimeraient de manière plus exacerbée leur douleur que ceux d'autres origines.[1] La catégorie de patient-e-s concerné-e-s par cette dénomination varie. Ce sont généralement les patient-e-s originaires du continent africain, plus précisément du Maghreb[1,a] qui sont concernés. Cependant, la dénomination peut être élargie aux patient-e-s en provenance d'Asie, des communautés «Roms» et des Balkans, selon le contexte,[2,3] bien loin donc du «pourtour méditerranéen». Cette croyance a, notamment, pour conséquence des différences dans l'administration de traitements antalgiques ou un retard dans l'administration de ces derniers.[2]

Il s'agit d'un concept raciste dont la réalité anthropologique n'est pas démontrée. En effet, il n'a jamais été établi que les populations issues du pourtour méditerranéen ainsi que de l'Asie et des Balkans auraient des pratiques partagées autour de l'expression de leur douleur. Pourtant, cette expression est encore très présente dans les soins comme le démontre une étude menée dans des hôpitaux parisiens par Dergham en 2018.[2] Sans définition officielle et transmis informellement et oralement, le «syndrome méditerranéen» persiste insidieusement dans les contextes de soins. Cet article a pour but de comprendre d'où vient le terme «syndrome méditerranéen» et comment ce dernier est exploité par les soignant-e-s (**figure 1**), dans le but de prévenir toute reproduction de discriminations et de disparités dans les soins.

AUX ORIGINES D'UN MYTHE ANTHROPOLOGIQUE

Les origines de ce «syndrome» sont diverses et les chercheur-euse-s en sciences sociales ne sont pas unanimes à ce sujet. Plusieurs théories ont été élaborées pour décrire la supposée perception ou expression culturelle de la douleur. Des similarités et une redondance dans ces différentes théories sont observables. C'est l'origine probablement mixte de ce concept pseudo-anthropologique qui permet d'expliquer la diversité des catégories de personnes concernées par cette discrimination.

Dans les années 1950, l'anthropologue Zborowski mène, à New York, une étude très connue sur le lien entre la douleur et la culture.[4] Il y étudie le rapport à la douleur de trois groupes de patient-e-s (juif-ve-s, patient-e-s issus de la diaspora italienne et les Américain-e-s «de souche» issus de la diaspora irlandaise). Il tire de son étude des conclusions culturalistes sur l'expression de la douleur. Bien évidemment, les travaux de Zborowski, ancrés dans leur époque, manquent de nuances et ne prennent pas en considération un très grand nombre de biais. Les facteurs socioéconomiques, notamment, ne sont pas considérés[5] et la pertinence de la méthodologie dans le choix des groupes étudiés peut être questionnée. Un

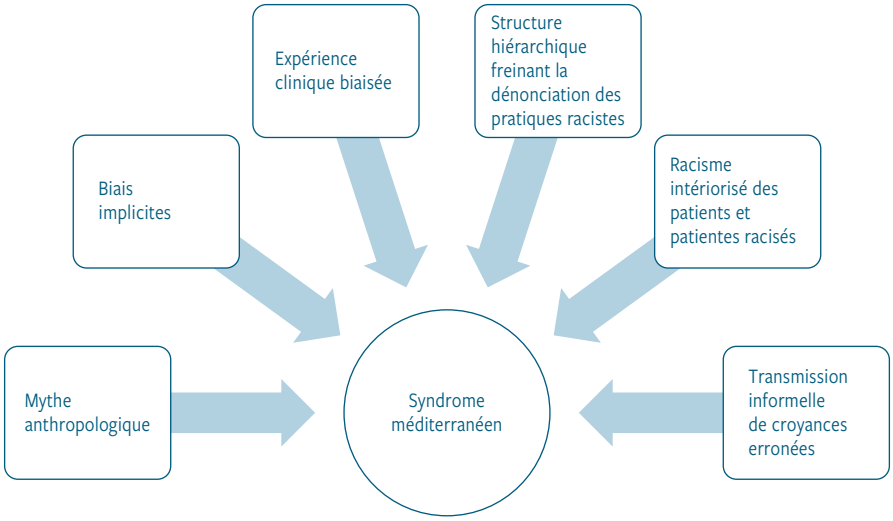
[a]Doctorante, Institut de recherches sociologiques, Université de Genève, Uni-Mail, 1211 Genève 4, [b]Doctorante, Institut des sciences sociales, Centre en études genre, Université de Lausanne – Géopolis, 1015 Lausanne, [c]Département vulnérabilités et médecine sociale, Centre universitaire de médecine générale et de santé publique, Unisanté, 1011 Lausanne, [d]Institut des humanités en médecine, Centre hospitalier universitaire vaudois, Université de Lausanne, 1011 Lausanne
elise.blandenier@etu.unige.ch | manon.chollet@unil.ch | kevin.morisod@unisante.ch
veronique.grazioli@unisante.ch | kevin.dzi@chuv.ch | patrick.bodenmann@unisante.ch
rainer.tan@unisante.ch

*Le premier volet de cet article: «Racisme dans les soins (partie 1) : un enjeu d'équité en santé» est paru dans la RMS du 4 décembre 2024. DOI.2024.20.898.2302 et le deuxième volet «Racisme dans les soins (partie 2) : biais implicites» est paru dans la RMS du 19 février 2025. DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.906.351

[a]La région du Maghreb inclut généralement la Tunisie, le Maroc et l'Algérie.

FIG 1 **Facteurs influençant la persistance de l'utilisation du concept**

La persistance de l'utilisation du terme «syndrome méditerranéen» est liée à différents mécanismes.



autre chercheur, Zola, s'est également intéressé au rapport entre la culture et la plainte douloureuse.[6] Il conclut que la douleur ressentie par le-la patient-e va dépendre de la valeur accordée à cette dernière à l'intérieur de son propre groupe culturel.[6] Une conclusion que beaucoup de clinicien-ne-s trouveraient aberrante aujourd'hui. En effet, la douleur est une dimension profondément subjective et ses mécanismes complexes ne peuvent être réduits à une supposée appartenance «ethnico-culturelle».[7] Par ailleurs, il est fondamental de souligner l'omniprésence de la pensée raciste dans la recherche scientifique à cette époque.[8] Popularisées par des anthropologues de la santé comme Le Breton,[9] les recherches de Zborowski et Zola ont pourtant été largement diffusées et peu remises en question jusqu'à récemment.

Fanon, alors médecin interne en psychiatrie, dénonce, dans ses écrits, l'existence du «syndrome nord-africain»,[10] un stéréotype raciste selon lequel les patient-e-s originaires d'Afrique du Nord seraient accusé-e-s de simuler leurs maux. Ce «syndrome» diffère sensiblement du «syndrome méditerranéen» puisqu'il s'agit d'attribuer des tempéraments et des attitudes spécifiques (paresse, mythomanie, feignardise, vols, etc.) à certain-ne-s patient-e-s catégorisé-e-s.

Chauvenet souligne également que, dans les années 1970, le «syndrome méditerranéen» était largement répandu parmi les soignant-e-s des hôpitaux parisiens. Il était défini comme une habitude culturelle chez certain-e-s patient-e-s de se plaindre de manière excessive.[11]

Le «syndrome méditerranéen» repose aussi sur des préjugés issus de la période de l'esclavage durant laquelle étaient véhiculées des croyances sur la résistance présupposée des esclaves à la douleur. Dans leur article, Dergham et Charles soulignent l'inconséquence du discours médical colonial oscillant entre croyances sur des facultés biologiques particulières comme la résistance à la douleur et la faiblesse et l'infériorité des tempéraments.[2]

La Suisse n'échappe pas au phénomène et se dote même d'un concept spécifique: «le syndrome transalpin». Dans les années 1950, le psychiatre Villa mène une étude à Lausanne sur les causes prédisposant les travailleurs italiens venus en Suisse à des états anxiodépressifs.[12] Il conclut à l'existence d'une «personnalité prémorbide spécifiquement transalpine» dont les principaux traits sont, entre autres, un sentiment d'infériorité, une dépendance infantile et aux images parentales, particulièrement maternelles.[12] Si ces conclusions paraissent peu solides aujourd'hui, il n'en demeure pas moins que ces préjugés laissent des traces encore de nos jours.

BIAIS ET CONSÉQUENCES

Comme montré, les origines de ce «syndrome» peuvent être retracées et situées temporellement. Pourtant ce concept persiste.[2] En effet, lors d'un symposium dédié au sujet de racisme dans les soins[13] organisé par Unisanté en septembre 2024 à Lausanne, l'ensemble des 120 soignants et soignantes avaient tous entendu parler du terme «syndrome méditerranéen».

Si le «syndrome méditerranéen» est, a priori, un concept trouvant son sens dans l'histoire européenne, il n'en demeure pas moins que les stéréotypes sur l'expression spécifique de la douleur de certains groupes de personnes sont également présents aux États-Unis. Pour preuve, en 2015, le groupe éditorial *Pearson* publiait un ouvrage d'éducation en sciences infirmières largement diffusé et destiné aux étudiant-e-s de première année intitulé «*A Concept-Based Approach to Learning*» qui expliquait comment prendre en compte la douleur des patient-e-s sur la base de leur origine ethnique. En 2017, les éditions *Pearson* ont changé l'édition et se sont excusées pour cette publication raciste.[14]

Par ailleurs, des études récentes confirment que ces stéréotypes sur la résistance à la douleur des patient-e-s noir-e-s aux

États-Unis existent encore aujourd'hui.[15-17] Par exemple, Hoffman et Trawalter concluent que l'allégation d'une vie difficile (*hardship*) contribuent à supposer une résistance à la douleur, ce qui influe sur des pratiques antalgiques discriminantes et racistes.[18] Plus largement, de nombreuses études, menées principalement aux États-Unis, ont démontré que les prescriptions variaient selon si les patient-e-s étaient noir-e-s ou blanche-s[19,20] ou que les patient-e-s noir-e-s expérimentaient de plus grandes douleurs lors de leur hospitalisation.[21] S'il ne s'agit pas ici de «syndrome méditerranéen» puisque les stéréotypes concernent cette fois la résistance supposée à la douleur, ces études permettent de mettre en évidence la persistance des croyances en un lien supposé entre expression de la douleur et groupes ethniques. À noter que dans ces études, d'autres facteurs sont à prendre en compte, notamment l'importance du rôle des biais implicites.[17]

Le «syndrome méditerranéen» et les croyances erronées sur le lien entre douleur et culture persistent. Il parait important d'en discuter les conséquences. Au-delà du retard, de la réduction, voire de l'absence de prescription antalgique, le «syndrome méditerranéen» encourage et véhicule des perceptions discriminantes et racistes des patient-e-s.[2]

MÉCANISMES ET PHÉNOMÈNES EN CAUSE DE LA PERPÉTUATION

Les mécanismes en cause dans la perpétuation du «syndrome méditerranéen» sont divers. Six ont été identifiés (**figure 1**). Les trois premiers éléments, le mythe anthropologique, les biais implicites et l'expérience clinique biaisée, alimentent la croyance erronée tandis que les trois derniers éléments liés respectivement à la structure et aux pratiques hospitalières ainsi qu'au racisme intériorisé perpétuent la transmission de ce concept. Souvent, les soignant-e-s doivent faire face à un défi. Il n'est pas rare, voire probable, que dans le cadre de leurs pratiques ou expériences professionnelles, ils-elles aient rencontré un-e patient-e dont le comportement est venu «confirmer» l'existence dudit «syndrome méditerranéen». Il s'agit alors de ne pas tomber dans la catégorisation hâtive et l'illusion de corrélation, mais plutôt de s'encourager à aller plus loin dans l'écoute de la plainte et sa signification tout en gardant en tête les phénomènes insidieux liés notamment aux biais implicites racistes des soignant-e-s[17] et aux biais de confirmation.[22] À cela s'ajoute, le racisme intériorisé[13] des patient-e-s qui, par phénomène d'anticipation, vont intentionnellement modifier leur expression douloureuse.

Il paraît également important de questionner la culturalisation de la santé. La culture est généralement définie comme un ensemble de pratiques, croyances, comportements, habitudes et langages partagés par un même groupe.[23] Ce concept subjectif et complexe est l'objet d'un très grand nombre de productions scientifiques en sciences sociales. De fait, lier la compréhension d'un symptôme ou d'une pathologie à une catégorie sociologique discutée est tendancieux, délicat et risqué.[24] Il paraît, par ailleurs, fondamental de rappeler que la culture n'est pas inhérente au groupe partageant la même identité ethnique ou le même groupe racial et qu'elle n'est pas uniformément partagée et répandue au sein de celui-ci.[23] Trop souvent, la culture n'est évoquée que lorsqu'il y a un enjeu soit parce que le symptôme est «récalcitrant», soit parce qu'il y a une incompréhension ou une frustration de la part du ou de la soignant-e.[25,26] Reconnaître le problème[17] et prendre conscience des mécanismes en cause dans la perpétuation du «syndrome méditerranéen» et ses conséquences sont aussi une étape essentielle du processus.

D'autres phénomènes propres aux structures des institutions de santé entrent également en compte. Par exemple, les systèmes hiérarchiques rigides en œuvre dans les hôpitaux compliquent la dénonciation des pratiques discriminantes ou racistes surtout s'ils sont commis par des supérieur-e-s.[27] Ce phénomène favorise la transmission de pratiques racistes aux nouvelles générations de soignant-e-s.[2] À cela s'ajoute la difficulté d'identifier le concept de «syndrome méditerranéen» comme une dénomination véritablement raciste soit par banalisation, soit par ignorance. Finalement, le fait d'interpeller des collègues sur l'utilisation de termes racistes suscitera certainement des émotions défensives. Ces réactions défensives aussi appelées «*White Fragility*» sont un frein à la lutte contre les discriminations.[28]

RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

La clé pour éviter les biais racistes dans la pratique clinique nous paraît être la restauration d'une communication franche et sincère qui permettra un lien de confiance entre le-la soignant-e et le-la patient-e (**figure 2**). Cela doit parfois passer par le recours à l'interprétariat communautaire.[29,30] En effet, en l'absence d'interprète, le ou la patient-e allophone doit parfois recourir à d'autres stratégies de communication pour exprimer une plainte douloureuse, stratégies pouvant être perçues par le-la soignant-e comme de l'exagération ou de la simulation.[2] Il est donc nécessaire que le-la patient-e

FIG 2 Recommandations

Reconnaître le problème

Être conscient que nous avons tous des préjugés

Les biais implicites ont des effets délétères sur la prise en charge médicale des patients racisés

Se questionner

Avant toute décision, demandez-vous: «Ai-je agi avec ce patient comme avec les autres ?»

Être systématique

Suivez des protocoles ou des checklists

Acquérir des compétences / humilité transculturelle

Reconnaître ces biais

Adopter une posture d'ouverture d'esprit, d'humilité et de curiosité

(*Recommandations tirées de réf.* [17]).

puisse s'exprimer oralement, autant que possible, dans sa langue.

Par ailleurs, il peut être utile de systématiser, lorsque cela est possible, les prises en charge afin d'éviter des discriminations.[17,31] En effet, les protocoles, les checklists ou les systèmes d'aide à la décision clinique contribuent largement à la sécurité des patient-e-s tout en luttant contre les dérives de la subjectivité et de fait, contre les discriminations.[31] Par ailleurs, un renforcement des mécanismes institutionnels de lutte contre les discriminations racistes serait bienvenu.

Pour compléter, il est, finalement, également encouragé d'acquérir des compétences transculturelles ou humilité culturelle, au moyen de formations diversifiées largement disponibles en Suisse, permettant d'adopter une attitude plus compréhensive. Les soignant-e-s ayant développé des compétences cliniques transculturelles sont mieux préparé-e-s à reconnaître et à identifier leurs stéréotypes et croyances erronées, ce qui leur permet de limiter leurs impacts négatifs sur les patient-e-s issu-e-s de groupes racisés.[32]

L'essentiel étant de ne pas contribuer à reproduire et transmettre une pratique discriminante, notamment aux étudiant-e-s en santé et de faire preuve de réflexivité quant à nos biais et nos pratiques. Afin de mieux former les prestataires de soins de santé et les étudiant-e-s à la prise en charge de patient-e-s d'origines diverses, les établissements de formation médicale devraient s'efforcer d'améliorer leur pédagogie en ce qui concerne les distinctions raciales et génétiques de l'ascendance. Cela contribuera à éliminer les croyances en des différences biologiques fondées sur la race.

CONCLUSION

Le «syndrome méditerranéen» n'est pas une anecdote du milieu hospitalier, mais bien une discrimination ethno-raciale très commune. Il puise ses origines dans un contexte historique bien documenté. Sa transmission, le plus souvent orale et informelle, rend difficile sa déconstruction. Il représente pourtant un risque significatif de discrimination dans les soins. Sa pratique et sa diffusion doivent être combattues.

Conflit d'intérêts: les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

ORCID ID:
K. Morisod: https://orcid.org/0000 0002 2615 5428
K. Dzi: https://orcid.org/0000 0002 6186 465X
P. Bodenmann: https://orcid.org/0000 0002 1058 1035
R. Tan: https://orcid.org/0000 0002 9273 9632

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Le «syndrome méditerranéen» est un concept raciste basé sur des croyances non fondées postulant l'exagération des douleurs d'une certaine catégorie de personnes.
- Une communication franche et sincère, avec interprète si nécessaire, est importante pour bien évaluer et traiter de manière objective la douleur de nos patient-e-s.
- Questionner et remettre en question l'utilisation de cette expression dans les contextes hospitaliers ou de soins est fondamental.
- La réduction des décisions biaisées nécessitera un examen constant et minutieux de la façon dont la race et l'origine affectent la prise de décision clinique à l'aide de lignes directrices, d'outils et d'algorithmes cliniques.

1 Virole L. Accès aux soins des exilées. Traitements inégalitaires. Rev Proj. 2023;(392):27-9.
2 **Dergham M, Charles R. Le «syndrome méditerranéen»: une stigmatisation par catégorisation des conduites de maladies. Paris: 16e congrès médecine général France, 23-25 mars 2023.
3 Durieux-Paillard S, Eytan A. Du syndrome méditerranéen à la balkanisation des diagnostics: l'art difficile de la neutralité en médecine. Rev Med Suisse. 2007 Mai 30;(113):1413-4.
4 Zborowski M. People in pain [En ligne]. San Francisco: Jossey-Bass, 1969; 306 p. (Cité le 16 juillet 2024). Disponible sur: http://archive.org/details/peopleinpain00zborrich
5 Wolff V. La rencontre entre le soignant et le patient âgé immigré. Un éclairage sur trois chocs culturels usuels. Vie Soc. 2016 Nov 23;16(4):161-76.
6 Zola IK. Culture and symptoms – an analysis of patient's presenting complaints. Am Sociol Rev. 1966 Oct;31(5):615-30.
7 Párraga JP, Castellanos A. A Manifesto in Defense of Pain Complexity: A Critical Review of Essential Insights in Pain Neuroscience. J Clin Med. 2023 Nov 14;12(22):7080.
8 Sharma M, Kuper A. The elephant in the room: talking race in medical education. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2017 Aug;22(3):761-4.
9 Le Breton D. Anthropologie de la douleur. Paris: Métailié, 1995; 228 p.
10 Fanon F. Le «syndrome nord-africain». Paris: Esprit, 1952.
11 Chauvenet A. Médecines au choix, médecine de classes. Paris: PUF, 1978; 255 p.
12 Bevilacqua S. Le tarentisme et ses fictions ethnographiques: épistémologie d'une maladie de l'Autre. Gesnerus. 2008 Nov 11;65(3-4):225-48.
13 *Ngassop JB, Morisod K, Tan R, et al. Racisme dans les soins (partie 1): un enjeu d'équité en santé. Rev Med Suisse. 2024 Dec 4;20(898):2302-6.
14 Sini R. Publisher apologises for «racist» text in medical book. BBC [En ligne]. 20 octobre 2017. (Cité le 17 juillet 2024). Disponible sur: www.bbc.com/news/blogs-trending-41692593
15 Hoffman KM, Trawalter S, Axt JR, Oliver MN. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. Proc Natl Acad Sci. 2016 Apr 19;113(16):4296-301.
16 Waytz A, Hoffman KM, Trawalter S. A Superhumanization Bias in Whites' Perceptions of Blacks. Soc Psychol Personal Sci. 2014 Mar;6(3):352-9.
17 Blandenier E, Ngassop JB, Morisod K, et al. Racisme dans les soins (partie 2): biais implicites. Rev Med Suisse. 2025 Fév 19;21(906):351-5.
18 Hoffman KM, Trawalter S. Assumptions about life hardship and pain perception. Group Process Intergroup Relat. 2016 Jan 19;19(4):493-508.
19 Chen Q, Vella SP, Maher CG, Ferreira GE, Machado GC. Racial and ethnic differences in the use of lumbar imaging, opioid analgesics and spinal surgery for low back pain: A systematic review and meta-analysis. Eur J Pain. 2023 Apr;27(4):476-91.
20 Morden NE, Chyn D, Wood A, Meara E. Racial Inequality in Prescription Opioid Receipt – Role of Individual Health Systems. N Engl J Med. 2021 Jul 22;385(4):342-51.
21 Mandalia K, Ames A, Parzick JC, et al. Social determinants of health influence clinical outcomes of patients undergoing rotator cuff repair: a systematic review. J Shoulder Elbow Surg. 2023 Feb;32(2):419-34.
22 Lange RD, Chattoraj A, Beck JM, Yates JL, Haefner RM. A confirmation bias in perceptual decision-making due to hierarchical approximate inference. PLoS Comput Biol. 2021 Nov 29;17(11):e1009517.
23 Napier AD, Ancarno C, Butler B, et al. Culture and health. Lancet. 2014 Nov 1;384(9954):1607-39.
24 Cognet M, Montgomery C. Au nom de la culture. Réflexion sur un usage inflationniste de la notion de culture dans la santé. In: Éthique de l'Altérité. Laval: Presses de l'Université, 2007; p. 39-63.
25 Cathébras R. Douleur, somatisation, et culture. Peut-on aller au-delà des stéréotypes? Douleur Analg. 2000;13(3):159-62.
26 Fassin D. Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration. Hommes Migr. 2000;(1225):5-12.
27 Essex R, Kennedy J, Miller D, Jameson J. A scoping review exploring the impact and negotiation of hierarchy in healthcare organisations. Nurs Inq. 2023 Oct;30(4):e12571.
28 Di Angelo R. White fragility. Int J Crit Pedagogy. 2011;3(2):54-70.
29 Béal A, Chambon N. Le recours à l'interprète en santé mentale: enjeux et problèmes. Rhizome. 2015;(55):9-19.
30 Bodenmann P, Bossart R, Di Bernardo N, et al. Gérer la diversité en milieu clinique. Compte rendu de la première Conférence nationale des Migrant Friendly Hospitals. Rev Med Suisse. 2014 Nov 19;(451).
31 Beynon F, Salzmann T, Faye PM, et al. Systèmes d'aide à la décision clinique pour la pédiatrie en santé globale. Rev Med Suisse. 2023 Jul 26;19(836):1398-403.
32 Bodenmann P, Jackson Y, Green A, et al. Compétences cliniques transculturelles: l'expérience clinique en Suisse Romande. In: Vulnérabilités, diversités et équité en santé. 2e éd. Chêne-Bourg: RMS, 2022.

* **à lire**
** **à lire absolument**