



**HAL**  
open science

# Sentiment de discrimination des patients noirs en médecine générale : étude qualitative par entretiens semi-dirigés dans le Gard et l'Hérault

Marie Benard

► **To cite this version:**

Marie Benard. Sentiment de discrimination des patients noirs en médecine générale : étude qualitative par entretiens semi-dirigés dans le Gard et l'Hérault. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04342466

**HAL Id: dumas-04342466**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04342466v1>**

Submitted on 13 Dec 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER  
FACULTÉ DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Marie BENARD**

Le 25 mai 2023

**Sentiment de discrimination des patients noirs en médecine générale : étude qualitative par entretiens semi-dirigés dans le Gard et l'Hérault**

Étude qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés dans l'Hérault et dans le Gard

Directrice de thèse : Aurélie URENA-DORES

**JURY**

Président :

Pr Michel AMOUYAL

Professeur des Universités de médecine générale

Assesseurs :

Docteur URENA-DORES Aurélie.

Maître de Stage Universitaire de médecine générale

Docteur ATTARD Virginie

Maître de Stage Universitaire de médecine générale

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER  
FACULTÉ DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Marie BENARD**

Le 25 mai 2023

**Sentiment de discrimination des patients noirs en médecine générale : étude qualitative par entretiens semi-dirigés dans le Gard et l'Hérault**

Étude qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés dans l'Hérault et dans le Gard

Directrice de thèse : Aurélie URENA-DORES

**JURY**

Président :

Pr Michel AMOUYAL

Professeur des Universités de médecine générale

Assesseurs :

Docteur URENA-DORES Aurélie.

Maître de Stage Universitaire de médecine générale

Docteur ATTARD Virginie

Maître de Stage Universitaire de médecine générale

**PERSONNEL ENSEIGNANT**

**Professeurs Honoraires**

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel
ALLIEU Yves	CAMU William
ALRIC Robert	CANAUD Bernard
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André
ASENCIO Gérard	CIURANA Albert-Jean
ASTRUC Jacques	CLOT Jacques
AUSSILLOUX Charles	COSTA Pierre
AVEROUS Michel	COTTALORDA Jérôme
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise
BAILLAT Xavier	DEMAILLE Jacques
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain
BALMES Jean-Louis	DUBOIS Jean Bernard
BANSARD Nicole	DUJOLS Pierre
BILLIARD Michel	DUMAZER Romain
BLARD Jean-Marie	ECHENNE Bernard
BLAYAC Jean Pierre	FABRE Serge
BLOTMAN Francis	FREREBEAU Philippe
BONNEL François	GALIFER René Benoît
BOURGEOIS Jean-Marie	GODLEWSKI Guilhem
BOUSQUET Jean	GRASSET Daniel
BRUEL Jean Michel	GUILHOU Jean-Jacques
BUREAU Jean-Paul	GUITER Pierre
	HEDON berbard

HERTAULT Jean	NAVARRO Maurice
HUMEAU Claude	NAVRATIL Henri
JAFFIOL Claude	OTHONIEL Jacques
JANBON Charles	PAGES Michel
JANBON François	PEGURET Claude
JARRY Daniel	PELISSIER Jacques
JOURDAN Jacques	PETIT Pierre
KLEIN Bernard	POUGET Régis
LAFFARGUE François	PUJOL Henri
LALLEMANT Jean Gabriel	RABISCHONG Pierre
LAMARQUE Jean-Louis	RAMUZ Michel
LAPEYRIE Henri	REBOUL Jean
LEROUX Jean-Louis	RIEU Daniel
LESBROS Daniel	ROCHEFORT Henri
LOPEZ François Michel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
LORIOT Jean	SAINT-AUBERT Bernard
LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Hélène
MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
MARTY ANE Charles	SEGNARBIEUX François
MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
MEYNADIER Jean	SERRE Arlette
MICHEL François-Bernard	TOUITOU Isabelle
MION Charles	VIDAL Jacques
MIRO Luis	VISIÉ Jean Pierre

## Professeurs émérites

ARTUS Jean-Claude	JONQUET Olivier
BASTIEN Patrick	LANDAIS Paul
BLANC François	LARREY Dominique
BONAFE Alain	LE QUELLEC Alain
BOULENGER Jean-Philippe	MARES Pierre
BOURREL Gérard	MAUDELONDE Thierry
BRINGER Jacques	MAURY Michèle
CLAUSTRES Mireille	MESSNER Patrick
COMBE Bernard	MILLAT Bertrand
DAURES Jean-Pierre	MONNIER Louis
DAUZAT Michel	MOURAD Georges
DAVY Jean-Marc	PREFAUT Christian
DEDET Jean-Pierre	PUJOL Rémy
DE LA COUSSAYE Jean- Emmanuel	RIBSTEIN Jean
GROLLEAU RAOUX Robert	SCHVED Jean-François
GUERRIER Bernard	SULTAN Charles
GUILLOT Bernard	TOUCHON Jacques
HERISSON Christian	UZIEL Alain
VOISIN Michel	
ZANCA Michel	

## Docteurs émérites

PRAT Dominique  
PUJOL Joseph

## Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

### PU-PH de classe exceptionnelle

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CANOVAS François	Anatomie
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive

HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOENIG Michel	Génétique
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie



## PU-PH de 1<sup>re</sup> classe

ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique

LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
MATECKI Stéfán	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
ROUBILLE François	Cardiologie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
SULTAN Ariane	Nutrition
VINCENT Thierry	Immunologie

**PU-PH de 2ème classe**

AYRIGNAC Xavier	Neurologie
BELZEAUX Raoul	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
BERTRAND Martin	Anatomie
BOBBIA Xavier	Médecine d'urgence
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DONNADIEU Hélène	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FRANDON Julien	Radiologie et imagerie médicale
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GANDET Thomas	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GELIS Anthony	Médecine physique et de réadaptation
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JEZORSKI Eric	Pédiatrie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LATTUCA Benoît	Cardiologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Claire	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DONNADIEU Hélène	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FRANDON Julien	Radiologie et imagerie médicale
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GANDET Thomas	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GELIS Anthony	Médecine physique et de réadaptation
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie

IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LATTUCA Benoît	Cardiologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Claire	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

### **1ère classe :**

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

### **2ème classe :**

HAZAL Nathalie (Biologie cellulaire)

MOREAUX Jérôme (Sciences biologiques fondamentales et cliniques)

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale**

### **1re classe :**

AMOUYAL Michel

## **PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale**

CLARY Bernard

GARCIA Marc

MILLION Elodie

REBOUL Marie-  
Catherine

## **PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine**

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

DEBIEN Blaise (Médecine d'urgence)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier  
(Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe  
(Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

## Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

### MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

MARTRILLE Laurent Médecine légale et droit de la santé

RICHARD Bruno Médecine palliative

### MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL  
Valère Génétique

CARRIERE Christian Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GIANSILY-BLAIZOT  
Muriel Hématologie ; transfusion

### MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe

BRET Caroline Hématologie biologique

BROUILLET Sophie Biologie et médecine du développement et de la reproduction ;  
gynécologie médicale

CHIRIAC Anca Immunologie

COSSEE Mireille Génétique

FITENI Frédéric Cancérologie ; radiothérapie

GIRARDET-BESSIS Anne Biochimie et biologie moléculaire

HERRERO Astrid Chirurgie viscérale et digestive

LAVIGNE Géraldine Hématologie ; transfusion

LESAGE François-Xavier Médecine et Santé au Travail

MATHIEU Olivier Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie

### **MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe**

BARATEAU Lucie	Physiologie
BERGOUIGNOUX Anne	Génétique
BOETTO Julien	Neurochirurgie
DESHAYES Emmanuel	Biophysique et médecine nucléaire
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
ENGELMANN Ilka	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOUZI Farès	Physiologie
HERBAUX Charles	Hématologie, transfusion
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
LEVEQUE Maude	Parasitologie et mycologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
RANISAVELJEVIC Noémie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction; Gynécologie médicale
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive



## Maitres de Conférences des Universités

### Maîtres de Conférences hors classe

BECAMEL Carine	Neurosciences
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

### Maîtres de Conférences de classe normale

CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
HERVE ANDRE Emilie	
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

## Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

### MCU-MG de 1<sup>re</sup> classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

### MCU-MG de 2<sup>ème</sup> class

FOLCO-LOGNOS

Béatrice

CARBONNEL François

## Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

BADIN Mélanie

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MINET Mathilde

PAVAGEAU Sylvain

SERAYET Philippe

## Praticiens Hospitaliers Universitaires

CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
GAVOTTO Arthur	Pédiatrie
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
POULEN Gaetan	Neurochirurgie
ROCH Benoît	Pneumologie, addictologie
URSIC BEDOYA José	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

## PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BRISOT Dominique
AGUILHON Sylvain	BRONER Jonathan
AKKARI Mohamed	CAIMMI Davide Paolo
ALRIC Jérôme	CARR Julie
AMEDRO Pascal	CARTIER César
AMOUROUX Cyril	CASPER Thierry
ANTOINE Valéry	CASSINOTTO Christophe
ARQUIZAN Caroline	CATHALA Philippe
ATTALIN Vincent	CAZABAN Michel
BADR Maliha	CHARBIT Jonathan
BAIS Céline	CHEVALLIER Thierry
BARBAR Saber Davide	CHEVALLIER-MICHAUD Jo
BASSET Didier	COLIN Olivier
BATIFOL Dominique	CONEJERO Ismael
BATTISTELLA Pascal	CONSEIL Mathieu
BAUCHET Luc	CORBEAU Catherine
BELL Ariane	COROIAN Flavia-Oana
BENEZECH Jean-Pierre	COUDRAY Sarah
BENNYS Karim	CUNTZ Danielle
BERNARD Nathalie	DARDALHON Brigitte
BERTCHANSKY Ivan	DAVID Aurore
BIBOULET Philippe	DE BOUTRAY Marie
BIRON-ANDREANI Christine	DE LA TRIBONNIÈRE Xavie
BLANC Brigitte	DEBIEN Blaise
BLANCHARD Sylvie	DELPONT Marion
BLANCHET Catherine	DENIS Hélène
BLATIERE Véronique	DEVILLE de PERIERE Gilles
BOGE Gudrun	DI CASTRI Alberto
BOURRAIN Jean Luc	DJANIKIAN Flora
BOUYABRINE Hassan	FAIDHERBE Jacques
BRINGER-DEUTSCH Sophie	FATTON Brigitte
BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	FAUCHERRE Vincent

FAURE Elsa	MARTIN Lucille
FILLERON Anne	MATTATIA Laurent
FILLOLS Mélanie	MEROUEH Fadi
FOURNIER Philippe	MEYER Pierre
GAILLARD Nicolas	MICHEL Moïse
GALMICHE Sophie	MILESI Christophe
GENY Christian	MORAU Estelle
GERONIMI Laetitia	MORQUIN David
GINIES Patrick	MOSER Camille
GRECO Frédéric	MOUSTY Eve
GROSSIN Delphine	MOUTERDE Gaël
GUEDJ Anne Marie	PERNIN Vincent
GUYON Gaël	PERRIGAULT Pierre François
HEDON Christophe	PEYRON Pierre- Antoine
HENRY Vincent	PICARD Eric
JAMMET Patrick	PICOT Marie Christine
JEDRYKA François	POQUET Hélène
JREIGE Riad	PUJOL Sarah-Lise
KINNE Mélanie	PUPIER Florence
LABARIAS Coralie	QUANTIN Xavier
LABORDE Caroline	RAFFARD Laurence
LACAMBRE Mathieu	RAPIDO Francesca
LANG Philippe	RIBRAULT Alice
LAZERGES Cyril	RICHAUD-MOREL Brigitte
LE GUILLOU Cédric	RIDOLFO Jérôme
LEGLISE Marie Suzanne	RIPART Sylvie
LE MOINE DONY Marie- Christine	RONGIERES Michel
LETERTRE Simon	ROULET Agnès
LOPEZ Régis	RUBENOVITCH Josh

LUQUIENS Amandine

MANZANERA Cyril

MARGUERITTE Emmanuel

SANTONI Fannie

SASSO Milène

SCHULDINER Sophie

SEGURET Fabienne

SENESE Pierre

SERRE Jean-Emmanuel

SKALLI El Medhi

SOLA Christelle

SOULLIER Camille

SOUKSI MEDIONI Isabelle

STOEBNER DELBARRE  
Anne

TEOT Luc

THIRION Marina

TUNEZ Virginie

VACHIERY-LAHAYE  
Florence

VERNES Eric

VIALA Maurice

VINCENT Laure

WAGNER Laurent

WALTHER LOUVIER Ulrike

ZERKOWSKI Laetitia

# Remerciements

## **A Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL,**

Merci de me faire l'immense honneur de présider mon jury de thèse, soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

## **Au Docteur Virginie ATTARD,**

Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

Quelle chance cela a été de réaliser mon dernier stage chez le praticien sous ta supervision.

Tes patients et tes étudiants ont une chance inouïe de te croiser ton chemin.

Ton empathie, ta patience et ton optimisme à toute épreuve sont une source de motivation.

## **À ma directrice de thèse le Docteur Aurélie URENA-DORES :**

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir accompagnée durant mon stage de SASPAS.

J'espère être un jour la moitié du médecin généraliste que tu es.

J'ai beaucoup de respect et d'admiration pour ce que tu fais pour le bien-être de tes étudiants et de tes patients.

Tu es toujours de bon conseil.

Je pense sincèrement que mon parcours aurait été incomplet si je ne t'avais pas rencontrée.

## **Aux patients qui ont accepté de participer à cette étude :**

Merci pour votre bienveillance et votre confiance. J'espère faire honneur à vos témoignages.

## **Aux médecins que j'ai rencontrés tout au long de mon parcours :**

Dr Jeanne MEYER : comment oublier ce premier « semestre » de 7 mois et la découverte du COVID. Merci pour ta bienveillance et pour tes petits plats le midi. Tu as su me conforter dans ce choix de la médecine générale. Je ne t'oublierai jamais !

## À l'équipe de Remoulins où j'ai peu la chance de passer quasi tout mon internat :

- Dr Fayad GHASSAN de Quimper-Morlaix de Bretagne: Que dire ... ! Tu as été une révélation ! Merci de m'avoir fait découvrir un tout autre aspect de la médecine : fun, dynamique, drôle. Ces 9 mois auprès de toi ont été inoubliables et sont gravés à tout jamais !
- Dr Philippe SERAYET : Merci pour ton autodérision, ton investissement auprès des étudiants et ton enseignement. Tu m'as permis de déployer mes ailes de médecin et pour ça je te serai éternellement reconnaissante !
- Dr Sarah DELLE DONNE : Ces 3 mois à tes côtés étaient vraiment rafraichissants. Tu es une maître de stage exceptionnelle !!
- Dr Lucas ARNAUD : merci pour ta gentillesse et ta bienveillance.
- A tout le reste de l'équipe médicale, Lydia, Nathalie, Cécile, les kinés et tous ceux que j'oublie, merci pour votre accueil et votre gentillesse. Vous contribuez tous à faire de cette MSP un des meilleurs terrains de stage de l'internat.

À toute l'équipe de Bezouze : Jeremy, Martin, Danovan, Kevin, Annick : quel plaisir ça a été de travailler à vos côtés.

Merci de permettre aux étudiants de se construire dans un environnement aussi sain.  
Je vous souhaite énormément de bonheur et d'accomplissement !

À l'équipe de Med Po du CHU de Nîmes :

- Dorra, Zaza, Marion : Vous m'avez marquées à vie !! Il est vrai que j'ai beaucoup râlé pendant ce stage, mais j'ai surtout beaucoup appris et beaucoup rigolé. Merci d'avoir été des chefs si cools. Vous m'avez presque fait aimer la médecine hospitalière ! J'espère que vous aurez tout ce que vous méritez dans votre vie professionnelle et personnelle !
- J'ai également une pensée toute l'équipe paramédicale : merci pour ce que vous faites pour les patients. Ces 6 mois sont passés trop vite à vos côtés !

Dr Pierre SEGURET : Merci pour ta rigueur et ton apprentissage.

Dr Laure LOURADOUR : même si nous avons passé peu de temps ensemble, merci de m'avoir accueillie

Merci au Dr Henri JUIN DE FAUCAL et au Dr Marlène AUBAILLY de m'avoir accueillie dans vos cabinets respectifs. Vous m'avez beaucoup appris en peu de temps !

**À ma famille :**

**Papa** : Tu m'as transmis ton amour de la science et ta curiosité. Je te dois cette carrière dans la médecine. Une vie entière ne suffira pas à te rendre tout ce que tu nous as donné à Pierre et moi. Tu es le meilleur père qu'une fille puisse avoir ! Merci pour tes sacrifices et tout ce que tu as fait pour moi !

**Maman** : Tu m'as transmis l'amour des lettres, des choses bien faites, de la musique qui m'ont tant aidé dans mon parcours scolaire et universitaire. Merci d'avoir fait de mon enfance un rêve éveillé. Tu as tant donné pour tes enfants ! J'espère que tu es fière de moi et du travail que j'ai accompli. Je te suis reconnaissante à jamais !

**Pierre** : mon petit frère ! Merci d'être venu combler notre vie ! Je garde précieusement tous ces souvenirs qu'on a créés ensemble. Je te souhaite de réaliser tous tes rêves ! Sache que tu pourras toujours compter sur moi !

**Mes grands-mères Nicaise et Anise** : Même si nos parcours de vie sont si différents, j'ai toujours admiré votre courage ! Vous avez tout sacrifié pour vos enfants et vos petits-enfants afin que nous puissions avoir une vie à la hauteur de vos espérances. J'espère que vous êtes fières de moi et du chemin que j'ai parcouru !  
Merci pour tous vos plats faits avec amour.  
C'est une bénédiction de vous avoir encore dans ma vie !

**À Solange**, la femme que je considère comme ma troisième grand-mère : merci de me traiter comme ta petite fille ! Ta porte est toujours ouverte pour ceux qui en ont besoin ! Tu mérites tout le bonheur du monde !

À mes **grands-pères Arthur et Laurent** : Merci pour vos encouragements !

À **Doreen** : tu es comme une grande sœur pour nous ! Merci de croire en nous et de nous pousser à être la meilleure version de nous-mêmes.

À **Wesley, Jordao, Ashley** : Merci pour ces souvenirs inoubliables en Martinique. Malgré la distance qui nous sépare les uns des autres je peux toujours compter sur vous. Jordao même si tu nous as poussé dans nos retranchements quand on était petits, je suis fière du jeune homme que tu es devenu aujourd'hui ! Merci pour ton aide pour cette thèse aussi !

Wesley ! Tellement de fierté aussi de te voir te débrouiller comme tu le fais ! Ashley, entendre ton gros rire est un highlight de notre petit groupe ! Je te souhaite tout le bonheur que tu mérites !!

À **Cécile** : ma petite sœur ! Merci de m'avoir toujours soutenue ! Je te souhaite tout ce qu'il y a de mieux dans ce monde à toi et à bébé Ambre ! J'ai hâte de vous retrouver pour ne plus vous quitter !

À ma **marraine Rufine** : Merci de croire en moi et de me soutenir ! Tu es une femme exceptionnelle !

À **tous mes autres cousins et cousines** si nombreux, aux 4 coins de la France et de la planète ! Un remerciement particulier à Axel et Johann qui m'ont été d'une aide précieuse dans cette thèse !

À **tous mes oncles et tantes**, beaucoup trop nombreux pour que je vous cite tous ! Merci à vous tous de faire partie de ma vie et d'avoir cru en moi !

À la **famille MIRANVILLE** : Reine-Claude, Gaëlle et Frédéric, Virginie et Franck, Nora et Gabrielle. Merci de m'avoir accueilli dans votre famille ! J'ai hâte de vivre encore de beaux moments à vos côtés.

À **Laurent** : Dieu seul sait que je t'ai attendu longtemps ! Merci d'être enfin arrivé dans ma vie. Merci de me supporter, de me soutenir et de m'aimer au quotidien ! J'ai hâte de parcourir le reste de cette vie à tes côtés.

#### **Aux personnes inoubliables que la médecine a mis dans ma vie :**

Léna : un seul regard suivi d'un premier fou rire auront suffi à créer un lien inébranlable. Qu'est-ce que ces trois premières années de médecine auraient été sans toi ? Merci pour tous ces fous rires à en pleurer, je ne vois pas cette vie sans toi ! J'ai hâte de te retrouver à Ravine Blanche pour de nouvelles aventures !

Mathis : tu es la preuve que de la haine à l'amour il n'y a qu'un pas. Une thèse ne suffirait pas pour te dire tout ce que je pense de toi ! Merci de faire partie de ma vie ! Je te confirme que tu seras témoin !!



Alexia : Dès le premier jour de notre rencontre, tu as rendu la vie à Paris plus douce. Merci de m'avoir accueillie chez toi ! Tu es comme une sœur pour moi, loyale, toujours disponible dans les hauts, dans les bas. Je te souhaite sincèrement tout le bonheur du monde !

Emilie : mon frère, ma compagne de voyages et des galères qui vont avec ! Qu'est-ce que j'aurai fait sans toi : Les aventures à la Réunion, les Festizouk, les 20 désemb', les concerts, Los Santos, Lisbonne, le Maroc, le sous-sol de 2m<sup>2</sup> à Montpellier... Tu fais partie des plus beaux moments de ma vie. Je serai toujours là pour toi !

Floflo : Merci d'être toi tout simplement ! Tu es tellement atypique mais c'est pour ça qu'on t'aime. Merci d'être toujours là pour moi quand j'en ai besoin ! Je te souhaite qu'Arsenal gagne la LDC de ton vivant !

Marine, Yéléna : vous faites partie des personnes les plus belles et les plus gentilles que j'ai pu rencontrer dans ma vie ! J'ai hâte de vous retrouver pour de nouvelles aventures !

Marine Toletti : sacré personnage ! Quel bonheur ça a été de te rencontrer ! Tu as réussi à rendre ce stage aux urgences supportable. La méd po a consacré notre amitié. J'ai tellement rigolé avec toi ! Tu es une femme exceptionnelle ! Merci de m'avoir accueillie chez toi comme tu l'as fait ! J'ai hâte de t'accueillir et de te faire découvrir la Réunion.

À la team de med po : Lolo machiatto, Maxou, Ninon : ce stage n'aurait clairement pas été le même sans vous ! Merci pour tous ces fous rires !

À la team des urgences pédiatriques et à cette sortie bateau inoubliable : ça a été un plaisir de faire votre connaissance et de partager ces quelques mois avec vous. Vous êtes de belles personnes, je vous souhaite tout le succès que vous méritez !

La Team QG : merci à vous pour ces belles années de P2 et de D1.

#### **Aux copines de toujours :**

Anna : Que d'histoires depuis la danse jusqu'à aujourd'hui... ! Tu me manques tellement ! J'espère que la vie nous rapprochera un de ces quatre pour qu'on puisse supporter notre poisse à deux !!

Amélie : Merci pour ces beaux souvenirs surtout cette première P1 inoubliable, tous ces moments à Lille et ceux à suivre j'en suis sûre ! Merci d'avoir toujours été là dans la galère, merci d'avoir parcouru la France dans mon périple jusqu'à Montpellier ! Tu mérites tout le bonheur du monde !

Dévi : Je suis tellement fière de ton parcours. Tu es une des personnes les plus loyales de mon entourage ; j'ai hâte de rentrer à la Réunion et qu'on puisse travailler ensemble ma reine du pétrole ! Merci pour tous ces fous rires, ces commérages, ces moukatages et hâte de ceux qui vont suivre !!

# Sommaire

<i>Liste des abréviations</i> .....	27
<b>INTRODUCTION</b> .....	28
<b>1. Contexte</b> .....	28
<b>2. Généralités</b> .....	29
2.1 Définition .....	29
2.2 La législation concernant la discrimination en France .....	29
2.3 La législation concernant la discrimination en santé en France .....	29
2.4 Inégalités sociales de santé.....	30
<b>3. Le patient noir dans la médecine : évolution des représentations et des traitements ...</b>	30
<b>4. État des lieux des discriminations raciales en France</b> .....	31
4.1 Dans le domaine de l'emploi .....	31
4.2 Dans le domaine de la santé .....	31
<b>5. Discriminations raciales en santé aux États-Unis</b> .....	32
<b>6. Objectifs</b> .....	33
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODES</b> .....	34
<b>1. Recherche bibliographique</b> .....	34
<b>2. Méthode de recherche qualitative</b> .....	34
<b>3. Analyse phénoménologique sémiopragmatique</b> .....	35
<b>4. Le guide d'entretien</b> .....	35
<b>5. Échantillonnage</b> .....	36
<b>6. Éthique et réglementation</b> .....	36
<b>7. Déroulement des entretiens et pseudonymisation</b> .....	37
<b>RÉSULTATS</b> .....	38
<b>1. Déroulement des entretiens</b> .....	38
<b>2. Caractéristiques des patients</b> .....	38
<b>3. Catégories conceptualisantes</b> .....	39
<b>DISCUSSION</b> .....	54
<b>1. Points forts</b> .....	54
1.1 Originalité du sujet .....	54
1.2 Une étude qualitative avec une analyse sémiopragmatique .....	54
1.3 Éthique et réglementation.....	54

1.4	Échantillonnage .....	54
1.5	Recueil des données .....	55
1.6	Critères de scientificité.....	55
1.6.1	Validité interne .....	55
1.6.2	Validité externe.....	56
2.	<i>Limites de l'étude</i> .....	56
2.1	Limites liées à l'enquêtrice .....	56
2.2	Limites liées aux participants .....	56
3.	<i>Discussion des résultats principaux et comparaison avec la littérature</i> .....	57
	<b>PERSPECTIVES</b> .....	63
	<b>CONCLUSION</b> .....	65
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	67
	<b>ANNEXES</b> .....	73
	<b>SERMENT D'HIPPOCRATE</b> .....	106
	<b>RÉSUMÉ</b> .....	107

## Liste des abréviations

**ACS** : Aide à la Complémentaire Santé

**AME** : Aide Médicale d'État

**CISMeF** : Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française

**CMU** : Couverture Maladie Universelle

**CMU-C** : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

**CNGE** : Comité National des Généralistes Enseignants

**CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

**COREQ** : Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

**DPO** : Délégué à la Protection des Données

**DREES** : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

**DU** : Diplôme Universitaire

**INED** : Institut National d'Études Démographiques

**INSEE** : Institut National de la Statistique des et Études Économiques

**LICRA** : Ligue Internationale Contre le Racisme et l'Antisémitisme

**SASPAS** : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

**SUDOC** : Système Universitaire de Documentation

## **INTRODUCTION**

### **1. Contexte**

En Aout 2020, une publication sur les réseaux sociaux provoquait un tollé dans le milieu médical français.

Un collectif de soignants noirs baptisé Globule Noir, qui a disparu à ce jour des médias, proposait une liste de gynécologues et de paramédicaux noirs en Ile de France à la demande de patients noirs<sup>1</sup>.

La Ligue Internationale Contre le Racisme et l'Antisémitisme (LICRA), s'est insurgée et a demandé le retrait immédiat de cette liste.

Les Ordres des médecins et des infirmiers ont également été saisis de cette affaire et ont condamné fermement cette initiative<sup>2</sup>.

Néanmoins, malgré le retrait de cette liste des réseaux et la suppression du compte Globule Noir, les témoignages affluent, toujours sur les réseaux sociaux, dénonçant certaines pratiques discriminatoires de la part de personnels soignants envers des patients selon leur origine ethnique<sup>3</sup>.

L'affaire Naomi Musenga y est évoquée à plusieurs reprises. Pour rappel cette jeune femme est décédée en 2017 à 22 ans d'une défaillance multiviscérale, après avoir appelé le SAMU de Strasbourg pour de violentes douleurs abdominales. Ses interlocuteurs médicaux ne l'auraient pas prise au sérieux et n'auraient pas jugé nécessaire qu'elle soit prise en charge en urgence, avec la supposition d'une part de préjugé raciste attribuée au « syndrome méditerranéen » qui aurait mené au retard de prise en charge fatal de cette jeune femme<sup>4</sup>.

Le syndrome méditerranéen est un préjugé assez répandu dans le milieu médical selon lequel les personnes originaires de pays du pourtour de la Méditerranée (Maghreb, Espagne, Italie) auraient une expression plus théâtrale, plus exagérée de leurs douleurs.

Leurs symptômes peuvent être ainsi minimisés, voire négligés par les professionnels de santé.

En Ile de France, il semblerait donc que des patients noirs préfèrent avoir recours à des gynécologues, des dermatologues ou du personnel paramédical noir également dans le but d'éviter des comportements discriminatoires et certains préjugés qui pourraient interférer avec une prise en charge adéquate.

En effet, les témoignages qui reviennent le plus souvent évoquent par exemple, une insuffisance de connaissances et d'intérêt des pathologies dermatologiques sur les peaux noires, mais encore une dépréciation du ressenti de leur douleur lors de différents soins médicaux ou paramédicaux<sup>5</sup>.

Dans cette étude, nous allons explorer le ressenti des patients noirs à propos de leur prise en charge en médecine générale dans le Gard et l'Hérault afin de savoir s'ils se sont déjà sentis discriminés.

## 2. Généralités

### 2.1 Définition

Le mot discrimination trouve sa racine dans le mot latin *discriminatio*, -onis, qui signifie séparation.

Dans le Larousse, il est défini comme l'action de séparer, de distinguer deux ou plusieurs êtres ou choses à partir de certains critères ou caractères distinctifs ou 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.

Plus spécifiquement la discrimination raciale constitue donc le fait de caractériser et de traiter différemment un individu selon son origine ethnique ou sa couleur de peau.

### 2.2 La législation concernant la discrimination en France

En France l'article 225-1 du code Pénal présente la discrimination comme une « *situation dans laquelle, sur le fondement de son origine, de son sexe, de sa situation de famille, de sa grossesse, de son apparence physique, de la particulière vulnérabilité résultant de sa situation économique, apparente ou connue de son auteur, de son patronyme, de son lieu de résidence ou de sa domiciliation bancaire, de son état de santé, de sa perte d'autonomie, de son handicap, de ses caractéristiques génétiques, de ses mœurs, de son orientation sexuelle, de son identité de genre, de son âge, de ses opinions politiques, de ses activités syndicales, de sa capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français, de son appartenance ou de sa non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une prétendue race ou une religion déterminée, une personne est traitée de manière moins favorable qu'une autre ne l'est, ne l'a été ou ne l'aura été dans une situation comparable.* »<sup>6</sup>

Ainsi selon l'article 225-2 du Code Pénal toute action de discrimination quelle qu'elle soit constitue un délit et est passible de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende<sup>7</sup>.

### 2.3 La législation concernant la discrimination en santé en France

Dans le domaine de la santé, l'article R4127-7 du Code de la santé Publique et de la déontologie médicale édicte que le médecin n'a pas le droit de refuser des soins pour une raison discriminatoire : « *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.* »<sup>8</sup>

Le refus de soins sur une base discriminatoire constitue ainsi une faute pénale, déontologique et ordinale en France.

Le serment d'Hippocrate, serment prêté par les médecins lors de leur soutenance de thèse rappelle également de façon symbolique que toutes les personnes doivent être traitées avec respect et sans discrimination<sup>9</sup>.

Cependant, en France malgré les politiques anti-discriminatoires et le principe d'égalité pour tous, force est de constater que les déterminants de santé varient d'une population à l'autre et y sont répartis de façon inégale comme l'a décrit Didier Fassin dans un de ses ouvrages<sup>10</sup>.

## **2.4 Inégalités sociales de santé**

Les inégalités sociales de santé regroupent les différences d'état de santé entre les individus d'une population en fonction de déterminants sociaux tels que le lieu de vie urbain ou rural, le revenu, le niveau d'étude, le métier, le genre.

En effet, de nombreuses études ont révélé des inégalités de santé en fonction de ces différents facteurs sociaux. En 2011, une enquête de l'INSEE décrivait comment l'espérance de vie à 35 ans des hommes cadres était supérieure à celle des hommes ouvriers<sup>11</sup>. De même, une étude de l'INSEE en 2020 qui reprenait plusieurs enquêtes, mettait en évidence comment les inégalités sociales de santé avant la naissance peuvent influencer la santé future de l'enfant à naître comme une plus grande consommation de tabac pendant la grossesse chez les ouvrières que chez les cadres en 2016, ou encore une plus grande part de surcharge pondérale en grande section de maternelle chez les enfants d'ouvriers que chez les enfants de cadre en 2012-2013<sup>12</sup>.

Si l'existence d'inégalités sociales de santé en fonction de la profession ou du niveau d'études des individus en France est bien documentée et au cœur des programmes des politiques de santé publiques, la part d'inégalités sociales de santé liée aux origines ethniques est encore peu documentée et peu transparente.

Pourtant, l'évolution des représentations du sujet noir dans la médecine en France au fil de l'Histoire revêt une importance majeure dans l'existence des discriminations que peuvent ressentir les patients noirs à l'heure actuelle.

## **3. Le patient noir dans la médecine : évolution des représentations et des traitements**

En 2021 l'historienne Delphine Peiretti-Courtis a publié un ouvrage qui étudie les fondements du racisme médical. Elle y décrit comment les représentations des médecins français à propos des populations originaires d'Afrique subsaharienne, entre le XIX<sup>ème</sup> et le XX<sup>ème</sup> siècle, ont contribué à la formation de théories raciales servant les politiques colonialistes de l'époque<sup>13</sup>. En effet, dans les ouvrages scientifiques du XIX<sup>ème</sup> siècle, le corps de l'Homme noir y est décrit comme résistant physiquement, inférieur intellectuellement et hypersexualisé. Les recherches scientifiques de l'époque s'attellent à établir l'existence d'une race noire qui serait inférieure à la race blanche et justifierait alors l'asservissement et le mauvais traitement des populations noires au temps de la colonisation.

Si la seconde partie du XX<sup>ème</sup> siècle et l'avènement de l'étude de la génétique viennent infirmer la notion de « race noire », on peut penser que les préjugés raciaux qui persistent encore de nos jours prennent leur source dans ces théories scientifiques racistes de l'époque.

Il apparaît ainsi qu'il y ait un lien étroit entre l'existence de discriminations raciales et le développement de la médecine malgré les nombreux tabous entourant cette question. Dans cette continuité, l'histoire de la médecine s'est forgée en se basant sur ces allégations raciales

minimalistes et infondées à tel point qu'elle foisonne d'exemples flagrants où les thèses racistes sont évidentes, sinon clairement sous-entendues.

En effet, le père fondateur de la gynécologie moderne, le docteur J Marion SIMS à l'origine de l'invention du spéculum, a pratiqué de nombreuses expériences chirurgicales sur des femmes noires esclaves en Alabama au XIX<sup>ème</sup> siècle, le plus souvent sans anesthésie. Il est également l'instigateur de la prise en charge chirurgicale de la fistule vésico vaginale ; afin de parfaire sa technique il aurait ainsi opérée plus de 20 fois la même esclave<sup>14</sup>.

De même en 1972, le scandale Tuskegee est révélé aux Etats-Unis ; pendant 40 ans, 200 patients noirs souffrant de la syphilis ont été privés de traitement dans le cadre d'une étude médicale dont l'objectif était de déterminer les effets de la maladie sur le corps humain après autopsie. Six cent patients avaient été recrutés ; un tiers d'entre eux n'étaient pas porteurs de la syphilis. Dans les deux tiers restants malades de la syphilis, deux cent patients ont bénéficié du traitement de l'époque et deux cent autres patients n'ont pas été mis au courant du diagnostic et n'ont bénéficié d'aucun traitement<sup>15</sup>.

En France, Françoise Vergès dans son ouvrage *Le Ventre des Femmes*, raconte comment, à l'Ile de La Réunion, des milliers d'avortements et de stérilisations sans consentement ont eu lieu dans les années 1970 par des médecins blancs. A cette époque, l'avortement était toujours interdit en France Métropolitaine. L'autrice y dénonce la politique raciste et sexiste de l'époque qui voyait comme une menace l'accroissement démographique réunionnais<sup>16</sup>.

Ces multiples exemples révèlent comment les sujets noirs ont été instrumentalisés au cours de l'histoire de la médecine.

Comment cette partie sombre de notre histoire a-t-elle influencé la santé de ces patients de nos jours ?

## **4. État des lieux des discriminations raciales en France**

### **4.1 Dans le domaine de l'emploi**

De nombreux travaux ont établi les difficultés rencontrées par les individus d'origine non caucasienne en France en ce qui concerne l'accès à l'emploi ou l'égalité salariale<sup>17</sup>.

Une étude récente menée conjointement par l'Inter service migrants-Centre d'observation et de recherche sur l'urbain et ses mutations et l'Institut des politiques publiques a dévoilé que à compétences égales, des candidats avec un nom et un prénom à consonance maghrébine auraient 31,5% de chance en moins de rentrer dans un processus de recrutement que des personnes avec un nom et un prénom à consonance française<sup>18</sup>.

### **4.2 Dans le domaine de la santé**

Dans le domaine de la santé, les études sur les discriminations raciales sont quasi inexistantes et cela reste un sujet tabou en France.

En 2007, E. Carde a publié une thèse qualitative sur les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. Cette dernière, mettait en évidence comment les préjugés de professionnels de santé envers les étrangers demandeurs de l'AME ou les personnes d'allure étrangère



bénéficiant du droit à la CMU, pouvaient mener à des pratiques discriminatoires à leur rencontre et ainsi restreindre voire bloquer complètement leur accès aux soins.<sup>19</sup>

En 2012, une autre thèse qualitative a exploré les représentations des praticiens hospitaliers à propos des patients caractérisés comme Roms.

Son autrice, Dorothée Prud'Homme, y expose comment celles-ci donnent naissance à des traitements différentiels envers ces individus.

Elle dénonce également comment les réformes successives de l'institution hospitalière ont poussé à la performance technique et financière et ont justifié ces représentations racialisantes par les professionnels de santé. Tout ceci a participé à creuser les inégalités de soins en défaveur de ces patients<sup>20</sup>.

En 2012, dans une autre étude statistique utilisant les résultats de l'enquête Trajectoire et origines réalisé par l'INED et l'INSEE en 2009, 3% des immigrés arrivés adultes en France, 2% des immigrés arrivés enfants et 3% des descendants de deux parents immigrés déclaraient avoir vécu une expérience de discrimination ethno-raciale au cours des cinq dernières années en santé<sup>21</sup>.

Une étude transversale réalisée en 2021 par A. FAU sur 754 patients, montrait que 29 % (22/76) des patients ayant une origine ethnique visible ou audible autre que caucasienne, avaient pu ressentir une discrimination liée à leur origine ethnique par les professionnels de santé<sup>22</sup>.

## **5. Discriminations raciales en santé aux États-Unis**

Aux États-Unis, de part une histoire différente, les discriminations raciales sont un fait de société et ont été beaucoup plus étayées qu'en France dans le domaine de la santé.

De même, les théories raciales propagées par les médecins et scientifiques servant les esclavagistes de l'époque ont contribué à l'existence de stéréotypes raciaux selon lesquels l'Homme Noir aurait une peau plus épaisse, un système nerveux moins sensible. Ces croyances, fondées sur l'hypothèse de différences biologiques et physiques entre les Noirs et les Blancs, ont ainsi donné naissance à des biais lors du soin des sujets Noirs.

Ainsi, en 2016 une étude détaillait comment la douleur des patients afro-américains serait ainsi sous-évaluée et sous traitée, à cause des représentations des soignants selon lesquelles les sujets noirs auraient un seuil de perception de la douleur plus élevé que les sujets de blancs.<sup>23</sup> Une autre étude parue dans le Lancet en 2017 expliquait comment les disparités sociales en terme de logement, d'éducation, de salaire en influencent les déterminants de santé des Afro américains. En effet, ces derniers ont plus de difficultés à accéder à une couverture sociale de santé, les comorbidités cardiovasculaires sont plus élevées chez ces sujets, ils sont plus exposés à la pollution et aux maladies qui en découlent.<sup>24</sup>

Entre 2011 et 2015, le taux de mortalité dû aux complications de la grossesse était deux à trois fois plus élevé chez les femmes noires que chez les femmes blanches aux Etats-Unis<sup>25</sup>.

Les inégalités sociales de santé y sont donc prépondérantes et créent une vraie défaillance dans la prise en charge et l'accès aux soins des sujets afro américains.

## **6. Objectifs**

Même si l'histoire des discriminations raciales n'est pas la même aux Etats-Unis, celles-ci sont tout de même présentes en France mais peu étayées.

L'émergence d'un annuaire communautaire en santé est également le reflet d'un mal être de la communauté noire en France en santé. Nous avons donc souhaité explorer le ressenti des patients noirs à propos de leur prise en charge en médecine générale dans le Gard et dans l'Hérault.

# **MATÉRIEL ET MÉTHODES**

## **1. Recherche bibliographique**

Une revue de la littérature a été effectuée afin de rechercher ce qui a déjà été publié sur le sujet.

L'investigatrice s'est inscrite à des ateliers proposés par la faculté de Montpellier afin de se former sur la recherche documentaire et l'utilisation de l'outil Zotero afin de constituer une bibliographie.

Afin de trouver les équivalents « Mesh », la recherche de mots clés a été réalisée sur le site de Cismef, le catalogue de référence des sites médicaux de langue française.

Les mots clés utilisés étaient les suivants :

- Discrimination (s)
- Inégalités sociales de santé
- Noirs
- Médecine générale
- Accès aux soins

Des recherches bibliographiques ont été réalisées en français et en anglais sur plusieurs plateformes de recherche :

- Bibliothèque universitaire de médecine de Montpellier
- Google
- SUDOC
- Pubmed
- Cairn
- Ainsi que d'autres sites référencés.

## **2. Méthode de recherche qualitative**

L'investigatrice souhaitait explorer le vécu et les expériences des patients noirs en médecine générale. Pour ce faire, la recherche qualitative des données était la plus adaptée.

A l'inverse de l'analyse quantitative qui s'attache à récolter des données numériques et à les traduire en pourcentages ou en statistiques, l'analyse qualitative cherche à extraire le sens des données recueillies. Cette analyse est conduite de « façon naturelle » sans l'intervention d'outils ou de mise en situation selon une « logique de proximité », pour reprendre Pierre Paillé, grâce « aux capacités de l'investigateur à comprendre et interpréter et non de mesurer à l'aide de procédés mathématiques »<sup>26</sup>.

Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés plutôt que des entretiens de groupe ou des entretiens directifs. En effet ceux-ci permettent de poser des questions ouvertes et de rebondir sur les réponses du participant afin d'approfondir le sujet que nous souhaitons évoquer contrairement aux entretiens directifs. Ces derniers sont plutôt composés de questions fermées ne laissant pas de place à la conversation entre le sujet et l'investigateur ; ces entretiens sont plus adaptés pour des analyses statistiques et donc quantitatives.

Un entretien de groupe était difficilement réalisable puisqu'il s'agit d'un sujet sensible, les participants auraient peut-être eu plus de mal à se confier par peur d'être jugé.

### **3. Analyse phénoménologique sémiopragmatique**

L'analyse phénoménologique sémiopragmatique se démarque des autres types d'analyse phénoménologiques par l'utilisation d'un principe de mise en ordre. Le mathématicien Charles Sanders Peirce est le pionnier de l'approche sémiopragmatique.

Il définit tout phénomène comme composé de 3 catégories fondamentales :

- La priméité ou qualité : celle de la vie émotionnelle représentée par les sentiments, des vécus.
- La secondéité ou les faits : celle de la vie pratique représentée par les expériences, les comportements, les relations.
- La tiercéité ou les lois : celle de la vie intellectuelle représentée par les théories, les représentations.

La contextualisation du phénomène permet de distinguer ces catégories de façon sémiotique, de les articuler logiquement et les mettre en ordre selon un principe de hiérarchisation logique des données<sup>27</sup>. Ainsi la catégorie de la loi induit la catégorie des faits qui induit la catégorie des sentiments, du vécu. La mise en relation de ces catégories va faire émerger des catégories conceptualisantes.

### **4. Le guide d'entretien**

Un guide d'entretien a été rédigé afin d'interroger les patients. Il était composé de plusieurs questions d'ordre général, majoritairement ouvertes avec des relances.

Un premier guide d'entretien a vu le jour, il a été relu et corrigé par un groupe pluriprofessionnel composé de :

- Un patient partenaire, titulaire du DU Partenariat Patient-Soignant de l'Université de Montpellier
- La directrice de thèse, enseignante en médecine générale référente régionale du comité d'éthique du Collège National des Généralistes Enseignants
- Une enseignante médecin généraliste Maître de Conférence Universitaire de l'Université de Montpellier compétente en recherche qualitative,
- Une psychologue clinicienne titulaire d'un Master 2 professionnel et recherche en psychologie clinique

Leurs critiques et suggestions ont permis des précisions et modifications de certaines questions.

Le guide relu et modifié a été soumis à l'avis du comité d'éthique du CNGE en Mai 2022. Nous avons obtenu une réponse positive du comité d'éthique le 30/05/2022.

Un premier entretien test a eu lieu sur une patiente ne faisant pas partie de la recherche. Ce dernier s'étant bien déroulé, les vrais entretiens ont donc pu débuter.

Cependant après retranscription et relecture des quatre premiers entretiens, ces derniers se sont révélés plutôt courts en termes de durée et les réponses n'étaient pas assez approfondies.

Le guide d'entretien a donc été modifié en intégrant certaines relances comme des questions définitives, en rajoutant de nouvelles relances et en reformulant certaines questions.

À la suite de ces modifications, la durée des entretiens a été satisfaisante et les données ont été plus fournies pour l'analyse.

La forme définitive du guide d'entretien est jointe en annexe (**Annexe 1**).

## **5. Échantillonnage**

Les participants étaient recrutés directement par l'enquêtrice au décours d'une consultation de médecine générale. Il a également été prévu un recrutement « boule de neige » par le bouche à oreille entre participants ainsi qu'un recrutement par des médecins généralistes et internes en médecine générale du secteur.

Ce recrutement s'est fait jusqu'à saturation des données.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- patients noirs
- d'âge supérieur ou égal à 18 ans
- résidant dans le Gard et l'Hérault afin de pouvoir réaliser des entretiens en présentiel autour des lieux d'exercice et de résidence de l'investigatrice

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- mineurs, d'âge inférieur à 18 ans
- ne parlant pas la langue française

Un échantillonnage raisonné a ainsi été réalisé en recherchant la variation maximale. Cette variation a été faite notamment sur la tranche d'âge des participants ainsi que leur lieu de résidence.

Au moment du recrutement une fiche d'information (**Annexe 2**) ainsi qu'une explication orale sur le thème de la thèse et le déroulement de l'entretien était remise au patient.

Cette fiche contenait les éléments suivants :

- Explication à propos de notre sujet de recherche
- Description des modalités de l'entretien
- Information de l'enregistrement de l'entretien sur dictaphone
- Garantie de la pseudonymisation des données
- Transmission de nos coordonnées (investigatrice, directrice de thèse et DPO de Montpellier)

Lorsque le recrutement se faisait par bouche à oreille, les coordonnées de l'investigatrice étaient transmises aux potentiels participants ainsi qu'une fiche explicative. Une fois que les patients donnaient leur accord, un rendez-vous était convenu entre l'enquêtrice et ceux-ci.

Le recrutement s'est terminé après avoir obtenu la saturation des données, c'est-à-dire lorsque les entretiens n'apportaient aucune nouvelle donnée.

Cette saturation a été confirmée par deux entretiens supplémentaires.

## **6. Éthique et réglementation**

Il s'agit d'une étude qualitative qui ne rentre pas dans le cadre de la loi Jardé. Un avis du Comité de Protection des Personnes n'était donc pas nécessaire pour la protection des personnes.

Cependant la discrimination raciale est considérée comme un sujet sensible car les réponses des patients pourraient entraîner une stigmatisation. Le projet a donc été soumis au comité d'éthique du CNGE. Il a reçu un avis favorable numéro 120522352 le 30/05/2022 (**Annexe 3**).

Une grande attention a également été portée à la protection des données potentiellement identifiantes. La recherche qualitative rentre dans le cadre de la norme CNIL MR004.

Une analyse d'impact relative à la protection des données a été menée afin d'identifier les données à risque pour les droits et les libertés des participants (**Annexe 4**). L'engagement à respecter la norme MR004 a été signé (**Annexe 5**). Ces documents ont été transmis au Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'Université de Montpellier le 30/03/2022.

## **7. Déroulement des entretiens et pseudonymisation**

Les entretiens avaient lieu de préférence en présentiel dans un lieu neutre (cabinet médical), la possibilité était laissée de faire des entretiens téléphoniques ou en visio conférence en cas d'impossibilité de déplacement. Avant l'entretien, une fiche d'information conforme à la norme MR004 était remise au participants (**Annexe 6**). La non-opposition orale du participant était recueillie.

Les entretiens étaient enregistrés par dictaphone puis retranscrits au mot à mot, accompagnés de notes sur les éléments non verbaux à l'aide du logiciel Microsoft WORD. Afin de pseudonymiser les données, chaque entretien était renommé avec la lettre P.

Le premier participant interrogé a été identifié comme P1, le deuxième comme P2 et ainsi de suite (P1, P2...). La table de correspondance était détenue de l'investigatrice seule et cryptée.

Une triangulation des données a été réalisée avec le codage de cinq entretiens par la directrice de thèse, afin de limiter un biais d'interprétation.

## **RÉSULTATS**

### **1. Déroulement des entretiens**

La majorité des entretiens a été réalisée dans des lieux neutres selon les possibilités des patients. Ils se sont déroulés sur une période allant du mois de Juillet 2022 au mois de Décembre 2022, en présence de l'investigatrice et du participant seuls.

Sept patients ont été recrutés lors des stages de l'enquêtrice de SASPAS et de gynécologie ambulatoire et aux urgences gynécologiques.

Cinq patients ont également été recrutés par du bouche à oreille, grâce à des co-internes qui étaient au courant de mon travail de recherche, mais aussi grâce à mes maitres de stage sur leurs différents lieux d'exercice.

Quatre entretiens se sont déroulés par visio-conférence :

- Un des patients avait déménagé de la région Gard-Hérault
- L'autre patient et moi-même avons rencontré des difficultés pour nous réunir au même endroit dans un contexte de pénurie d'essence
- Deux entretiens après mon déménagement hors de la région du Gard.

Les entretiens ont duré en moyenne 20 minutes avec une durée minimale de 10 minutes et une durée maximale de 39 minutes.

La saturation des données a été atteinte au bout du onzième entretien, 2 entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de confirmer. Au total 13 entretiens ont été effectués.

### **2. Caractéristiques des patients**

Tableau 1. Résumé des caractéristiques socio-démographiques des participants

	Sexe	Âge	Durée	Milieu
P1	Homme	35-45 ans	36 mins	Rural
P2	Homme	35-45 ans	17 mins	Rural
P3	Femme	25-35 ans	10 mins	Rural
P4	Femme	25-35 ans	12 mins	Rural
P5	Femme	25-35 ans	46 mins	Urbain
P6	Homme	35-45 ans	35 mins	Semi rural
P7	Homme	55-65 ans	27 mins	Rural
P8	Femme	35-45 ans	25 mins	Semi Rural
P9	Homme	25-35 ans	19 mins	Urbain
P10	Femme	25-35 ans	22 mins	Urbain
P11	Femme	45-55 ans	18 mins	Urbain
P12	Homme	65-75 ans	39 mins	Urbain
P13	Homme	75-85 ans	27 mins	Rural



### 3. Catégories conceptualisantes

**3.1 Les patients noirs ressentent une discrimination à leur égard par certains professionnels de santé du fait de différents facteurs tels que leur couleur de peau, accent, sexe, mutuelle ou origine ethnique pouvant influencer leur prise en charge ; ce sentiment est peu retrouvé chez le médecin généraliste traitant**

#### Les patients noirs ressentent une inégalité de traitement entre eux et les patients blancs

Même si les patients n'ont pas été victimes ou témoins de discrimination en médecine générale ils ressentent tout de même une inégalité de traitement entre eux et les personnes de couleur blanche : « *et c'est vrai que personnellement j'ai été assez surpris de ce traitement, de se dire pourquoi moi j'ai le droit à un traitement différent* » (P1) ; « *j'ai vécu des situations où je me suis sentie euh, être traitée différemment* » (P4) ; « *Et moi personnellement, ça m'a touchée en tant que femme, en tant que femme africaine, de me dire qu'une fois sur deux ben je sais pas comment je vais être traitée ! Qu'une fois sur deux autant ça va bien se passer, autant je vais ressortir avec mon problème quoi !* » (P5) ; « *je suis pas certaine qu'on le fait à tout le monde quoi !* » (P5) ; « *Mais je sens que, moi, ce que je vois en tout cas, c'est que les patients blancs sont pas traités comme les patients, donc non blancs.* » (P10).

Certains patients avaient le sentiment que leur entourage et eux-mêmes ne bénéficiaient des mêmes marques de respect avec une facilité du tutoiement à leur égard : « *on te tutoie... très facilement, ce qu'on ne fait pas avec tout le monde* » (P1) ; « *Si la femme, elle est un peu bon, peu à l'aise avec une barrière de la langue, c'est compliqué. Elle va être tutoyée, elle va être bon...* » (P12)

P12 précise que ces inégalités de traitement sont accentuées d'autant plus que les personnes ne sont pas francophones et donc que la barrière de la langue est pourvoyeuse de discriminations : « *Il y a des minorités qui sont discriminées mais parce qu'aussi leur attitude, leur comportement, ils deviennent agressifs parce qu'ils se sentent aussi peut-être, méprisés. Ils sont pas traités de la même façon. Et ne maîtrisant pas l'expression, parce que là aussi, je crois que ça joue ! Quand les, quand le, le milieu médical, le personnel reçoit quelqu'un qui s'exprime correctement, il est considéré !* » (P12)

Une minimisation de la douleur et des plaintes des patients est évoquée par exemple à propos de l'affaire Naomi Musenga : « *Donc euh, puis voilà. Je pense que si c'était, on va dire, une personne âgée de couleur blanche, vraiment juste avec un simple mal de ventre ou avec un simple mal de tête, ils auraient envoyé un médecin quand même pour contrôler, ou euh, diriger la personne vers un médecin de proximité, SOS médecin ou un truc comme ça* » (P3)

P4 rapporte également le sentiment d'avoir été négligée par rapport à d'autres patients : « *on n'est pas traités de la même façon. Ne serait-ce que la douleur.* » (P4) ; « *j'ai vu ma fille quand elle s'est cassée le bras euh lors d'une compétition de gymnastique. Euh, elle a pas été prise en charge aussi bien que d'autres enfants qui arrivaient après.* » (P4)

P5 trouve que des médecins font preuve de moins de pudeur dans leurs entretiens avec les personnes noires : « *Enfin je pense qu'il y a des choses, qu'il y a des questions je pense certaines questions qu'ils se permettraient pas de poser par exemple. Parce que bon un blanc et un blanc ça ça semble un pile pour eux c'est normal quoi, ils ont à peu près les mêmes façons de faire,*



*les mêmes façons de penser, les mêmes euh, les mêmes choses quoi ! Mais c'est vrai que pour les Africains j'ai l'impression qu'on pousse un peu, surtout en plus euh malheureusement avec des enfants métisses » (P5)*

Par ailleurs des participants qui de surcroît travaillent en milieu paramédical, témoignent que les patients blancs sont traités avec plus d'empathie et de considération : « *puisque si par exemple, ils reçoivent quelqu'un, peu importe l'origine, dans le cabinet quelqu'un de caucasien, ils ont un traitement différent. Ils rigolent mieux, ils communiquent mieux avec un patient caucasien, ils communiquent mieux !* » (P9) ; « *Je travaille donc dans un CHU, et effectivement euh, les personnes bah issues de l'immigration, donc des personnes noires où des personnes du voyage sont clairement pas traitées comme les personnes blanches qui arrivent au CHU* » (P10) ; « *Sauf que si quelqu'un de blanc va le dire, ben ils seront un peu plus empathiques.* » (P10)

Concernant le médecin généraliste, P11 a ressenti qu'elle n'était pas accueillie avec la même bienveillance que d'autres patients par son médecin traitant : « *Ben déjà le fait que un blanc rentre dans le cabinet, on voit le grand sourire : « Bonjour, asseyez-vous ! Comment allez-vous ? » On entend tout ça ! Et, et, et quand c'est ton tour, on t'appelle ! On appelle ton tom, on n'ouvre pas la porte : « Asseyez-vous ! votre carte vitale et votre chèque ! » Sans même te consulter. » (P11)*

### **Les participants dénoncent les fausses croyances et les préjugés dont ils sont victimes lors de leur parcours de soins à cause de la couleur de leur peau.**

Certains participants ont pu ressentir un jugement lors de l'accueil et du premier contact avec le personnel dans les structures de soins : « *Beh on a l'impression que les gens sont figés, y a cette appréhension en fait de la personne. Je me dis peut-être parce qu'ils connaissent pas la personne, ou je sais pas mais le contact se fait plus difficilement je dirai* » (P2) ; « *L'accueil, ben forcément quand on voit le physique de quelqu'un de couleur, de suite on voit dans le regard des gens, un peu, les préjugés.* » (P3) ; « *Je ne pense pas que ce soit les médecins le problème, je pense que c'est la barrière qui est juste avant le médecin. Le médecin, je pense pas qu'il fasse de différence. Parce que pour lui, on reste patient et je pense que le secrétariat fait la différence ; c'est le secrétariat qui fait la différence c'est pas le médecin* » (P7)

P5 a l'impression que à partir du moment où les personnes ont la peau noire elles sont immédiatement catégorisées : « *à partir du moment où on n'est pas blanc. Parce que je pense pas que ce soit que les Noirs, les Indiens aussi doivent être confrontés à ça... Après on met un peu les Noirs dans le même sac ; ça peut être des Indiens, ça peut être des gens des îles, ça peut être partout... un Noir c'est un Noir hein... Tant que c'est pas blanc.* » (P5)

Le personnel hospitalier a tendance à croire que les personnes noires ne peuvent pas être de nationalité française : « *C'est une minorité quand même mais j'ai eu des cas, par exemple quand j'étais enceinte de ma grande, euh j'arrive pour m'inscrire en clinique et c'était « vous avez votre titre de séjour ? » Euh d'accord, oui j'ai ma pièce d'identité. « Non non, mais le titre de séjour » - Je suis française, merci.* » (P3)

Une participante travaillant dans le paramédical trouve que l'homme noir est également perçu comme dangereux, marginal même par le personnel soignant: « *Alors que par contre un grand*

*mec noir, alors là : « Mon Dieu ! ». Forcément, comme si cette personne de par sa couleur de peau en fait, aurait des propriétés, forcément violeur violent. » (P10 )*

Il existe une infantilisation de ces patients avec des préjugés du personnel soignant à propos de leur capacité de compréhension et considérés comme étant peu dignes d'explications convenables : *« Moi j'ai l'impression que on prend les patients noirs pour des gens qui ne comprennent pas grand-chose : parce qu'ils sont pas d'ici, ils viennent d'ailleurs donc automatiquement ils comprennent pas. » (P8) ; « Et pas nous prendre pour des débiles je veux dire voilà. » (P8) ; « C'est, je sais pas comment dire, mais j'ai l'impression, qu'il y a, comme si on infantilisait un peu donc les personnes noires, ou comme si en fait on les rendait plus bêtes qu'ils étaient en fait, on leur explique pas ou très peu, y a beaucoup moins de... » (P10)*

P9 précise qu'il n'a jamais été victime d'injures raciales à proprement parler dans le domaine de la santé mais qu'il subit le racisme ordinaire avec les clichés et les préjugés associés aux personnes de sa couleur de peau : *« j'ai vraiment beaucoup de stéréotypes de clichés et tout ça. » (P9)*

### **Les femmes noires sont d'autant plus victimes de discriminations, de par leur expérience en gynécologie et dans leur rôle de mère.**

Les patientes témoignent de comment elles en sont réduites au cliché du rôle de nounou et non de mère : *« Et là, il s'est senti un peu... con quoi. Il m'a dit « Ah ! d'accord, est ce que vous avez un livret de famille ? » J'ai dit « Mais vous vous rendez compte quand même ? C'est un bébé de trois mois, vous me demandez si j'ai un livret de famille ?! » Il me dit « non mais vous auriez très bien pu être la nounou. » » (P3)*

*« Ou euh, oui parce que mon enfant est clair, ou des fois quand j'allais à l'hôpital et tout, c'était oui euh, des fois ils demandent même pas, ils se... « et sa maman elle va euh... ? » -rires – et sur le coup chui la « oh mince ! » (rires) « Ben je suis sa mère » et du coup ben ça met un malaise quoi ! C'est, c'est vraiment ...! Et ça c'est vrai que quand même des fois ça m'est arrivé deux trois fois en milieu hospitalier que... « oui et ses parents ils vont... ? » » (P5)*

*« Euh, nos enfants peuvent pas être clairs, ou sinon c'est du métissage mais vraiment être sûr de : « son papa est blanc hein ? vous êtes sûre hein ? Son papa est blanc ? » Bah oui... (rires) » (P5)*

Elles dénoncent également les fausses croyances médicales à propos des femmes noires selon lesquelles leurs corps serait plus disposé à la grossesse et à l'accouchement sur le plan anatomique, mais également les préjugés selon lesquels elles auraient systématiquement plus d'enfants que d'autres femmes et ne pourraient pas avoir d'enfant unique : *« on part du principe que en tant que femme noire on... c'est inné quoi chez nous. On n'a pas besoin d'être aidée plus que ça ! » (P4) ; « J'ai demandé euh comment ça se passe, pour faire des cours de préparation à l'accouchement, et on m'a clairement dit : « mais vous vous n'avez pas besoin de ça ! » Donc j'ai dit « Mais qui vous ? » « Ben les gens comme vous ! Vous n'en avez pas besoin ! » » (P4) ;*

*« C'est des choses euh voilà : les africaines on a plusieurs enfants, on a une ribambelle, fin on fait des équipes de foot avec des remplaçants » (P5) « Vous n'avez qu'un enfant ? », « euh ouiii... » - regard suspicieux- « j'ai que 25 ans, j'ai le temps... » « Ah ! c'est, c'est pas courant ! » (P5) « Mais c'est vrai que quand même en gynécologie ouais, on m'a dit ou par exemple euh : « ah les femmes africaines, vous êtes un peu plus larges, ou aptes à faire des enfants ! » (P5)*

P5 pense avoir aussi été victime de violences gynécologiques à cause de sa couleur de peau : « *et des fois je suis sortie de chez le gynécologue j'avais mal (rires). J'avais vraiment mal ! Et je me suis dit si ça se passe comme ça avec tout le monde, ça m'étonnerait qu'il garde même son cabinet ou même la clientèle, parce qu'après ben je vais voir les avis, les choses comme ça, et c'est vrai que ouais comme moi je suis sortie comme ça, y avait deux trois avis ben les noms c'était pas français... pareil. C'était pas des noms français c'était pas des... Et je me suis dit...* » (P5)

### **Les personnes noires sont catégorisées selon leur origine ethnique**

Les préjugés et les fausses croyances divergent selon les différentes origines des patients noirs. Beaucoup de participants avaient vécu une expérience où les préjugés à propos de leur origine pouvaient entraîner des hypothèses diagnostiques erronées : « *une fois on m'a dit « vous devez avoir la tuberculose, c'est normal, euh, chez vous, euh » » (P1) ; « je tombe sur un mec qui te fait marcher sur un tapis, le mec me dit : « Ah mais c'est normal que vous ayez mal au dos, vous êtes pas fait pour marcher, euh comment il m'a dit ça ? Vous êtes pas fait pour marcher sur du goudron. » » (P1)*

D'autres se sentaient réduits aux stéréotypes associés aux différentes origines ethniques : « *par exemple médecin urgentiste, il me dit : « Ah, vous avez fait la fête, vous avez bu du rhum ? » » (P9) ; « après c'est mon point de vue personnel bien sûr, ils englobent pas mal, on va dire, tout ce qui est algérien, marocain, tunisien et en fait, sachant que c'est des gens qui sont d'Afrique du Nord, automatiquement si on a une couleur de peau, ils pensent soit aux Antilles » (P3) ; « Il y a des trucs intéressants à dire en fonction des ethnies, mais et d'autres qui sont racistes et débiles » (P10) ; « Et en fait, au début j'étais fière, je disais ouais je viens de là-bas c'est trop cool ! Et en fait, en fonction de ma réponse, ils auront un cliché associé à ça : « Ah, là-bas\* c'est bien vous êtes gentils ! Pas comme ailleurs\* que... » Bah non en fait ! T'as pas à comparer et en fonction d'où je viens tu peux pas me dire que j'ai un caractère euh d'une manière ou d'une autre... » (P10).*

Le nom de famille pouvait également entraîner une stigmatisation dans les démarches en santé : « *Euh de façon générale, je dirai plus, euh, c'est plus lié au nom en fait ou euh. .. de mon sens à moi, tous les gens que j'ai rencontrés ça a été un blocage plus au niveau du nom en fait. Quand on dit XXX\* (nom du patient), en fait... c'est directement stigmatisé en fait, ça on le voit ! » (P2) ; « Et, il y a ... Enfin du coup j'avais une chef, qui, en fonction de si c'était donc une personne noire et avec des noms par exemple, là je sais pas, des noms pas français... Et bien je ne sais pas si elle faisait exprès ou si c'était un, vraiment un manque de... Elles les écorchait, mais au plus haut point ! C'était genre euh, limite, elle ne savait plus lire en fait ! Elle faisait exprès pour déformer absolument le nom de famille, alors que en soit, il y avait pas de raison euh, de pas savoir lire ces noms. » (P10)*

### **L'accent des personnes noires jugé stigmatisant et potentiellement discriminant en santé**

Selon l'existence ou non d'un accent, les patients ont le ressenti que la prise en charge est différente : « *automatiquement si on a une couleur de peau, ils pensent soit aux Antilles, donc ils s'attendent à entendre un accent et on n'a pas forcément d'accent antillais, donc de suite on est catalogués, ah vous êtes de quelle origine ? Tunisienne ? Algérienne ? Euh... non je suis xxx (origine de la patiente) » (P3) ; « Dès que j'ouvre la bouche, peu importe l'endroit où je vais ! D'entrée on va me dire : « Ah ton accent ! » » (P9) ; « Peut-être que mon langage. Ben*

*je prononce pas les « R » comme tout le monde, parce que je prononce pas les « R » comme tout le monde, ça veut pas dire que je suis folle ! » (P11)*

P9 qui est dans le secteur paramédical a pu observer que les comportements de certains médecins changent selon les accents et ainsi modifient l'entretien et leur prise en charge selon l'attention accordée : *« Et quand par exemple, la personne s'exprime avec son accent bien... Si par exemple si la personne vient du Sénégal, des Antilles ou bien d'autre part... Si la personne parle avec son accent, j'ai remarqué que les professionnels du médical, médecins, surtout, ils ont tendance à faire des grimaces. Genre : « Oui non, mais je comprends pas ce que vous dites ! » Donc rien que ça en fait ça, ça biaise le l'entretien ! Donc du coup ça... par rapport aux origines, la prise en charge est complètement différente ! » (P9)*

Les patients pensent également que avoir un accent peut constituer en une perte de chance en santé et ils se sont demandés si Naomi Musenga n'avait pas un accent qui aurait été à l'origine du manque de considération de sa plainte et donc de son décès : *« Je sais pas si c'est son accent, je saurai pas vous dire pourquoi, pourquoi ça c'est fait. » (P1) ; « Moi le premier truc qui m'est venu à l'esprit, euh quand j'ai entendu cette histoire, je me suis dit c'est parce que sûrement, elle avait un accent. » (P3) ; « Ben oui à son origine. Peut-être qu'elle avait un accent ou pas. Je sais pas, mais oui c'était dû à ça. » (P4) ; « c'est une jeune d'origine africaine qui a appelé, il y avait peut-être un accent qui fait que le gars n'a pas pris en compte en fait. » (P6)*

### **Les patients ressentent une discrimination lorsqu'ils sont affiliés à la CMU**

Plusieurs patients dévoilent que leur affiliation à la CMU leur a valu d'être discriminés et d'être traité différemment par des professionnels de santé : *« j'ai vu des gens aller chez le dentiste qui avaient la CMU qui étaient mal pris en charge » (P1) ; « et euh c'est vrai qu'il m'a dit « ouais mais si vous avez la CMU, je prends pas les gens qui ont la CMU » (P5) ; « Ben déjà j'ai repris mes études du coup je suis à la CMU, donc j'ai pas les, la mutuelle que j'avais avant et je vois que le traitement quand on est CMU et quand on est affilié à un réseau de santé c'est pas du tout le même ! » (P10) ; « Je, je sais très bien que c'est à partir du moment où elle a compris que j'étais une personne avec la CMU, que le enfin je sais pas la, la tension... » (P10)*

En effet les patients pensent que adhérer à la CMU est un élément stigmatisant pour eux et que certains médecins associeraient personnes noires et absence ou délai de rémunération. : *« Je, J'ai aussi la chance, probablement, c'est que j'ai pas eu à faire, vous savez, euh, à utiliser ni CMU, ni quoique ce soit. » (P1) ; « Mais c'est vrai que y a déjà un a priori en fait sur la couleur de peau, à se dire, sûrement hein, ils se disent est ce qu'on va être payés ? » (P3) ; « Ils se disent peut-être que nous, en fait, nous sommes venus, peut-être, pour ruiner parce qu'ils disent que la sécurité sociale au jour d'aujourd'hui, s'il y a un déficit, c'est parce que il y a beaucoup d'étrangers. » (P8)*

### **La douleur des patients noirs est négligée et ils sont souvent victimes du syndrome méditerranéen**

P12 évoque la possibilité que Naomi Musenga ait été victime d'un préjugé ou d'une négligence : *« Oui, je pense que là, il y avait effectivement, il y a une faute qui tient ! On va dire, ou un préjugé ou un manque d'attention ! » (P12)*

De nombreux patients décrivent un manque de vigilance et une négligence des professionnels de santé à l'égard de leur douleur sur la base du préjugé du syndrome méditerranéen : *« Mon*

*conjoint par exemple, il a très peur des piqûres. Fin on lui a rigolé au nez. Il a très peur des prises de sang. Voilà c'est comme ça, il a très peur ! Mais les gens rigolent quoi ! » (P4) ; « Mon fils venait d'enlever son plâtre, la seule chose qu'il a trouvé à lui faire c'est lui plier les 2 jambes comme ça – imite mouvements brusques - Mon fils disait : « Aïe mais j'ai mal ! j'ai mal ! » Et il me parlait, il lui pliait comme ça ... Je me suis dit c'est pas possible ! Mais ça va pas ou quoi ! » (P5) ; « Le fait que en fait, euh beaucoup de gens donc issus de l'immigration donc méditerranéenne, arrivent, ils disent : « Ah moi j'ai mal à la tête, j'ai mal à ça » Et ils croient pas en fait... » (P10)*

En effet, ces patients subissent une fausse croyance selon laquelle ils seraient plus résistants à la douleur ou insensibles : « *Se dire que en fait, on va accepter que certaines personnes souffrent, et les autres ben en fait non, comme ils ont un pouvoir, c'est plus épais, ils vont plus résister* » (P10) ; « *j'ai l'impression que dans le milieu médical, ils ont l'impression qu'on ne ressent pas la douleur* » (P4) ; « *On néglige notre... nos douleurs en fait sont négligées, c'est à dire que la femme ou l'homme noir n'a pas mal, ou peut supporter plus qu'une personne blanche.* » (P4)

### **Les patients relèvent peu de discrimination par le médecin généraliste**

Malgré ce ressenti de discriminations à leur égard en santé, au final les patients rapportent peu d'expérience avec le médecin généraliste : « *mon père était décédé et je suis parti chez un généraliste parce que ça allait pas trop et il me dit « ouais vous êtes un grand gaillard, c'est bon vous allez vous en sortir, donc je vous arrête pas, je fais rien, je vous donne rien, rentrez chez vous, par contre c'est 25 euros » » (P1) ; « Et il y a toujours le rapport avec, ben ce que ce soit avec mon docteur traitant ou avec des patients, c'est toujours : « Ah ben vous venez d'où ? » » (P10) ; « *Vraiment que dans les clichés ! Oui, non, pas en mode : « vous êtes sales... » C'est pas arrivé, heureusement ! Mais c'est surtout beaucoup, beaucoup, beaucoup de clichés* » (P9)*

<p><b>3.2 Un ressenti de discrimination et le manque de confiance envers le système de santé peuvent influencer l'accès aux soins des patients de plusieurs façons : pour certains cela entraîne un retard de recours aux soins voire une rupture de suivi. Pour d'autres, ces sentiments n'ont pas d'incidence sur leur accès aux soins</b></p>
--

### **Certains patients n'ont recours au médecin généraliste qu'en cas de nécessité**

Certains patients reconnaissent ne voir leur médecin généraliste qu'en dernier recours ou très rarement : « *Du coup honnêtement moi j'y vais que quand c'est la fin du monde - rires-.* » (P1) ; « *Quand je regarde dans mon cercle, euh, ben je me rends compte qu'on va pas chez le médecin.* » (P4) ; « *Je vais pas trop chez le médecin généraliste* » (P4)

De plus on peut noter que les communautés noires ont tellement intégré les préjugés à leur égard, comme quoi ils seraient plus résistants et moins vulnérables que la moyenne qu'ils consulteraient moins les médecins car ils considéreraient cela comme un aveu de faiblesse : « *Oui ils consultent beaucoup moins et puis y a aussi moi je voyais même, c'est des oui euh, une forme de virilité : « On n'est pas des gonzzesses ! Nous on va pas... » Voilà... - rires – « On n'est pas timbrés ! » (rires) » (P12)*



### **Les participants ne relevaient pas d'incidence sur leur recours au médecin généraliste et aux soins en général**

En général, les participants n'ont pas évoqué d'appréhension particulière à consulter leurs médecins généralistes respectifs : « *Alors euh tout ce qui est voilà médecins généralistes et tout j'y vais* » (P5) ; « *Non parce que j'ai mes habitudes maintenant, je vais toujours aux mêmes endroits.* » (P7)

En effet, ils considèrent que c'est leur droit de bénéficier de soins en tant que français et n'hésitent pas à consulter même si ils doivent confronter une situation discriminante : « *Moi non ! Moi j'y vais parce que j'ai mes droits. Je pense que j'ai des droits comme tout le monde donc voilà, si j'ai besoin des soins et je n'hésiterai pas, j'irai et voilà, je demanderai que je me fasse soigner, qu'on me prenne en charge comme il faut comme on va prendre en charge un Blanc ou une française qui sera à côté.* » (P8) ; « *Alors non parce que alors, je vais me dire qu'avant tout ma santé c'est le plus important, donc il faut vraiment que je mette ça en avant. Donc quitte à ce que la personne qui soit en face de moi ne m'aime pas ! Tant pis faut me soigner ! Donc non j'ai jamais eu ce frein.* » (P9)

Par ailleurs P8 préfère accorder le bénéfice du doute aux soignants et ne souhaite pas tomber dans la méfiance excessive vis-à-vis d'éventuelles discriminations : « *Parce que des fois mieux vaut pas aussi penser, si on commence à penser à la discrimination des choses comme ça, de racisme et tout on peut pas vivre après. Après là, c'est nous qui devenons racistes à la fin, voilà, on se rend pas compte.* » (P8)

### **Les participants ressentent un manque de confiance envers le système de santé et ont peur d'être jugé par les médecins**

Le sentiment de négligence et de ne pas être pris au sérieux par les médecins a désolidarisé les patients du système de santé et est à l'origine d'un manque de confiance envers le personnel soignant : « *encore une fois c'est toujours la même chose, la réflexion qu'on va me faire c'est : « Allez c'est bon ça va passer ou c'est pas grand chose ou ... ». Et voilà, d'avoir, vous savez, cette impression de pas passer pour un con, mais presque, vous savez, limite euh, c'est ce qui va me coller à la peau.* » (P1) ; « *Je pense que y a un manque de confiance, de, du personnel médical. On n'a pas confiance...* » (P4).

Pour les participants n'ayant pas vécu de discrimination par le médecin généraliste, ces derniers évoquent tout de même une vigilance envers le système santé : « *Je pense que si un jour je viens à déménager, je pense que ça dépend de où je vais. Ça va peut-être jouer peut-être.* » (P7) ; « *Parce que si on va au fin fond de la Lozère, ça sera différent, ce sera complètement différent... Ou dans le Nord, ça sera différent.* » (P7)

Ils ont le sentiment de devoir se justifier, qu'ils manquent de légitimité lorsqu'ils se rendent dans les services d'urgences notamment : « *Mais on a toujours, on se sent toujours dans l'obligation de justifier, de venir pour les soins par rapport à la couleur de peau.* » (P3) ; « *C'est surtout ça, de pas sentir qu'il y a, qu'il y aura peut-être une réflexion derrière voilà ou un petit jugement derrière ou euh devoir se justifier en fait c'est vraiment ça* » (P5).

Il existe également une peur d'être jugé par le personnel soignant notamment pour les personnes non francophones : « *Mais je pense qu'il y a certaines personnes qui ont le frein et par exemple, les immigrés qui viennent ici par exemple, ils ont peur du regard du médecin, donc ils ne vont pas forcément se soigner.* » (P9)

### **Après avoir ressenti de la discrimination de la part de spécialistes et professions paramédicales, les participants modifient leur parcours de soins**

En revanche après avoir expérimenté des remarques racistes ou suspecté des comportements racistes de la part de spécialistes ou paramédicaux, les participants ne souhaitent pas reprendre leur suivi initial : « *Et c'est vrai que j'ai pas fini mes semelles chez lui, j'ai dit écoutez on va s'arrêter là en fait, je comprends pas ce que vous me dites - rires-, vous vous rendez compte, fin c'est aberrant !* » (P1) ; « *mais voilà quand ça, ça part un peu dans les spécialistes ou les trucs voilà pour les spécialistes, c'est vrai que je vais laisser un peu traîner j'avoue.* » (P5) ; « *Oui ! Clairement, j'ai eu un problème en début d'année, je devais voir donc, bah, une psychologue. Et du coup, j'ai, je ne pouvais pas en fait aller voir une psychologue blanche.* » (P10).

Ils se sentaient obligés d'adapter ou de modifier leur parcours de soin : « *C'était pas possible parce que j'avais déjà eu, en fait un suivi initialement sur mon île, mais c'était une personne blanche qui avait complètement ignoré en fait, euh ignorer un, ben je sais pas, un vécu de personnes noires, voilà. Du coup c'était impossible que je refasse la même erreur.* » (P10) ; « *Non ben comme j'ai changé de médecin donc, j'y vais une fois par mois maintenant. Voilà ! Tant pis hein, je fais la route mais j'y vais une fois par mois.* » (P11)

### **3.3 Le choix du médecin traitant se fait selon des critères variés, la couleur de peau du médecin pouvant rentrer en considération pour certains**

#### **Le choix de médecin traitant se fait selon sa capacité d'écoute, la proximité géographique, le sexe du médecin, son expérience, les recommandations par des proches ou Internet**

Les patients recherchent un médecin à l'écoute et attentif qui permet la création d'un lien thérapeutique avec un sentiment d'exclusivité : « *c'est le vrai médecin qui va te poser des questions, savoir comment tu vas au quotidien. Et c'est très personnel j'ai l'impression le rapport qu'on peut avoir entre un patient et un médecin et je pense que ça je l'ai gardé.* » (P1) ; « *Déjà, il faut qu'il soit efficace ? (rires) Qu'il soit, comment dire ? Assez proche du patient* » (P5) ; « *il était très à l'écoute, attentif* » (P8) ; « *Moi je veux la vérité, c'est à dire qu'il soit clair avec moi, qu'il me dise ce qu'il en est et que moi aussi que je puisse prendre, prendre peut-être des décisions ou des choses comme ça.* » (P8)

Des participants choisissent plutôt un médecin qui est proche de leur domicile : « *Proximité !* » (P4) ; « *elle est en dessous de chez moi.* » (P5) ; « *On a celui qui est plus proche de la maison* » (P6).

Pour certains participants le sexe du médecin est important : « *Euh, critères déjà c'était une femme* » (P3) ; « *Par rapport à mes enfants surtout, elles sont plus rassurées par le côté un peu maternel* » (P3) ; « *Et puis je pense que ça joue aussi le fait qu'il soit un homme.* » (P12)

L'expérience et les compétences du médecin sont importantes pour les participants qui tiennent à ce que leur médecin ait accumulé du savoir et des qualifications afin de leur offrir une prise en charge optimale : « *J'allais vers des vieux parce que je me dis ils ont tout vu eux (rires) Ils*

*ont une expérience, un panel du coup » (P5) ; « Moi, c'est vraiment les compétences qui priment avant euh le...La compétence et ton ton, historique quoi ! Voilà ! » (P9) ; « Oui, c'est quelqu'un que j'apprécie pour son sérieux, sa compétence ! Il a une grande exigence » (P12)*

D'autres participants ont choisi leur médecin après que celui-ci leur ait été recommandé de façon positive par des proches de la famille ou des amis ou après avoir lu les avis sur Internet : « oui alors, je l'ai choisi parce que, vu que mon fils était venu, donc euh, de ma femme, vu qu'elle a dit qu'elle était très bien. Du coup je me suis réorienté, plus vers elle » (P2) ; « En fait, quand je suis arrivé ici ben j'étais avec une fille et du coup c'était son médecin. C'est elle qui a trouvé son médecin. Du coup, Je l'ai accompagnée une ou deux fois et j'ai vu que le médecin était vraiment incroyable. » (P9) ; « Justement, j'ai fait allusion tout à l'heure au Docteur... Il m'a dit : « écoute, je vais te mettre en relation avec lui et tu verras, il est très bien. » (P13) ; « Après souvent, je regarde euh, ça m'arrive d'aller lire les avis des gens sur internet pour me faire une idée de tel spécialiste, si c'est bien ou pas. Si je regarde, si je vois que les avis sont pas bons, je vais pas y aller ! » (P2)

Cependant certains participants reconnaissent avoir choisi un médecin traitant juste pour le côté administratif et parce que c'était préconisé par la sécurité sociale : « Alors oui j'en ai un, parce qu'on me force à en avoir un, vous voyez, euh je veux dire, administrativement. » (P1) ; « j'y vais pour de l'administratif en fait. Pour les écoles, les sports... » (P4) ; « Mais au moins elle est disponible ! » (P10)

### **La couleur de peau du soignant entre comme critère de choix de médecin traitant pour certains participants et pas du tout pour d'autres :**

Parmi ces participants certains ont reconnu que la couleur de la peau peut rentrer en compte dans le choix de leur médecin.

En effet, après avoir été pris en charge par des médecins noirs, ces derniers se sont sentis plus en sécurité et plus rassurés, ils apprécient de pouvoir échanger avec leur « reflet » : « plus rassurée, plus écoutée. Qu'il y ait un miroir en fait ! Voilà » (P4) ; « Si vraiment j'avais le choix, c'est vrai que par nature même par facilité hein ! C'est vraiment ça par facilité, j'irai ouvertement chez des médecins africains parce que euh voilà, je sais que je peux être tranquille. » (P5) ; « Je vais voir un médecin Africain ben il prendra en compte ma couleur de peau. Je vais voir un médecin Antillais il prendra en compte notre origine similaire. » (P6) « Parce que dès que c'est une personne qui est de la même couleur que moi, je me sentirai plus à l'aise moi je pense. » (P8) ; « Pourquoi je préférerai avoir un médecin noir ? Parce que il n'y aurait pas de différence pour lui ! Il n'y aurait pas de de différence de peau. Vous comprenez ? Ben je pense que il sera plus à l'écoute avec son compatriote. » (P11)

Les participants expliquent également que les médecins noirs prennent plus facilement en compte leur contexte culturel ce qui est important pour eux : « Je vais trouver un médecin antillais en Métropole, je suis fier d'aller chez le médecin. Donc je suis donc content de trouver un médecin de ma couleur de peau, de chez moi et voilà. Et pourquoi ? Parce que il aura pris aussi en compte la géographie et le contexte géographique. Quand je vais venir le voir et lui parler de mes petits problèmes, je parle d'un antillais qui sait c'est quoi la, l'éloignement familial obligatoires qu'on subit. Euh cet éloignement là tu peux pas en discuter avec euh un avec un métropolitain il va pas comprendre pour lui... » (P6) ; « des fois, on changeait de sujet pour pouvoir discuter de chez nous, de l'Afrique et tout ça. Ça, ça rentrait dans le cadre : moi je pense de de, de de la santé pour pouvoir me mettre à l'aise pour que je, je m'ouvre peut-être



*un peu plus ou que je sois moins tendue pour que je n'ai, que j'aie moins peur de ce qu'il m'arrive. Mais lui, il m'a vraiment mise à l'aise et moi, je pense que ça a joué sur la couleur... parce que on était de la même couleur. Et jusqu'à aujourd'hui, il m'appelle par mon prénom quand j'arrive, - rires - c'est comme si on était des amis. Ça fait quand même plusieurs années maintenant, si ce n'est plus peut-être. Et donc quand je vais chez lui, pour mon suivi, il arrive : « ça va, tu vas bien ? Viens rentre et ça, moi je pense pas que un médecin blanc je veux dire, aurait fait ça ! » (P8)*

P5 précise finalement que pour elle, ce n'est pas tant la couleur qui importe mais vraiment la prise en compte de sa culture dans le soin sans la juger : *« Ou même si je tombe par exemple sur des médecins qui ont voyagé et qui vont me dire « Ah vous êtes gabonaise ! Je suis allée aux Congo... » (souffle). Je me détends ! Ça peut être des Blancs, des Noirs, ben je vais me détendre, parce que je me dis voilà, je suis pas obligée d'expliquer certaines choses sur notre manière de faire ou de penser ou les choses que j'ai mises en place par rapport à mon enfant ou le faire dormir sur le ventre, truc tout con. » (P5)*

En revanche pour d'autres participants la couleur de peau du médecin n'est pas du tout un critère : *« Non, non ! Écoutez j'étais aux urgences avec mon fils et c'était un docteur maghrébin qui s'est occupé de lui j'ai pas eu de souci. Je suis parti en Tunisie avec mon plus grand, là-bas, il a été malade, il a été opéré, c'était un médecin tunisien. » (P7) ; « Non pas du tout. Je suis plutôt du genre euh, mix, brassage de cultures. Donc non ! Mon dentiste peut être arabe, mon médecin peut être français. Euh quoi d'autre ? Mon diététicien peut être chinois. Non, c'est... non. Moi, c'est vraiment les compétences qui priment avant euh le... La compétence et ton ton, historique quoi ! Voilà ! » (P9)*

Ces participants dénoncent l'émergence d'un communautarisme et les dangers qui peuvent en dériver : *« parce que je me dis que ben on se ferme des portes en fait, tout seul ! Et tout le monde n'est pas pareil ! Et j'essaye moi personnellement de pas le mettre comme critère » (P5) ; « Voilà, c'est... et je pense que dans un pays comme la France, euh je trouve dommage et dangereux peut-être... Oui, je trouve que c'est, c'est quand même une impasse hein ! » (P12) ; « C'est même pas du culturel ! C'est de la pigmentation, c'est... » (P12) ; « Non, franchement ! Je me déciderai pas à voir un toubib parce qu'il est noir ou... Pas plus qu'un mécanicien au final... » (P12) ; « Mais ça veut dire à ce moment-là que la solution ça serait que des personnes musulmanes voient des médecins musulmans, que juifs voient des médecins juifs, ce qui serait contraire à l'esprit même d'intégration. » (P12)*

**3.4 L'amélioration du ressenti des patients noirs passe pas une compréhension des enjeux historiques, une valorisation de l'approche centrée patient et une amélioration de la représentation des personnes noires dans la société en général. Les préjugés doivent être déconstruits au sein de la communauté blanche mais également au sein de la communauté noire.**

### **Le rapport de la médecine aux personnes noires au fil de l'Histoire est à l'origine d'un manque de confiance envers les professionnels de santé**

Les participants expliquent que le traitement des personnes noires pendant l'esclavage et la période coloniale a encore aujourd'hui des conséquences sur leur perception des soignants blancs : « *Je pense que y'a plusieurs paramètres. Cette confiance euh, en médecine, hum, pour une femme noire avec un soignant blanc ça remonte à beaucoup de choses ; ça date pas de ce siècle la ! Je pense ya toute une histoire derrière qui est ancrée, qui doit être dans nos, dans notre inconscient. Ça date, ça remonte, à mon, avis à bien longtemps parce qu'on a souvent été quand même des expériences euh dans le médical. Donc je pense que ya des restes.* » (P4) ; « *Et c'est des peurs en fait qui deviennent, même si ça nous est pas arrivé, c'est vrai qu'on est sur le qui-vive parce que ça existe, ça peut arriver...* » (P5) ; « *mais c'est vrai que c'est un peu... de l'Histoire aussi c'est un peu culturel, de tout ce qui se passe en général, c'est vrai que les personnes africaines, on est un peu sur la défensive quoi !* » (P5) ; « *Mais voilà en gros c'est ça, je crois que ça remonte vraiment à l'époque de la ségrégation, de l'esclavage tout ça.* » (P9)

P5 rappelle également que cette maltraitance de la femme noire en santé est toujours d'actualité en citant pour exemple des cas d'hystérectomies abusives et non consenties chez des femmes noires en Afrique du Sud ayant eu lieu au 21<sup>ème</sup> siècle, ce qui provoque en elle une peur lors de ses interactions avec le personnel médical : « *Par exemple moi j'avais lu sur internet, pareil un reportage euh en Afrique du Sud, ils se rendaient compte que tu partais chez le gynécologue euh, une personne africaine t'avais un problème, pour faire des IVG, tu te retrouvais à savoir 10 ans plus tard qu'on t'avait fait une ablation de l'utérus – silence – C'est des choses, fin on est au 21<sup>ème</sup> siècle quoi !* » (P5)

A propos des faits d'actualités récents menant à un manque de confiance envers le système de santé, P6 lui dénonce la situation sanitaire actuelle aux Antilles : « *Donc euh même ça aussi, qui est un peu schizophréniant, qui a qui, qui, qui est à prendre en compte le système médical ici, c'est une grosse m\*\*\*\* qui est constatée par les plus grands médecins et qui vont s'installer ici, ils vont te dire : « Mais c'est quoi cet hôpital ? » ! Mais qui n'est pas pris en compte ! donc encore une fois, c'est parce qu'on est Noirs !* » (P6)

### **La représentation des personnes noires doit être améliorée en général et également en santé**

Les participants interrogés jugent également que la déconstruction des préjugés à propos des personnes noires en santé passerait par une amélioration de leur représentation dans un rôle positif dans la société et dans les médias : « *Il faudrait que déjà petit, c'est à dire que enfant, on ait euh aussi des modèles d'enfants, ne serait ce que dans les livres. Euh, Théo va chez le médecin ; ce serait bien qu'on mette euh, ben un enfant, je veux dire à l'école déjà. Un enfant*

*noir en photo qui va chez un médecin, peu importe mais, qu'on montre que ces enfants là aussi ont, vont à l'hôpital. Ces enfants là aussi tombent malades, ces enfants là aussi se cassent le bras. Ça dans les encyclopédies : qu'on puisse voir euh une anatomie, fin toutes ces choses là et ça se ferait tout seul après. » (P4) ; « Mouais peut être faire des choses comme ça, éveiller les consciences, essayer de voilà, mettre plus d'affiches, même dans les hôpitaux, des représentations même pour les enfants, qu'ils puissent se représenter, voilà des enfants noirs. » (P5) ; « mais en fait un enfant Noir qui est adopté même par une famille aimante, l'image qu'il a des, du Noir, c'est une image, toujours des mecs qui bossent sur les routes, une image de type en Afrique qu'ils montrent à la télé qui se balade avec des bâtons, ou une image de de, de, de mecs qui sont vigiles dans les magasins. Aucune image qui n'est pas en concordance avec ce qu'ils vivent vous savez ! » (P12) ; « P6 : Et encore une fois bon, allez, on va aller dans la confiance je suis en train de regarder Dahmer, vous l'avez vu sur Netflix ? [...]; dans le film on te montre que la police a cru le Blanc et pas le Noir en fait. Dans le film on montre ça, et encore une fois comme je dis, on te véhicule ça dans les films des, des faits réels, des faits qui qui se perpétuent encore maintenant. » » (P6) ; « Vous savez, mon épouse, regardait une série qui s'appelle, c'est pas Grey's Anatomy, c'est une autre série à la télé sur les hôpitaux, elle a arrêté de regarder parce que il y a eu, le l'épisode COVID et il y avait que des Noirs qui mouraient. Pas de Blancs, que des Noirs ! Ça l'a énervé, elle a arrêté de regarder par rapport à ça. Donc je pense que ça a été un peu caricatural. Mais ça a quand même représenté la vérité ! » (P7)*

En effet, P12 rappelle comment la pigmentation foncée de la peau a toujours été perçue négativement dans la société depuis d'aussi loin qu'on remonte dans l'Histoire jusqu'à aujourd'hui : « Parce qu'il avait soi-disant, vu la nudité de son père, donc son père l'avait maudit. Et cette malédiction quelque part, c'est comme si euh, elle se, on pouvait dire d'une certaine façon, qu'elle se perpétuait ... » (P12) « il y a une étude que j'avais vue il y a 2 ans. ; des enfants aux États-Unis noirs et blancs. On leur avait donné des poupées blanches, des poupées noires. Et puis on leur avait dit de choisir. Et en fait tous les enfants, noirs et blancs, choisissaient les poupées blanches. On leur demandait, pourquoi tu as choisi la poupée blanche ? Et pour tous, ils disaient parce qu'elle est belle, elle est plus belle. » (P12) ; « Donc moi qui ait vécu en Afrique aussi, à une époque où, ce qui m'étonnait aussi, c'était l'usage par des hommes aussi, des produits qui blanchissent la peau. » (P12)

Par ailleurs, P9 et P11 signalent un autre élément important qui est le manque de représentation et de diversité au sein du personnel soignant : « C'est vrai que y'a des métiers qui sont pas très ouverts, le paramédical. Par exemple moi dans mon école, je suis le seul Noir par exemple... Donc, et dans tout l'institution est peut-être 5 personnes de couleur. » (P9) ; « Je pense que les médecins noirs devraient se valoriser un peu plus. » (P11)

### **Les personnes de la communauté noire sont conscientes qu'elles doivent faire preuve de résilience et de sagesse**

Certains patients reconnaissent que tout ce contexte de discriminations sociales et d'inégalités de traitement a pu engendrer chez eux un sentiment de méfiance malgré eux : « Après, c'est vrai qu'après maintenant j'ai, j'ai peur d'être, c'est un peu de la paranoïa des fois. Je me suis dit bon voilà, on prend un peu les choses à cœur on le met directement sur le fait du racisme » (P5) « Après on est un peu, voilà euh, un peu sur la défensive je vous avoue un peu tout le temps quoi. On sait jamais à quelle sauce on va être mangés, si cette fois-ci ça va bien se passer, cette fois-ci s'il est mal luné il va voir un Noir on se dit « Oh mon Dieu dans quoi je me suis lancé ! »... » (P5).

Quelques patients aimeraient que les interactions entre les différentes communautés se déroulent avec plus de sagesse : *« C'est simplement que on s'est mis dans la tête certaines choses et puis on reste figés sur ce qu'on est. Y a des mauvais dans, dans toutes les ethnies il y a des problèmes. Donc moi je dis, je m'arrête pas à ça ! Je pense qu'après c'est la sagesse, c'est la maturité d'esprit et la sagesse qui font la différence. Si on reste l'esprit étroit, on reste dans un truc, on n'avance pas mais à tous les niveaux. »* (P7) ; *« Alors ça, je ne sais pas mais ce que je nous reproche aussi à nous les Noirs, dès qu'il y a quelque chose on s'enflamme. Et la première des choses c'est : « oui parce qu'on est Noirs. ». C'est pour ça qu'on n'avance pas d'ailleurs ; il faudrait qu'on sache faire la part des choses quand il y a de la discrimination ou le racisme et quand il y a de l'incompétence aussi. Donc faut pas qu'on mette tout sur sur la discrimination ou sur le racisme, il faudrait savoir faire la part des choses, analyser et comprendre si c'est vraiment du racisme. »* (P8)

P9 admet que les préjugés ont également la vie dure au sein de sa communauté et que cette même communauté participe également à leur diffusion : *« En vrai je vais être très franc, c'est ce que nous, que ce soit aux Antilles, ce qu'on véhicule, l'image que nous-mêmes nous donnons de nous ! C'est simple ! »* (P9)

### **Les participants estimaient qu'ils doivent éduquer et participer activement à la déconstruction des stéréotypes**

Les participants pensent qu'ils ont une responsabilité d'éducation afin de déconstruire les préjugés courants : *« ça c'est un premier truc qui fait que sans rentrer dans les détails, si à un moment donné y a un début de discrimination, une fois que j'ouvre la bouche, tout se remet en place, je sais pas si vous voyez ce que je veux dire. »* (P6) ; *« Je pense que c'est l'éducation qui fait ça ; c'est une éducation et l'ouverture d'esprit. Voilà. Donc c'est pour ça qu'il faut voyager, qu'il faut voir du monde, qu'il faut échanger avec les gens »* (P7) ; *« Après de soi-même, on remet les choses à leur place ! Nous aussi on peut éduquer les personnes : « Il faut arrêter ! Ci, ça, c'est comme ça ! c'est vrai que ya ça chez nous, mais vous on peut vous dire, par exemple, vous ne savez pas danser par exemple ! Ou vous avez pas le rythme par exemple ! Vous savez pas cuisiner » »* (P9) ; *« Je leur ai dit : « Bon par contre vous arrêtez d'imiter l'accent d'entrée ! On n'imité pas l'accent ! » Déjà d'entrée avec moi ! »* (P9) ; *« Donc quand je vais voir un nouveau gynécologue, donc là c'est bon, il sait pas dire le mot. Il dit : « Oui, et du coup en plus, comme vous êtes une femme... » Et là, il, il bégaie, il sait même pas dire le mot noir ! C'est trop dur – rires – Et là c'est moi qui lui dit : « Oui oui je sais, j'ai lu que les femmes noires avaient plus de prédispositions pour avoir... » Et là ça débloque un peu le truc. »* (P10) ; *« Après le fait que les personnes racisées sachent que, en fait, bah ils doivent pas être traités autrement parce que ben ils sont racisés. Au moins, ça permettrait d'éviter en fait à ces personnes là, dès le premier mauvais traitement, de changer de praticien directement ! »* (P10)

Ils participent ainsi de façon active à l'amélioration de leur prise en charge et de leur considération en explicitant ce qui est correct et ce qui ne l'est pas.

### **Plus d'empathie de la part des médecins est attendue par les patients**

Pour finir, plus d'empathie est attendue de la part des médecins. Les patients souhaitent que les médecins se mettent à leur place afin de comprendre leurs réactions et attitudes : *« Je pense que c'est ça qu'il faut bosser, il faut bosser, au niveau du, de l'empathie. »* (P10) ; *« Faudrait que le médecin vive ça un peu, qu'il sache un peu ce que c'est, qu'il voie que que... C'est pas en restant*

*là et que les choses tombent du ciel. Il y a des gens qui sont vraiment dans la misère et malheureusement, entre parenthèses, il y a beaucoup moins de blancs que de gens de couleur, cette position donc... » (P7)*

Comme l'explique P5 ce qui sonne comme une évidence pour un professionnel de santé ne l'est pas forcément pour le patient, et ce dernier a parfois besoin d'être rassuré et réconforté : « *C'est une petite phrase toute simple, mais ça détend : « c'est absolument pour tout le monde, vous inquiétez pas, c'est des choses euh, globales ou des questions qu'on peut poser à tout le monde euh, c'est pas forcément spécifique... » (P5)*

### **Le système de santé doit être amélioré avec une approche centrée sur l'humain et non l'aspect financier**

Les patients sont nombreux à penser que le système de santé actuel est dépassé et que les soignants sont à bout ce qui peut mener à des erreurs médicales graves comme le décès de Naomi Musenga : « *le système de santé est à bout de souffle, mais en vrai ça fait des années qu'il est à bout de souffle. La vérité c'est ça ! » (P1) ; « Et aujourd'hui je pense que ce système de santé qui est arrivé à un stade où y a pas les moyens de faire ce qu'il faut et que, les gens font un peu n'importe quoi, mais je pense pas que ce soit du fait que ce soit, que ce soit à cette femme » (P7)*

Ils pensent qu'une des solutions serait de replacer l'Humain centre de la prise en charge devant l'aspect financier : « *Je pense que si on sort l'aspect pécunier déjà ça simplifierait pas mal de choses. » (P1) ; « quand tu vas dans les dispensaires dans les départements d'Outre Mer, ce genre de choses, les gens qui te délivrent leur savoir, ils le font d'une manière totalement différente. Et, et je me dis que c'est parce qu'ils se prennent pas la tête à se demander si ils vont être payés, pas payés, -rires- vous voyez, je pense qu'il y a cette dimension là » (P1) ; « Moi je pense ouais, peut être euh, peut être établir une charte, au niveau des, surtout des cliniques et du CHU surtout. » (P3) ; « c'est un travail à faire sur le personnel, c'est à dire se, se... Comment on appelle ça ? C'est comme pour les avocats à qui on demande une certaine éthique : vous devez défendre comme le violeur comme le le... » Voilà quoi, je sais pas comment expliquer, mais à un moment donné il faut juste prendre l'être humain qui est là en face tout simplement ! Et la solution c'est, on va pas changer le monde de des faits sociaux, mais on peut changer les rapports entre nous en fait. Voilà ! » (P6) ; « j'ai déjà limite la solution il faudrait, entre guillemets, qu'on arrive surtout dans le milieu médical, il est plus facile en fait d'enlever, entre guillemets, cette discrimination dans le milieu médical, que dans le milieu euh judiciaire et policier. Pourquoi ? Parce qu'en fait ben le médical, la base du truc, la baaaase c'est l'altruisme, c'est sauver la vie, c'est le, qu'il y ait la même prise en charge pour la personne qui soit rouge, noire ou jaune vous voyez ou pas ? » (P6) ; « C'est aujourd'hui le système fait que... C'est le système à revoir. Faut pas qu'on fasse, faut pas qu'on arrive comme aux États-Unis, qu'on demande d'abord aux gens leur carte bancaire avant de les soigner. Il faut qu'on trouve, qu'on retrouve l'équilibre qu'on avait dans le système, qui fait que tout le monde soit soigné de la même façon ! C'est parce que celui-là il a 500000,00€ sur son compte qu'il sera mieux soigné que celui qui a qui a que 1000€ sur son compte. Je vois ça comme ça. Moi je dis pour la médecine et pour la mort, nous sommes tous égaux, pour moi c'est ça ! » (P7) ; « Mais, si on pouvait, surtout dans le soin... Hum parce que c'est l'être humain, c'est l'humain qui arrive, il faudrait vraiment lui accorder, c'est à dire son attention, tout l'attention qu'il faut pour pouvoir comprendre, telle que cette affaire de de de cette dame là... » (P8)*

Les participants à notre étude ont pu ressentir une discrimination multifactorielle à leur égard par différents professionnels de santé qui a retenti différemment selon leur personnalité et leur parcours de vie sur leur accès aux soins. En revanche une grande partie de ces patients entretenaient une bonne relation avec leur médecin généraliste puisqu'ils l'avaient choisi selon leurs propres critères. Cela n'a pas empêché certains d'entre eux d'exprimer le souhait d'avoir un médecin généraliste noir qui reflèterait leur expérience et leur culture en tant que personne noire.

Les participants estimaient que des progrès pouvaient être faits mutuellement d'une part par les soignants, et d'autre part par les patients noirs afin de déconstruire et de rompre la transmission des préjugés raciaux responsables de leur discrimination, de génération en génération.



## **DISCUSSION**

### **1. Points forts**

#### **1.1 Originalité du sujet**

Les travaux déjà réalisés à propos des discriminations exposaient les représentations et les préjugés des professionnels de santé envers les patients Roms et les patients détenteurs de l'AME ou de la CMU et comment ces derniers bénéficiaient de traitements différents<sup>19, 20</sup>. Une autre étude quantitative avait exposé que des patients avaient pu ressentir une discrimination liée à leur origine ethnique par des professionnels de santé<sup>22</sup>.

Aucune étude n'a exploré le ressenti des patients Noirs spécifiquement en santé en France à propos de leur prise en charge en médecine générale et l'influence d'une éventuelle discrimination sur leur parcours de soins malgré l'existence de témoignages et de dénonciations sur les réseaux sociaux.

Notre étude est donc novatrice et peut permettre une amélioration dans la pratique des médecins généralistes.

#### **1.2 Une étude qualitative avec une analyse sémiopragmatique**

La recherche qualitative a permis d'interroger des patients en face à face et d'obtenir leur ressenti contrairement à une approche quantitative avec laquelle on aurait juste obtenu un résultat numérique.

De plus l'analyse sémiopragmatique a donné la possibilité de décrire et d'interpréter les expériences vécues en restituant des unités de sens, en les ordonnant dans un sens logique et enfin d'aboutir à l'émergence de catégories. Selon Agnès Oude Engberik et Gérard Bourrel, cette approche rigoureuse permet de limiter les biais d'interprétation<sup>27</sup>.

Contrairement aux études existantes dans la littérature, cette analyse a permis d'explorer le ressenti des patients et de faire naître plusieurs pistes de réflexion.

#### **1.3 Éthique et réglementation**

Nous avons veillé à respecter les normes en matière de protection des personnes et de protection des données en transmettant au DPO de la faculté de Montpellier l'engagement à respecter la norme MR004 (**Annexe 5**) ainsi qu'une analyse d'impact (**Annexe 4**). Nous avons obtenu un avis favorable du Comité d'Éthique le 30/05/2022 (**Annexe 3**).

#### **1.4 Échantillonnage**

Pour cette étude les participants ont été recrutés grâce à un échantillonnage raisonné et par boule de neige par l'intermédiaire de mes maîtres de stage et co-internes. Ce recrutement a permis d'obtenir un échantillon varié en terme de tranche d'âge, de sexe, de catégorie socioprofessionnelle.

Le recrutement a été fait jusqu'à saturation des données avec confirmation de cette saturation avec deux entretiens finaux. Treize entretiens ont été réalisés au total.

À partir du dixième entretien des participants de plus de 50 ans ont été recrutés préférentiellement afin d'avoir un échantillon plus diversifié puisque les participants déjà interrogés jusque là étaient dans des tranches d'âge rapprochées les unes des autres. Les patients entre 18 et 25 ans sont moins bien représentés à cause d'un défaut de recrutement ce qui peut constituer un biais. Deux des patients ont été mis au courant du sujet de l'étude avec plus de précisions que les autres patients par un de mes maîtres de stage et une de mes co-internes ce qui a pu mener à un biais d'information.

Tous les participants qui ont été recrutés ont participé à l'étude à l'exception d'un participant qui m'avait initialement donné son accord et qui n'a plus répondu à mes sollicitations malgré mes relances par SMS et appels téléphoniques.

## **1.5 Recueil des données**

Le guide d'entretien a été relu par un groupe pluriprofessionnel afin de s'assurer de la bonne formulation des questions. Puis il a été testé une première fois sur un proche avant de débiter les entretiens. Il a été modifié après le troisième entretien avec le rajout d'une question à propos de la prise en compte de la couleur de peau du soignant et l'intégration de phrases de relance en tant que questions définitives.

Ces modifications ont permis d'enrichir et de préciser les verbatims. Les entretiens ont été plus longs et ont fourni plus de matière par la suite.

L'investigatrice a intégré le langage non verbal dans les retranscriptions et s'est appliquée à retranscrire les entretiens mot à mot afin de réduire un biais d'interprétation.

Neuf entretiens se sont déroulés en présentiel dans des lieux publics ou dans des lieux de santé de différentes villes du Gard et de l'Hérault. Un entretien a eu lieu en visio-conférence car le patient avait quitté la région de l'Hérault suite à un déménagement. Quatre autres entretiens ont eu lieu en visio-conférence car l'investigatrice de la thèse a quitté la région de l'Hérault pour des raisons personnelles.

Ces entretiens en visio-conférence ont pu être moins adéquats pour le relevé du non verbal.

Une étude comparative a été réalisée en 2019 entre des entretiens qualitatifs menés en visio-conférence par Skype et des entretiens en présentiel. Les entretiens en présentiel ont été jugés comme légèrement supérieurs car ils apportaient plus de richesse aux sujets évoqués que les entretiens en visio-conférence avec cependant un nombre de thèmes similaires.

Cependant les économies de temps et de budget que conféraient les entretiens en distanciel n'étaient pas négligeables ce qui renforce l'intérêt de garder la possibilité de mener des entretiens en visio-conférence<sup>28</sup>.

Les entretiens étaient retranscrits le plus rapidement possible afin d'y être le plus fidèle avec une retranscription des éléments non verbaux.

## **1.6 Critères de scientificité**

### **1.6.1 Validité interne**

Cette étude a également été menée en s'appuyant sur la grille de lecture COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) dans sa version française<sup>29</sup>. Cette grille est le fruit d'une méta-analyse de l'ensemble des grilles de lecture de la littérature, publiée en 2007 dans l'International Journal for Quality in Healthcare. Elle comporte 32 critères de bonnes pratiques à respecter pour les études qualitatives et est jointe en annexe (**Annexe 7**).



Pour des raisons de protection des données et des personnes, nous n'avons pas pu fournir aux participants un retour de leur retranscription, ni fournir une description de l'arbre de codage. Comme nous avons réalisé une analyse sémiopragmatique, il n'y a pas eu de détermination de thèmes, ni de discussion possible autour de ceux-ci.

### **1.6.2 Validité externe**

La validité externe consiste à généraliser à la population les résultats obtenus. Les échantillons des études qualitatives n'ont pas pour but d'être représentatifs de la population générale, les participants n'ont pas été recrutés au hasard.

Par ailleurs, l'échantillon de cette étude contient un nombre limité de patients entre 18 et 25 ans ce qui limite cette représentativité. Il y a possiblement un manque de données sur les représentations des personnes de cet âge.

Cependant les entretiens ont été poursuivis jusqu'à saturation des données, c'est à dire qu'il n'y avait pas de nouvelles idées émanant des trois derniers entretiens.

## **2. Limites de l'étude**

### **2.1 Limites liées à l'enquêtrice**

Il s'agissait d'une première étude qualitative pour l'investigatrice ce qui a pu diminuer la qualité des données recueillies et de l'analyse.

Celle-ci a participé aux ateliers thèses proposés par la faculté de Montpellier afin d'approfondir ses connaissances sur la réalisation des études qualitatives et à propos de l'analyse phénoménologique. Elle a également pris connaissance des ouvrages de Pierre Paillé<sup>26</sup> et de Agnès Oude Engberik et de Gérard Bourrel<sup>27</sup> à propos de la recherche qualitative et de l'analyse sémiopragmatique.

De même à cause de ce manque d'expérience les premiers entretiens ont pu être moins bien conduits avec plus de questions fermées et moins de relance. Au fur et à mesure des entretiens et des retranscriptions, le déroulement de ceux-ci étaient plus fluides. La chercheuse a tenu à rester neutre et à ne pas orienter les questions.

### **2.2 Limites liées aux participants**

Il a pu exister un biais de déclaration puisque notre étude traitait des discriminations raciales qui est un sujet sensible. Certains participants avaient du mal à se focaliser sur leurs expériences en médecine générale et en santé et ont témoigné de situations de discriminations qui n'étaient pas en lien avec mon sujet.

Il faut noter également que trois des participants interrogés étaient des professionnels de santé paramédicaux, ils ont donc rapporté certains témoignages et anecdotes en tant que soignants et non en tant que patients.

### 3. Discussion des résultats principaux et comparaison avec la littérature

#### 1. Les patients noirs ressentent une discrimination à leur égard par certains professionnels de santé du fait de différents facteurs tels que leur couleur de peau, accent, sexe, mutuelle ou origine ethnique pouvant entraîner une différence de prise en charge ; ce sentiment est peu retrouvé chez le MG traitant

##### Les patients Noirs ressentent une inégalité de traitement entre eux et les patients Blancs

En effet, plusieurs des patients interrogés ont le sentiment que leur prise en charge pourrait être différente si ils n'avaient pas la peau noire. Il n'y a pas d'étude qualitative en France qui traite du point de vue des patients à ce sujet, mais ces réponses concordent avec l'étude de l'INED dans laquelle 21 761 sujets de toutes origines confondues en France ont été interrogés : au total 3,9% des participants ont répondu positivement à la question : « *Un médecin ou un autre professionnel de santé vous a-t-il déjà moins bien traité ou moins bien reçu que d'autres patients ?* »<sup>30</sup>. Parmi ceux-ci 6,4% des patients originaires étaient originaires d'Afrique du Nord, 7,1% originaires d'Afrique subsaharienne, 5,9% originaires d'Outre Mer et 4,2% originaires d'Asie contre 3,6% des patients ayant des origines principalement françaises.

Aux Etats Unis, ces attitudes discriminatoires en santé sont beaucoup plus documentées qu'en France<sup>31</sup> dans un contexte de racisme systémique qui semble immuable du fait de l'organisation de leur société<sup>32</sup>.

Les résultats de ces rares études en France soulèvent que les discriminations selon l'origine en santé méritent d'être explorées davantage.

##### Les patients dénoncent les fausses croyances et les préjugés tel que le syndrome méditerranéen dont ils sont victimes lors de leur parcours de soins à cause de la couleur de leur peau

Les fausses croyances à propos de spécificités attribuées aux personnes noires sont tenaces. Comme le révèlent les entretiens de cette étude, les patients en font encore les frais lors de leur prise en charge et de leur échange avec les médecins.

En 2016, dans une étude réalisée aux Etats-Unis, des internes en médecine blancs ont répondu à un questionnaire à propos de caractéristiques biologiques spécifiques aux personnes noires. 58% des participants croyaient que la peau noire était plus épaisse que la peau blanche, 39% étaient convaincus que le sang des personnes noires coagule plus rapidement que celui des personnes blanches, 20% pensaient que les nerfs des sujets noirs étaient moins sensibles que ceux des sujets blancs<sup>33</sup>.

On comprend comment ces fausses croyances peuvent engendrer des disparités de traitement. En France, en août 2022, Miguel Shema un étudiant en médecine était interviewé par le média Brut afin de dénoncer les préjugés et le racisme ordinaire en santé et leurs conséquences sur la prise en charge des patients noirs<sup>34</sup>. Il y cite notamment l'exemple du syndrome méditerranéen : il correspond à la croyance selon laquelle les personnes originaires du Bassin Méditerranéen exprimeraient leur douleur de façon exagérée, théâtralisée. Ce préjugé sans fondement scientifique est très répandu au sein des professionnels de santé<sup>35</sup>. Plusieurs témoignages de patients dans les médias et sur les réseaux affluent depuis plusieurs années jusqu'à aujourd'hui afin de dénoncer les stéréotypes associés au syndrome méditerranéen dont ils ont pu être victimes<sup>36 37</sup>.

Frantz Fanon a été un des premiers à fustiger l'attitude des médecins français à l'égard de patients algériens en 1952<sup>38</sup>. Dans la littérature, il est surtout décrit en tant que préjudice envers les personnes maghrébines et peu envers les personnes d'Afrique noire<sup>39 34</sup>.

On se rappelle de l'affaire Naomi Musenga qui est décédée après une négligence du SAMU qui n'avait pas pris au sérieux ses doléances. Notre étude montre que les patients noirs se sentent également victimes de ce stéréotype.

Les médecins doivent s'affranchir de ce préjugé pour ne pas méconnaître et négliger les symptômes de ces patients qu'ils soient d'origine d'Afrique subsaharienne ou du Maghreb. Cela devient donc important de déconstruire ces fausses croyances chez les professionnels de santé dès leur entrée dans le parcours universitaire.

Des modules ou des ateliers de sensibilisation à la diversité pourraient être mis en place par les structures hospitalières, médicales ou universitaires où par exemple des patients experts auraient la possibilité d'intervenir auprès des étudiants et leur exposer leur vécu et leur ressenti.

### Les femmes noires sont d'autant plus victimes de discriminations, de part leur expérience en gynécologie et dans leur rôle de mère.

Les participantes à cette étude ont toutes dénoncé des comportements discriminatoires en santé et notamment en gynécologie à leur égard contrairement aux hommes.

Dans l'enquête Trajectoire et Origines de 2018 réalisée en France, les femmes rapportent plus de refus de soins ou de traitement de moins bonne qualité que les hommes<sup>40</sup>.

Priscille Sauvegrain sociologue et sage-femme à l'APHP et à l'INSERM a produit plusieurs travaux sur la santé des femmes noires d'origine africaine en Île de France. En 2022 elle y expose les stéréotypes dont elles font les frais : elles auraient plus de facilité à accoucher et considèreraient la grossesse comme un processus naturel qu'elles aborderaient avec plus de sérénité que les patientes européennes.<sup>41</sup> Une de ses études qualitatives a aussi mis en évidence que les représentations des soignants à propos des femmes noires d'origine africaine pouvait mener à des pratiques discriminatoires en gynécologie<sup>42</sup>. Ces femmes sont souvent catégorisées en fonction de leur couleur de peau sans prise en compte de leurs origines différentes, de leurs états de santé, de leurs conditions de vie. Cependant contrairement à notre étude où les patientes s'insurgent des stéréotypes répandus parmi les professionnels de santé selon lesquels la maternité serait quelque chose d'innée et de facile pour elles, Priscille Sauvegrain explique comment dans une de ses enquêtes en 2021, le ressenti des femmes immigrées de l'Afrique subsaharienne peut être plutôt positif à propos de leur prise en charge en maternité en France en comparaison à ce qu'elles ont connu dans leur pays d'origine. A l'inverse des femmes noires nées en France issues des migrations qui sont plus vigilantes aux soins qui leur sont procurés par rapport à l'existence de violences gynécologiques<sup>43</sup>.

Non seulement, les soignants doivent s'affranchir de leurs préjugés à propos des femmes noires mais également cesser de réduire ces femmes simplement à leur couleur de peau et prendre en compte leur contexte socio-économique, leur état de santé, leur histoire afin de réduire les pratiques discriminatoires envers celles-ci.

La spécificité des expériences rapportées par ces femmes mérite une exploration ciblée sur leur vécu en santé et particulièrement en gynécologie.

### Les personnes noires sont catégorisées selon leur origine ethnique et leur accent est jugé comme discriminant.

Les patients interrogés trouvent les comportements différents en fonction de leur origine ethnique et selon leur accent. Beaucoup ont pensé que dans l'affaire Naomi Musenga un éventuel accent a pu contribuer à une discrimination.

Estelle Carde a montré en 2007 dans sa thèse comment des inégalités de santé pouvaient naître d'un accès aux soins différentiel en fonction de l'origine des patients en France Métropolitaine et en Guyane<sup>19</sup>.

En 2012, un article analysant les données issues de l'enquête Trajectoire et Origines de 2008 sur la santé des migrants en France, mettait en évidence que la santé des femmes migrantes s'altérait à leur arrivée en France à cause de discriminations sexistes et racistes<sup>44</sup>.

Des travaux ont été réalisés à propos de la barrière de la langue en santé au Canada<sup>45</sup> en 2003 : certains d'entre eux suggèrent que la barrière de la langue est un obstacle à l'accès initial aux soins. En France en 2016, Justine Gabriac produit un mémoire sur les difficultés du suivi de grossesse des patientes non francophones<sup>46</sup>.

Peu de travaux évoquent l'influence d'un accent sur la prise en charge.

Ainsi que le suggèrent ces différents travaux et cette étude, l'origine ethnique et la barrière de la langue peuvent constituer des facteurs discriminants à l'origine d'une inégalité de santé.

Il serait intéressant en France d'étudier si l'accent peut influencer la prise en charge des patients.

### Les patients ressentent une discrimination lorsqu'ils sont affiliés à la CMU

Les patients interrogés avaient le sentiment qu'être affilié à la CMU leur valait également d'être traités différemment.

Les discriminations liées à la CMU ont déjà été explorées en France comme une étude de 2019, à la demande du Défenseur des droits et du Fonds CMU-C. Celle-ci exposait une différence d'accès aux soins en défaveur des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS dans trois spécialités médicales testées<sup>47</sup>. C Desprès, médecin en santé publique, a interrogé des médecins de plusieurs spécialités et des dentistes sur leurs représentations à propos des patients détenteurs de la CMU<sup>48</sup> : cette étude de 2017 met en évidence les mécanismes de la catégorisation de ces patients et les représentations négatives qui peuvent y être associées par les professionnels de santé interrogés. En 2003 une étude de la DREES dévoilait que 15% des bénéficiaires de la CMU avait déjà fait face à un refus de soins par un professionnel de santé à cause de leur mutuelle<sup>49</sup>. De nombreux testings ont ainsi été réalisés après sollicitation du gouvernement afin de réduire ces inégalités de soins, tous ont révélé des taux de refus élevés de soins à l'égard des détenteurs de la CMU<sup>50</sup>.

On observe ainsi une double catégorisation de ces patients les rendant donc vulnérables à tous les stéréotypes qui sont associés à la couleur de peau ainsi qu'à la détention de la CMU-C.

Ces discriminations sont donc avérées et toujours persistantes et peuvent constituer en un facteur de risque supplémentaire d'inégalité d'accès aux soins.

### Les patients relèvent peu de discrimination par le médecin généraliste

Selon les participants de cette étude, le médecin généraliste est rarement à l'origine de comportements discriminatoires envers les patients noirs. Il n'y pas de résultat de la littérature allant dans ce sens.

En 2022, en Belgique, une étude quantitative prospective a été réalisée à propos des préjugés ethniques auprès d'étudiants en médecine générale qui ont répondu à un test d'association implicite, outil validé afin de mesurer les préjugés racistes ou sexistes d'un sujet. 82% des étudiants interrogés présentaient des associations négatives à l'égard des patients ayant des noms à consonnance Nord africaine en comparaison des noms à consonnance française. Par ailleurs, 50% des étudiants issus de cet échantillon déclaraient également qu'ils pensaient qu'il était de la responsabilité des personnes issues de l'immigration de s'adapter aux coutumes du pays hôte et non l'inverse<sup>51</sup>.

Une des études portant sur la discrimination envers les patients détenteurs de CMU montrait que les médecins généralistes avaient moins d'appréhension à recevoir ces patients que les

autres médecins spécialistes ou les dentistes<sup>15</sup>, mais cette étude n'a pas fait mention de la couleur de peau ou de l'origine des patients.

## **2. L'accès aux soins et au médecin généraliste peut être modifié par le ressenti de discriminations par les patients entraînant un retard de recours aux soins voire une rupture de suivi du fait d'un manque de confiance envers le système de santé**

### Certains participants n'ont recours au médecin généraliste qu'en cas de nécessité

Quelques-uns des participants reconnaissaient n'aller chez le médecin qu'en dernier recours quand ils n'avaient plus le choix. Ils rapportaient ne pas avoir de suivi régulier.

Contrairement aux Etats-Unis où l'accès aux soins est limité pour des raisons économiques ou des facteurs environnementaux, on a du mal à comprendre quels sont les facteurs limitant cette partie de la population à moins consulter en France où la santé est en théorie accessible à tous. Une des patientes justifiait cela par un manque de confiance envers le corps médical. Les autres patients rapportaient une bonne relation avec leur médecin généraliste traitant qu'ils avaient choisi.

### Après avoir ressenti de la discrimination de la part de spécialistes et professions paramédicales, certains participants modifiaient leur parcours de soins.

Les expériences des participants divergeaient après avoir ressenti une discrimination. Certains participants ont dû changer de médecin, de spécialistes voire renoncer à leurs soins.

Les études réalisées vont dans ce sens. Dans l'étude Trajectoires et Origines, 32% des patients originaires d'Afrique Subsaharienne ont déclaré avoir renoncé à des soins après avoir été discriminés.

En revanche, pour d'autres participants cela n'avait aucun impact sur leur accès aux soins et ils n'hésitaient pas à reconsulter si nécessaire. Cependant cela ne les empêchait pas d'être sur le qui-vive et d'être vigilant vis-à-vis d'éventuelles discriminations, ce qui est également rapporté dans une des enquêtes de P Sauvegrain<sup>6</sup>.

Il faut noter que ces études traitent de l'accès aux soins en général et pas du médecin généraliste spécifiquement.

## **3. Le choix du médecin traitant se fait selon des critères variés, la couleur de peau du médecin pouvant rentrer en considération pour certains**

### Le choix de médecin traitant se fait selon sa capacité d'écoute, la proximité géographique, le sexe du médecin, son expérience, les recommandations par des proches ou Internet.

Le choix de médecin traitant se fait selon plusieurs critères qui sont retrouvés dans plusieurs autres thèses sur le sujet, comme la proximité géographique, sa compétence, son écoute, les avis des proches, le genre du médecin<sup>52,53</sup>.

### La couleur de peau du soignant entre comme critère de choix de médecin traitant pour certains patients et pas du tout pour d'autres.

Aucune de ces thèses n'avait jusqu'alors traité de la couleur de peau du médecin.

Pourtant en France, suite au tollé provoqué la publication de Globule Noir qui avait mis en ligne une liste de soignants noirs en île de France, on peut imaginer qu'il y a eu une demande de patients à son origine<sup>1</sup>. De la même façon dans notre travail, certains des patients avaient émis le souhait d'avoir un médecin de leur couleur de peau avec lequel ils se sentiraient rassurés et mieux compris notamment. Aux Etats-Unis, en 2018 une étude avait mis en évidence qu'il pouvait y avoir des bénéfices significatifs à ce que les patients noirs aient des médecins noirs

en comparaison à des médecins blancs<sup>54</sup> avec une meilleure adhésion aux projets de soins et une meilleure observance thérapeutique.

Ces résultats amènent à se poser la question de comment cela pourrait contribuer à la réduction des inégalités de soins.

En 2018 également, une revue de la littérature aux États-Unis confirmait que les patients Afro-américains étaient moins impliqués dans les prises de décision conjointes et bénéficiaient d'une moins bonne qualité d'information et de communication que les patients blancs.<sup>55</sup>

Cependant comme la LICRA l'avait dénoncé, pour d'autres patients choisir son médecin en fonction de sa couleur de peau est plutôt aberrant et constitue en une perte de chance pour eux<sup>1</sup>. Un des participants à cette étude évoquait également que la communautarisation de la santé ne lui semblait pas être pertinent.

Il serait ainsi intéressant d'explorer les avantages et les inconvénients pour un patient noir d'avoir un soignant noir.

**4. L'amélioration du ressenti des patients noirs passe pas une compréhension des enjeux historiques, une valorisation de l'approche centrée patient et une amélioration de la représentation des personnes noires dans la société en général. Les préjugés doivent être déconstruits au sein de la communauté blanche mais également au sein de la communauté noire.**

Les différents traitements des personnes noires au fil de l'Histoire sont à l'origine du manque de confiance envers les professionnels de santé.

Les participants arrivaient à identifier que leur manque de confiance envers les professionnels de santé prend ses sources dans l'Histoire de la médecine et le traitement des personnes noires. Dans son ouvrage « Corps noirs et médecins blancs », Delphine Peiretti-Courtis a réalisé une étude approfondie à propos de la genèse des préjugés et stéréotypes raciaux dans la littérature médicale coloniale du XVIII<sup>ème</sup> siècle jusqu'au XX<sup>ème</sup> siècle<sup>13</sup>.

Une des participantes rappelait également comment pendant de nombreuses années les patients noirs ont servi d'expérimentations dans les sciences médicales.

En 2014, Guillaume Lachenal exposait dans son ouvrage les erreurs des autorités coloniales ayant mené au décès d'une trentaine de patients au Cameroun dans les années 1950<sup>56</sup>. Aux États Unis, on se souvient des expériences du gynécologue J Marion Sims sur des femmes esclaves<sup>57</sup>. Ces mauvais traitements sont encore d'actualité comme le signale une patiente qui cite les cas de stérilisation à leur insu de patientes en Afrique du Sud et en Allemagne datant de ce siècle<sup>58</sup>. Des cas similaires ont été relevés au Québec en 2018<sup>59</sup>.

Comprendre les mécanismes qui ont mené à l'apparition des préjugés raciaux et à la méfiance des patients noirs envers le personnel de santé permettrait aux médecins de rassurer et d'améliorer le ressenti de patients en rupture de confiance avec le système de santé.

La représentation des personnes noires doit être améliorée en général et également en santé.

Les participants souhaitaient également qu'il y ait plus de diversité et de représentations des personnes noires de façon générale dans les médias, dans les campagnes de publicité, de sensibilisation de santé publique et au sein du corps médical et paramédical.

En Janvier 2022, la publication d'un étudiant en médecine a fait beaucoup parler d'elle sur les réseaux sociaux ; il avait posté une illustration représentant un fœtus noir et mettait ainsi en exergue le manque de diversité de représentation des peaux noires dans les programmes éducatifs<sup>60</sup>. Même si beaucoup de témoignages dénoncent ce manque de diversité, beaucoup



d'efforts ont été faits en ce sens ces dernières années Pr Antoine Mahé président du groupe thématique peau noire de la société française de dermatologie a co écrit avec le Pr Ousmane Faye l'ouvrage Dermatologie de la Diversité qui recense les particularités des peaux pigmentées<sup>61</sup>. Au Canada, des étudiantes ont proposé un programme de sensibilisation afin d'aider les jeunes de différents milieux à accéder aux professions de santé afin de promouvoir la diversité et l'inclusion dans ce milieu<sup>62</sup>.

Les personnes de la communauté noire sont conscientes qu'elles doivent faire preuve de résilience et de sagesse.

Dans les entretiens les patients âgés de plus de 40 ans, avaient des jugements plus tempérés à propos des situations de discriminations en santé. Si les patients de moins 40 ans étaient plus critiques et plus acerbes par exemple par rapport à l'affaire Naomi Musenga, les autres accordaient le bénéfice du doute aux soignants et ne souhaitaient pas tomber dans une méfiance excessive.

Ainsi le contexte de vie, l'âge et le tempérament semblent tout de même être des déterminants de la perception de discriminations ou non.

Les participants estiment qu'ils doivent éduquer et participer activement à la déconstruction des stéréotypes.

Plus d'empathie de la part des médecins est ainsi attendue par les patients.

Enfin les participants réclamaient une prise en charge plus personnalisée et plus humaine. Dans leur parcours universitaire, les médecins généralistes sont formés à l'approche centré patient. Cette approche permet de prendre en compte le patient sur un premier plan et non sa pathologie<sup>63</sup> et permet ainsi un plan de soins personnalisé. En effet celle-ci reconnaît que les connaissances du médecin sont complémentaires à l'expérience du patient vis-à-vis de la connaissance de son corps, de sa pathologie, de son mode de vie. Ainsi, dans les entretiens les participants expliquaient comment et dans quelle mesure ils n'hésitent pas à recadrer leurs interlocuteurs si ils estiment faire face à du racisme ordinaire.

Il appartient aux professionnels de santé de tenir compte des remarques éventuelles que les patients peuvent leur faire remonter ce qui rentre dans le champ de cette approche centrée patient.

Le système de santé doit être amélioré avec une approche centrée sur l'humain et non l'aspect financier.

En effet, les participants dénonçaient l'évolution du système de santé actuel et subissaient l'évolution des politiques de santé menant à un surmenage des soignants pouvant mener à des erreurs médicales graves comme le décès de Naomi Musenga. Les médecins prêtent pourtant serment lors de leur soutenance de thèse<sup>9</sup>.

En ce qui concerne les actions visant à réduire les inégalités de santé, un article de Louise Virole publié en 2022 rappelait que de nombreux dispositifs ont été mis en place afin de favoriser l'accès aux soins aux personnes défavorisées tels que les PASS, les PMI<sup>64</sup>. Elle y expose comme ceux-ci sont invisibilisés par les politiques migratoires actuelles qui visent à réduire le flux migratoire. De la même façon que ces structures ont été mises en place afin de réduire les disparités de soins sur le plan socio-économique, des dispositions devraient être mises en place au sein des établissements hospitaliers et des facultés universitaires afin de sensibiliser sur les discriminations raciales au sein du système de santé, qui sont également pourvoyeuses d'inégalités de soins.

L'approche centrée patient pilier de la pratique du médecin généraliste pourrait être renforcée également au sein de la pratique des autres spécialités mais aussi auprès des professionnels de santé paramédicaux.

## PERSPECTIVES

Cette étude qualitative a permis de recueillir le ressenti des patients noirs à propos de leur prise en charge en médecine générale.

Ceux-ci rapportaient peu d'expériences de discriminations par le médecin généraliste. Cependant, cela n'empêche pas qu'ils aient pu ressentir un sentiment de discrimination de la part d'autres spécialités ou du personnel paramédical, en particulier les patientes féminines.

Quelques patients avaient également évoqué avoir été témoin de discriminations envers des patients d'origine maghrébine.

Ces discriminations existent en santé et France et nécessitent d'être explorées plus spécifiquement : Est-ce que les patients noirs sont les seuls à ressentir une discrimination ? Est-ce que les femmes noires sont plus à même d'être victimes de violences gynécologiques ?

Cette étude soulève également un point qui est la rareté d'un ressenti de discrimination de la part de médecin généralistes. Des participants ont surtout rapporté avoir déjà été discriminés dans les structures hospitalières ou par des paramédicaux.

Il serait intéressant d'étudier leur ressenti à propos de leur prise en charge dans les structures hospitalières telles que les urgences par exemple, ou par les professions paramédicales.

Ces comportements discriminatoires ont pour origine les fausses croyances et les préjugés associés aux accents, aux origines ethniques, à la couleur de peau, à l'affiliation à la CMU. Cette étude montre qu'il y a encore un travail de déconstruction à réaliser auprès des professionnels de santé.

On pourrait donc intégrer dans le cursus universitaire un module sur la diversité des patients et la lutte contre les inégalités de santé que les discriminations peuvent engendrer.

Tous ces éléments posent également la question du rôle du médecin généraliste dans le repérage du vécu de ces discriminations dans la mesure où de telles expériences peuvent modifier l'accès aux soins de ces patients et donc avoir une influence sur leur état de santé. Le médecin généraliste a en effet un rôle de prévention et de suivi. Si les discriminations en santé semblent être rarement de son fait, elles existent néanmoins et devraient être dépistées chez les patients noirs, mais également chez les patients originaires d'Afrique du Nord et d'Asie.

On a vu dans cette étude que certains des participants pouvaient réduire leur accès aux soins à la suite d'une expérience de discrimination ou un manque de confiance envers le personnel de santé. Certains ont ainsi exprimé le souhait d'avoir un médecin de leur couleur de peau avec qui ils se sentiraient plus à l'aise, ce qui passerait par une proximité culturelle et une absence de jugement de la part du médecin. Lorsque le Globule Noir a décidé en Ile de France de mettre en relation des patients et des soignants noirs, cette initiative a été fermement condamnée par la LICRA et l'Ordre des Médecins car contraire aux valeurs de la profession mais également de la République. Un des participants interrogés à ce propos avait également rejeté cette idée ; pour lui le communautarisme ne pouvait pas être une solution.



Les éléments que nous apportent cette étude renforcent donc la nécessité d'une approche centrée patient de la part des médecins. Prendre en compte l'histoire culturelle du patient et les particularités de son parcours en tant que personne noire en France rentre dans le cadre de cette approche.

## CONCLUSION

Aux Etats-Unis de nombreux travaux ont établi les inégalités de santé entre patients noirs et blancs. En France, quelques études évoquaient les discriminations envers la communauté des Roms et les personnes adhérant à la CMU en France Métropolitaine et en Guyane. Des enquêtes qualitatives et quantitatives qui s'intéressaient au parcours des immigrés et de leur descendance en France objectivaient également que ceux-ci avaient pu se sentir discriminés en santé et ainsi renoncer aux soins.

Pour la première fois, des patients noirs ont été interrogés dans notre étude.

Quelques rares participants ont pu ressentir un sentiment de discrimination de la part de médecins généralistes. En revanche, plusieurs témoignages ont été émis à propos de discriminations de la part d'autres spécialistes ou du personnel paramédical. Ils dénoncent surtout le racisme ordinaire qui est né des préjugés et fausses croyances à propos des personnes noires. Ces stéréotypes trouvent souvent leurs origines dans la littérature médicale coloniale du XVIIIème au XXème siècle et nécessitent encore de nos jours un travail de déconstruction au sein du milieu médical.

De la même façon ces participants justifiaient leur réserve à l'égard des soignants blancs par un sentiment de méfiance né de la maltraitance et de la stigmatisation des personnes noires tout au long de l'Histoire de la médecine depuis la colonisation en France jusqu'aux évènements actuels tels que l'affaire Naomi Musenga qui témoigne de la persistance du syndrome méditerranéen encore présent dans les biais implicites des certains professionnels de santé.

Afin de pallier à ce manque de confiance, certains patients déclaraient qu'ils se sentiraient plus rassurés et plus en sécurité avec un médecin ou un soignant qui aurait leur couleur de peau et qui aurait le même vécu qu'eux en tant que personne noire et qui serait plus à même de comprendre et de prendre en charge les difficultés auxquelles ils peuvent faire face dans les soins. Cependant pour d'autres patients, la couleur de peau du médecin n'avait pas d'influence sur leur accès aux soins. Ils déploraient tout de même une déshumanisation du système de santé actuel pouvant mener à un sentiment de négligence.

Les patients rapportaient avoir une bonne relation avec leur médecin traitant qu'ils ont pour la plupart choisi selon leur capacité d'écoute, la proximité géographique, leurs compétences.

Il appartiendrait au médecin généraliste de renforcer ce lien en accompagnant ces patients et en étant vigilants que leur accès aux soins ne soit pas perturbé par un sentiment de discriminations envers eux. Cette approche centrée patient à laquelle les médecins généralistes sont particulièrement sensibilisés permet une prise en charge du patient dans sa globalité et correspond à ce que ces patients réclament afin d'améliorer leur ressenti.

Les participants estimaient qu'ils ont également un rôle à jouer et qu'ils doivent être actifs dans la déconstruction de ces stéréotypes qu'ils peuvent parfois contribuer à répandre. Pour eux cela passe par une prise de recul à propos des situations conflictuelles et la sensibilisation du personnel de santé aux enjeux de la diversité. Ils pensaient également que plus de diversité au sein des professions médicales et paramédicales contribuerait à atténuer la diffusion des préjugés et stéréotypes.

L'amélioration du ressenti des patients noirs passerait donc principalement par une déconstruction des stéréotypes auprès du personnel médical, la pratique d'une médecine plus empathique et l'instauration d'un lien de confiance entre le médecin et son patient.

*“Tous les hommes ont les mêmes droits... Mais du commun lot, il en est qui ont plus de pouvoirs que d'autres. Là est l'inégalité.”*

Aimé Césaire

## **BIBLIOGRAPHIE**

---

1. Globule noir : les Ordres médecins et infirmiers veulent des sanctions [Internet]. What's Up Doc. Disponible sur: <http://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/globule-noir-les-ordres-medecins-et-infirmiers-veulent-des-sanctions>
2. BRUNI T. « GLOBULE NOIR » : Le CRAN menace de déposer plainte contre le CNOM et le CNOI [Internet]. Mediapart. Disponible sur: <https://blogs.mediapart.fr/thiaba-bruni/blog/071220/globule-noir-le-cran-menace-de-deposer-plainte-contre-le-cnom-et-le-cnoi>
3. #Balancetonmédecin : les témoignages racistes qui piquent... [Internet]. What's Up Doc. Disponible sur: <http://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/balancetonmedecin-les-temoignages-racistes-qui-piquent>
4. « Elle en fait des tonnes ! » : à l'hôpital, le cliché raciste du « syndrome méditerranéen » [Internet]. L'Obs. 2018. Disponible sur: <https://www.nouvelobs.com/sante/20180524.OBS7155/elle-en-fait-des-tonnes-a-l-hopital-le-cliche-raciste-du-syndrome-mediterraneen.html>
5. Liste de médecins noirs : « Cette liste n'est pas pour diviser les gens (...) juste pour leur donner un choix » [Internet]. France 3 Paris Ile-de-France. Disponible sur: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/paris-ile-de-france/paris/grand-paris/liste-medecins-noirs-cette-liste-n-est-pas-diviser-gens-juste-leur-donner-choix-1863052.html>
6. Article 225-1 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_1c/LEGIARTI000045391831](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_1c/LEGIARTI000045391831)
7. Article 225-2 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_1c/LEGIARTI000033975382](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_1c/LEGIARTI000033975382)
8. Article R4127-7 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_1c/LEGIARTI000006912868](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_1c/LEGIARTI000006912868)
9. Le serment d'Hippocrate [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
10. Fassin, Didier, et al. *Les inégalités sociales de santé*. La Découverte, 2000
11. Blanpain N. L'espérance de vie progresse, les inégalités sociales face à la mort demeurent. Insee Première. oct 2011 ? (n°1372).
12. Les inégalités sociales de santé apparaissent avant la naissance et se creusent durant l'enfance – France, portrait social | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4797660?sommaire=4928952#onglet-1>

- 
13. Peiretti-Courtis, Delphine. *Corps noirs et médecins blancs. La fabrique du préjugé racial, XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles*. La Découverte, 2021
  14. Wailoo K. Historical Aspects of Race and Medicine: The Case of J. Marion Sims. *JAMA*. 16 oct 2018;320(15):1529-30.
  15. Deux cents Noirs américains atteints de la syphilis ont été volontairement privés de tout traitement. *Le Monde.fr* [Internet]. 27 juill 1972 ; Disponible sur: [https://www.lemonde.fr/archives/article/1972/07/27/deux-cents-noirs-americains-atteints-de-la-syphilis-ont-ete-volontairement-prives-de-tout-traitement\\_2375586\\_1819218.html](https://www.lemonde.fr/archives/article/1972/07/27/deux-cents-noirs-americains-atteints-de-la-syphilis-ont-ete-volontairement-prives-de-tout-traitement_2375586_1819218.html)
  16. Vergès Françoise. *Le Ventre des femmes. Capitalisme, racialisation, féminisme*. Paris : Albin Michel, coll. « Bibliothèque Idées ». 2017
  17. Aeberhardt R, Fougère D, Pouget J, Rathelot R. L'emploi et les salaires des enfants d'immigrés. *Economie et Statistique*. 2010;433(1):31\_46.
  18. (Note IPP n°76) Discrimination à l'embauche des personnes d'origine supposée maghrébine : quels enseignements d'une grande étude par testing ? | Institut des Politiques Publiques – IPP [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.ipp.eu/actualites/note-ipp-n76-discrimination-a-lembauche-des-personnes-dorigine-supposee-maghrébine-quels-enseignements-dune-grande-etude-par-testing/>
  19. Carde E. Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. Etude en France métropolitaine et en Guyane française. Thèse. Université Paris Sud - Paris XI; 2006
  20. Prud'Homme D. La racialisation en urgence : représentations et pratiques des professionnels hospitaliers à l'égard des patients présumés roms (2009-2012) . Thèse de doctorat de sciences politiques. Université de Bordeaux; 2015
  21. "Les discriminations ethniques et raciales dans l'enquête Trajectoires et Origines : représentations, expériences subjectives et situations vécues", p254 Mirna Safi et Patrick Simon, *Economie et statistiques*, 2013
  22. FAU A. DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE. :72. Explorations des discriminations ressenties par les patient·e·s de la part de professionnel·le·s de santé en France. Thèse de médecine. Université CLERMONT AUVERGNE, 2021
  23. 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 USA*. 19 avr 2016;113(16):4296-301.
  24. Bailey ZD, Krieger N, Agénor M, Graves J, Linos N, Bassett MT. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *The Lancet*. avr 2017;389(10077):1453-63.

- 
25. Petersen, E.E., Davis, N.L., Goodman, D., et al., “Vital Signs: Pregnancy-Related Deaths, United States, 2011–2015, and Strategies for Prevention, 13 States, 2013–2017, MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report 28, no. 18 (2019):423–429
  26. Paillé, Pierre, et Alex Mucchielli. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin, 2016
  27. Bourrel G, Engberink AO. *La Phénoménologie Pragmatique En Recherche Qualitative*. Basel: Schwabe Verlagsgruppe AG; 2021. 230 p.
  28. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1779012314004331?token=36D56558E0E927FDF9E7CFC89E3D784BCE25353D901BCBA3564B117789D822B1A9DB37C987CC79F86D9660D40C180F5B&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230424103201>
  29. Krouwel M, Jolly K, Greenfield S. Comparing Skype (video calling) and in-person qualitative interview modes in a study of people with irritable bowel syndrome - an exploratory comparative analysis. *BMC Med Res Methodol*. 29 nov 2019;19(1):219.
  30. Rivenbark JG, 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* [Internet]. 2020 20(1).
  31. Hausmann LR, Jeong K, Bost JE, Ibrahim SA. Perceived discrimination in health care and health status in a racially diverse sample. *Med Care*. 2008 Sep;46(9):905-14.
  32. Que veut dire « racisme systémique » ? Existe-il en France? [Internet]. France Inter. 2021
  33. 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. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 19 avr 2016 ;113(16):4296-301.
  34. 3 exemples de pratiques racistes en médecine [Internet]. Brut.
  35. Savas-Eker S. A propos du syndrome méditerranéen. Thèse CHU de Besançon. 2013. 68 p.
  36. Le syndrome méditerranéen : un stéréotype « raciste » et « dangereux » pour les patients [Internet]. Clique.tv. 2015 [cité 9 avr 2023].
  37. Sikouk B. Accouchement : le « syndrome méditerranéen » s'invite en salle de naissance [Internet]. Mediapart.



- 
38. Fanon F. Le « syndrome nord-africain ». *Esprit* 1952;187(2):237-48.
  39. 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. *La Revue de Médecine Interne* [Internet]. 1 juill 2022 ;43(7):399-401.
  40. Beauchemin C, Hamel C, Simon P. *Trajectories and Origins: Survey on the Diversity of the French Population*, vol. 8: Springer; 2018
  41. Quagliariello C, Sauvegrain P. Prendre soin des « mères africaines ». Une étude des relations racialisées dans les maternités françaises et italiennes. *Anthropologie & Santé Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*. 31 mai 2022 ;(24).
  42. Sauvegrain P. La santé maternelle des « Africaines » en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins. *Revue européenne des migrations internationales*. 1 juin 2012];28(2):81-100.
  43. Sauvegrain P. Violences dites « gynécologiques et obstétricales » envers les femmes immigrées de l'Afrique subsaharienne en France. *Santé Publique*. 2021 ;33(5):627-8.
  44. Cagnet M, Hamel C, Moisy M. Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe. *Revue européenne des migrations internationales* . 1 juin 2012;28(2):11-34.
  45. Canada S. Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé [Internet]. 2003 [cité 8 avr 2023].
  46. Gabriac J., Difficultés autour de la prise en charge des femmes non francophones pendant la grossesse. Mémoire pour diplôme d'état de sage-femme. 2016
  47. Chareyron S, L'Horty Y, Marne-la-Vallée UPE. Les refus de soins discriminatoires : tests multicritères et représentatifs dans trois spécialités médicales. 2020
  48. Desprès C., « Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination : une analyse de discours de médecins et dentistes ». Rapport de recherche sous la responsabilité de Rémi Gagnayre et Pierre Lombrail financé par le Fonds CMU-C et le Défenseur des droits, 2017
  49. Enquête auprès des bénéficiaires de la CMU (mars 2003) | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/enquete-aupres-des-beneficiaires-de-la-cmu-mars-2003>
  50. Cornu Pauchet M. Discriminations et accès aux soins des personnes en situation de précarité. *Regards*. 2018];53(1):43-56

- 
51. Duveau C, Demoulin S, Dauvrin M, Lepièce B, Lorant V. Implicit and explicit ethnic biases in multicultural primary care: the case of trainee general practitioners. *BMC Prim Care* . 21 avr 2022 ;23:91.
52. Audrey Ferrier. Quels sont les critères de choix d'un médecin traitant ? Étude quantitative auprès des patients de médecine générale de la région Ouest de l'Étang de Berre réalisée en 2018. *Sciences du Vivant [q-bio]*. Thèse de médecine : Université de Aix-Marseille. 2019.
53. BELLEGOT S. Quels sont les critères de choix du médecin traitant dans le Grand Paris ? Thèse de médecine : Université de Paris 7. 2015
54. Alsan M, Garrick O, Graziani G. Does Diversity Matter for Health? Experimental Evidence from Oakland. *American Economic Review*. 1 déc 2019;109(12):4071-111.
55. Shen MJ, Peterson EB, Costas-Muñiz R, Hernandez MH, Jewell ST, Matsoukas K, et al. The Effects of Race and Racial Concordance on Patient-Physician Communication: A Systematic Review of the Literature. *J Racial Ethn Health Disparities*. févr ;117-40.
56. G Lachenal. Le médicament qui devait sauver l'Afrique : un scandale pharmaceutique aux colonies. **Les Empêcheurs de penser en rond**. 2014. 240 p.
57. Spettel S, White MD. The Portrayal of J. Marion Sims' Controversial Surgical Legacy. *Journal of Urology*. juin 2011 ; 185(6):2424-7.
58. AAFP. La vie brisée des femmes stérilisées à leur insu en Afrique du Sud. *Sciences et Avenir*. 2020. Disponible sur: [https://www.sciencesetavenir.fr/sante/la-vie-brisee-des-femmes-sterilisees-a-leur-insu-en-afrique-du-sud\\_142346](https://www.sciencesetavenir.fr/sante/la-vie-brisee-des-femmes-sterilisees-a-leur-insu-en-afrique-du-sud_142346)
59. ICI.Radio-Canada.ca. « On m'a volé ma fertilité » [Internet]. Radio-Canada.ca. Radio-Canada.ca; 2021 . Disponible sur: <https://ici.radio-canada.ca/recit-numerique/2945/sterilisations-non-consenties-quebec-canada-racisee-autochtone>
60. En représentant un fœtus noir, un étudiant révèle l'invisibilisation de la diversité en médecine. *Le Monde.fr* . 14 janv 2022 ; Disponible sur: [https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/01/14/en-representant-un-f-tus-noir-un-etudiant-revele-l-invisibilisation-de-la-diversite-en-medecine\\_6109538\\_3224.html](https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/01/14/en-representant-un-f-tus-noir-un-etudiant-revele-l-invisibilisation-de-la-diversite-en-medecine_6109538_3224.html)
61. *Dermatologie de la diversité*, Antoine Mahé, Ousmane FAYE, Elsevier Masson SAS. 2022
62. Das S. Promouvoir la diversité dans les programmes professionnels de santé [Internet]. *Le Buletel*. 2021 .



- 
63. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi)
64. Virole L. Mise sous silence des actions antidiscriminatoires dans l'accès aux soins. Le champ périnatal face aux discriminations à l'encontre des femmes étrangères en France. *Anthropologie & Santé* Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé. 31 mai 2022

## **ANNEXES**

**Annexe 1 : Guide d'entretien**

**Annexe 2 : Fiche d'information simplifiée**

**Annexe 3 : Avis du comité d'éthique**

**Annexe 4 : Analyse d'impact**

**Annexe 5 : Engagement relatif à la protection des données à caractère personnel et aux méthodologies de référence**

**Annexe 6 : Information relative à la protection des données à caractère personnel**

**Annexe 7 : Grille COREQ**

**Annexe 8 : Entretiens des participants (Document joint)**

## ANNEXE 1 : Guide d'entretien

Bonjour, je suis Marie BENARD, interne en médecine générale. Je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer et de m'accorder votre temps.

Je réalise une thèse sur les inégalités sociales en santé, plus précisément sur l'existence ou non de discrimination en médecine générale.

Je vais donc vous poser quelques questions auxquelles vous serez libres de répondre. Je n'émettrai aucun jugement de valeur sur les réponses que vous apporterez. Vous pourrez interrompre l'entretien à tout moment.

Je me permettrai de recentrer ou de relancer la discussion afin que nous restions dans le vif du sujet.

J'enregistrerai notre entretien sur un Dictaphone et je le retranscrirai par écrit sur un fichier WORD avant de supprimer définitivement l'enregistrement audio.

Toutes les données personnelles que vous me communiquerez seront pseudonymisées c'est à dire qu'on ne pourra pas vous identifier directement.

Est-ce que vous avez des questions préalables? Acceptez-vous de participer et d'être enregistré ? Nous allons commencer.

1. Dans un premier temps, pourriez-vous me parler de vous, de votre travail, famille ?  
Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?  
18-25 ? 25-35 ? 35-45 ? 45-55 ? 55-65 ? > 65 ans
2. A quelle catégorie socio-professionnelle appartenez-vous ? Catégorie de 1 à 6 de l'INSEE:  
1 - Agriculteurs exploitants / Agricultrices exploitantes  
2 – Artisans/Artisanes, commerçants/commerçantes et chefs / cheffes d'entreprise  
3 - Cadres et professions intellectuelles supérieures  
4 - Professions intermédiaires  
5 – Employés / Employées  
6 - Ouvriers / Ouvrières
3. Qu'est-ce qui vous vient à l'esprit si je vous parle de discrimination ? Qu'est-ce que cela vous évoque plus spécifiquement dans le domaine de la santé ?
4. Pouvez -vous me raconter une fois où vous avez pu ressentir un comportement de discrimination en santé ou avez été témoin de discrimination en santé ?

*Relance* : Pouvez-vous me raconter une fois où avez pu ressentir un comportement de discrimination ou avez été témoin de discrimination de la part d'un médecin généraliste ?

5. Même si vous n'avez pas été victime de discrimination, pensez-vous que la prise en charge serait différente si vous n'aviez pas la peau noire ? Dans quelle mesure vous pensez que votre couleur de peau a pu influencer votre prise en charge par le médecin généraliste ? Comment cela a pu influencer votre recours/accès au médecin généraliste ?

*Relance* : selon-vous, quelle est l'origine de cette discrimination ?

*Relance* : aux soins en général ? (par exemple spécialistes, urgences, IDE, Psychologue...)

6. Avez-vous un médecin traitant ? Pourriez -vous nous raconter comment vous avez choisi votre médecin traitant ? y a t-il des critères ? Lesquels ?

*Relance* : comment est-ce que vous pourriez qualifier la relation avec votre médecin traitant ? (sentiment d'être écouté, compris, aidé..)

*Relance* : Pensez- vous qu'on pourrait améliorer le ressenti/vécu des patients noirs à propos de leur prise en charge par le médecin généraliste ? Si oui, comment ?

7. L'idée de cette thèse est née suite à la lecture d'un post sur Twitter où des médecins dénonçaient en Ile de France la circulation d'une liste de professionnels de santé noirs au sein de patients noirs. Ceux-ci se sentaient mieux pris en charge par des professionnels de leur couleur de peau.  
Est-ce que la couleur de peau de votre médecin traitant, de vos médecins spécialistes et autres professionnels de santé serait un critère de choix ?

8. Avez-vous déjà entendu parler de l'affaire Naomi Musenga ? (résumé de l'affaire si besoin).  
Qu'en pensez-vous ?

9. Avez-vous des précisions à apporter ? Des questions ?

## **ANNEXE 2 : Fiche d'information simplifiée**

### **Fiche de présentation de projet de thèse**

Je suis Marie BENARD, interne en dernier semestre de médecine générale et je réalise ma thèse sur le thème des inégalités sociales de santé.

J'aimerais explorer le ressenti et le vécu des patients noirs à propos de leur prise en charge par le médecin généraliste, vis à vis d'une éventuelle discrimination, dans le Gard et dans l'Hérault.

Je recherche donc des personnes noires volontaires, à interroger.

Voici une fiche explicative que vous pourrez leur remettre pour leur proposer de participer à ce travail.

#### **Procédure de l'étude:**

Interrogatoire lors d'un entretien individuel en face à face avec l'investigatrice du projet de recherche, Marie BENARD.

Cette étude a été déclarée au délégué à la protection des données à caractère personnel de l'Université de Montpellier et a été soumise au comité national d'éthique du Collège National des Généralistes Enseignants.

#### **Destinataire des données collectées :**

Directrice de thèse : Dr Aurélie URENA-DORES, médecin généraliste à Bezouze  
Investigatrice et responsable du traitement des données : Mme Marie BENARD, interne en médecine générale

#### **Risques potentiels de l'étude :**

Aucun geste technique ou test thérapeutique ne sera réalisé. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

#### **Bénéfices potentiels de l'étude :**

Cette étude permettra de mettre en évidence un éventuel sentiment de discrimination des patients noirs en consultation de médecine générale. Elle permettra d'en comprendre l'influence sur le recours aux soins et de proposer des pistes d'amélioration des pratiques pour les médecins généralistes.

#### **Participation volontaire :**

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Il n'y a aucun caractère obligatoire. Vous avez le droit de retirer votre consentement à tout moment sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

**Si vous acceptez de participer, vous pouvez le signaler au médecin qui vous a remis cette fiche pour l'autoriser à transmettre vos coordonnées à Mme Marie BENARD.**

**Coordonnées des personnes à contacter pour obtenir des renseignements complémentaires**

Vous pouvez faire appel à :

Mme MARIE BENARD : marie.benard@etu.umontpellier.fr ou au 

Dr Aurelie URENA-DORES : [aurelie.urena-dores@umontpellier.fr](mailto:aurelie.urena-dores@umontpellier.fr)

Le Délégué à la protection des données de l'Université de Montpellier : [dpo@umontpellier.fr](mailto:dpo@umontpellier.fr)

## **ANNEXE 3 : Avis du comité d'éthique**



### **Comité Ethique du CNGE**

155 rue de Charonne 75011 PARIS

Courriel : comite-ethique@cngc.fr

Tél : 01 75 62 22 90

A Paris, le 30/05/22,

**Objet** : Avis du Comité Ethique du CNGE concernant l'étude " Exploration d'éventuelles discriminations ressenties par les patients noirs en consultation de médecine générale "

**AVIS 120522352**

-----  
**Le comité d'éthique a donné un avis favorable à la réalisation de l'étude « - Exploration d'éventuelles discriminations ressenties par les patients noirs en consultation de médecine générale ».**

**Cédric RAT**  
**Pour le Comité Ethique du CNGE**

## ANNEXE 4 : Analyse d'impact



# ANALYSE D'IMPACT RELATIVE À LA PROTECTION DES DONNÉES

## 1. ÉTUDE DU CONTEXTE

### 4.1 1.1 *Vue d'ensemble*

Présentation du(des) traitement(s) considéré(s)

Description du traitement (nature, portée, contexte)	Thèse d'exercice de médecine générale : Ressenti des patients noirs sur d'éventuelles discriminations par les médecins généralistes du Gard et de l'hérault
Finalités du traitement	Explorer d'éventuelles discriminations ressenties par les patients noirs en médecine générale
Enjeux du traitement	Comprendre l'influence d'un sentiment de discrimination sur l'accès aux soins
Responsable du traitement	Université de Montpellier
Sous-traitant(s)	

Recensement des référentiels applicables au traitement

Référentiels applicables au traitement (codes de conduite)	Prise en compte
MR-004	Oui



## 4.2 1.2 Données, processus et supports

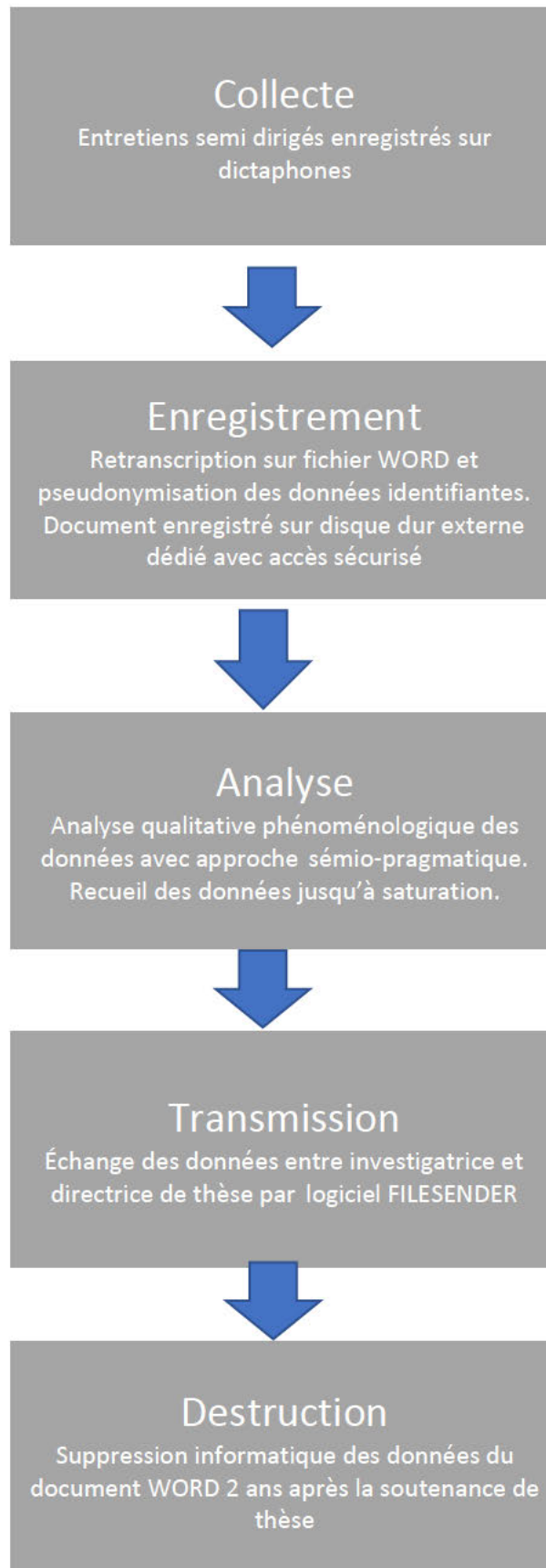
Description des données, destinataires et durées de conservation

Données	Destinataires	Durées de conservation
Nom, prénom	Marie BENARD, interne	2 ans après soutenance
Numéro de téléphone	Marie BENARD, interne	2 ans après soutenance
Genre	Marie BENARD, interne Dr Aurelie URENA-DORES, directrice de thèse	2 ans après soutenance
Tranche d'âge	Marie BENARD, interne Dr Aurelie URENA-DORES, directrice de thèse	2 ans après soutenance
Catégorie socioprofessionnelle	Marie BENARD, interne Dr Aurelie URENA-DORES, directrice de thèse	2 ans après soutenance
Milieu de vie	Marie BENARD, interne Dr Aurelie URENA-DORES, directrice de thèse	2 ans après soutenance

Description des processus et supports

Processus	Description détaillée du processus	Supports des données concernées
Collecte	Des entretiens semi dirigés, en face à face, seront enregistrés par un Dictaphone.	Dictaphone
Enregistrement	Enregistrements audios retranscrits sur un fichier WORD qui sera stocké sur un disque dur externe dédié avec accès sécurisé.  Pseudonymisation des données identifiantes	Disque dur externe avec accès sécurisé Table de correspondance cryptée avec Veracrypt
Transmission	Echange des données entre investigatrice et directrice de thèse par File Sender	Logiciel File Sender

Analyse des données	Analyse qualitative phénoménologique des données avec approche sémio-pragmatique.	Disque sur externe dédié, accès protégé par mot de passe
Destruction	Suppression des enregistrements immédiatement après retranscription, suppression des données informatisées 2 ans après la soutenance de thèse	Suppression des documents Formatage du disque dur externe



## 2. ETUDE DES PRINCIPES FONDAMENTAUX

### 4.3 2.1 *Évaluation des mesures garantissant la proportionnalité et la nécessité du traitement*

Explication et justification des finalités

Finalités	Légitimité
<p>Explorer d'éventuelles discriminations ressenties par les patients noirs en médecine générale.</p> <p>Comprendre l'influence d'un sentiment de discrimination dans l'accès aux soins</p>	<p>Cette étude recherche l'existence ou non de discriminations envers les personnes noires et donc une inégalité de prise en charge et d'accès aux soins de ces patients.</p>

Explication et justification du fondement

Critères de licéité	Applicable	Justification
La personne concernée a consenti au traitement de ses données à caractère personnel pour une ou plusieurs finalités spécifiques	Oui	Information écrite, claire et explicite sur le but de l'étude menée et le traitement des données personnelles. Consentement oral recueilli avant les entretiens.
Le traitement est nécessaire à l'exécution d'un contrat auquel la personne concernée est partie ou à l'exécution de mesures précontractuelles prises à la demande de celle-ci	Non	
Le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis	Non	
Le traitement est nécessaire à la sauvegarde des intérêts vitaux de la personne concernée ou d'une autre personne physique	Non	
Le traitement est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public ou relevant de l'exercice de l'autorité publique dont est investi le responsable du traitement	Non	
Le traitement est nécessaire aux fins des intérêts légitimes poursuivis par le responsable du traitement ou par un tiers, à moins que ne prévalent les intérêts ou les libertés et droits fondamentaux de la personne concernée qui exigent une protection des données à caractère personnel, notamment lorsque la personne concernée est un enfant	Non	

Explication et justification de la minimisation des données

Détail des données traitées	Catégories	Justification du besoin et de la pertinence des données	Mesures de minimisation
Genre	Identité	Échantillonnage raisonné, critère de variation de l'échantillon	
Tranches d'âge	Identité	Échantillonnage raisonné, critère de variation de l'échantillon	Tranches d'âge et non âge précis
Milieu de vie (urbain, semi urbain, rural)	Etat civil	Échantillonnage raisonné, critère de variation de l'échantillon	Pas de lieu de vie précis, pas d'adresse
Catégories socioprofessionnelles	Vie professionnelle	Échantillonnage raisonné, critère de variation de l'échantillon	Catégories et non métier précis
Nom, prénom, téléphone	Identité	Recontacter participant si nécessaire, pour faire valoir droit à effacement des données	Seul investigatrice principale a accès à table de correspondance



#### Explication et justification de la qualité des données

Mesures pour la qualité des données	Justification
Viabilité, fiabilité	Données transmises directement par les participants à l'investigatrice. Retranscription des données mot à mot grâce à l'enregistrement audio. Une fiche d'information leur est remise juste avant l'entretien pour décrire l'objectif de l'étude et les conditions/droits réglementaires de l'étude. Les données sont corrigées en cas de demande par les personnes concernées.

#### Explication et justification des durées de conservation

Types de données	Durée de conservation	Justification de la durée de conservation	Mécanisme de suppression à la fin de la conservation
Données courantes	Conservation 2 ans après la soutenance de thèse	Le RGPD et la loi Information des Libertés permet une conservation des données personnelles pendant 2 ans maximum après la publication	Suppression informatique, formatage du disque dur
Données archivées			
Traces fonctionnelles			
Journaux techniques (logs)			

#### Évaluation des mesures

Mesures garantissant la proportionnalité et la nécessité du traitement	Acceptable / améliorable ?	Mesures correctives
Finalités : déterminées, explicites et légitimes	Acceptable	

Fondement : licéité du traitement, interdiction du détournement de finalité	Acceptable	
Minimisation des données : adéquates, pertinentes et limitées	Acceptable	
Qualité des données : exactes et tenues à jour	Acceptable	
Durées de conservation : limitées	Acceptable	

#### **4.4 2.2 Évaluation des mesures protectrices des droits des personnes des personnes concernées**

Détermination et description des mesures pour l'information des personnes

Dispense d'information des personnes concernées	Justification
Non	

Si le traitement bénéficie d'une exemption au droit d'information, prévue par l'article 32 de la Loi informatique et libertés et les articles 12, 13 et 14 du RGPD : Dans le cas contraire :

Mesures pour le droit à l'information	Modalités de mise en œuvre	Justification des modalités ou de l'impossibilité de leur mise en œuvre
Présentation des conditions d'utilisation/confidentialité	Information orale lors du recrutement et fiche d'information délivrée avant l'entretien	Consentement libre et éclairé
Possibilité d'accéder aux conditions d'utilisation/confidentialité	Information orale lors du recrutement et fiche d'information délivrée avant l'entretien	Consentement libre et éclairé
Conditions lisibles et compréhensibles	Explications orales et écrites, possibilité de poser des questions	Discours adapté
Existence de clauses spécifiques au dispositif	n. a.	n. a.
Présentation détaillée des finalités des traitements de données (objectifs précis, croisements de données s'il y a lieu, etc.)	Information orale lors du recrutement et fiche d'information délivrée avant l'entretien	Consentement libre et éclairé
Présentation détaillée des données personnelles collectées	Information orale lors du recrutement et fiche d'information délivrée avant l'entretien	Consentement libre et éclairé

Présentation des éventuels accès à des identifiants de l'appareil, en précisant si ces identifiants sont communiqués à des tiers	n. a.	n. a.
Présentation des droits de la personne concernée (retrait du consentement, suppression de données, etc.)	Information orale lors du recrutement et fiche d'information délivrée avant l'entretien	Consentement libre et éclairé
Information sur le mode de stockage sécurisé des données, notamment en cas d'externalisation	Information orale lors du recrutement et fiche d'information délivrée avant l'entretien	Consentement libre et éclairé
Modalités de contact de l'entreprise (identité et coordonnées) pour les questions de confidentialité	Fiche d'information	Trace écrite, consultable même après réalisation de l'entretien
Le cas échéant, information de la personne concernée de tout changement concernant les données collectées, les finalités, les clauses de confidentialité	n. a.	n. a.
Dans le cas de transmission de données à des tiers :		
- présentation détaillée des finalités de transmission à des tiers	n. a.	n. a.
- présentation détaillée des données personnelles transmises	n. a.	n. a.
- indication de l'identité des entreprises tierces	n. a.	n. a.



Détermination et description des mesures pour le recueil du consentement (si la licéité repose sur le consentement)

Mesures pour le recueil du consentement	Modalités de mise en œuvre	Justification des modalités ou de l'impossibilité de leur mise en œuvre
Consentement exprès à l'inscription	Recueil d'un consentement avant le recrutement et d'un 2 <sup>e</sup> avant l'entretien	Consentement libre et éclairé
Consentement segmenté par catégorie de données ou types de traitement	Possibilité de ne pas répondre à certaines questions posées lors de l'entretien	Entretien semi-directif laissant libre choix à l'interviewé de répondre ou non
Consentement exprès avant le partage de données avec des tiers	n. a.	n. a.
Consentement présenté de manière compréhensible et adapté à la personne cible (notamment pour les enfants)	Information orale lors du recrutement et fiche d'information délivrée avant l'entretien	Langage clair et adapté
Recueil du consentement des parents pour les mineurs de moins de 13 ans	n. a.	Exclusion des mineurs de l'étude
Pour une nouvelle personne, mise en œuvre d'un nouveau recueil de consentement	Recueil du consentement de chaque patient	Consentement nécessaire avant chaque entretien
Après une longue période sans utilisation, demande à la personne concernée de réaffirmer son consentement	n. a.	n. a.
Si l'utilisateur a consenti au traitement de données particulières (par ex. sa localisation), l'interface signale clairement que ce traitement a lieu (icône, voyant lumineux)	n. a.	n. a.
Si l'utilisateur change de contrat, les paramètres liés à son consentement sont maintenus	n. a.	n. a.

## Détermination et description des mesures pour les droits d'accès et à la portabilité

Si le traitement bénéficie d'une exemption au droit d'accès, prévue par les articles 39 et 41 de la loi informatique et libertés et les articles 15 et 20 du RGPD :

Exemption du droit d'accès	Justification	Modalités de réponse aux personnes concernées
Pas d'exemption		

Dans le cas contraire :

Mesures pour le droit d'accès	Données internes	Données externes	Justification
Possibilité d'accéder à l'ensemble des données personnelles de l'utilisateur, via les interfaces courantes	Non	Non	Accès aux données via demande auprès de l'investigateur
Possibilité de consulter, de manière sécurisée, les traces d'utilisation liées à la personne concernée	n. a.	n. a.	n. a.
Possibilité de télécharger une archive de l'ensemble des données à caractère personnel liées à la personne concernée	Oui	Oui	Accès aux données via demande auprès de l'investigateur

Enfin, quand le droit à la portabilité est applicable au traitement prévu par l'article 20 du RGPD :

Mesures pour le droit à la portabilité	Données internes	Données externes	Justification
Possibilité de récupérer, sous une forme aisément réutilisable, les données personnelles qui ont été fournies par la personne concernée, afin de pouvoir les transférer à un service tiers	Non	Non	Données traitées spécifiques à l'étude, pas réutilisables par un tiers.

Détermination et description des mesures pour les droits de rectification et d'effacement

Si le traitement bénéficie d'une exemption au droit de rectification et d'effacement, prévue par l'article 41 de la loi informatique et libertés et l'article 17 du RGPD :

Exemption des droits de rectification et d'effacement	Justification	Modalités de réponse aux personnes concernées
Pas d'exemption		

Dans le cas contraire :

Mesures pour les droits de rectification et d'effacement	Données internes	Données externes	Justification
Possibilité de rectifier les données personnelles	Oui	Oui	L'investigateur peut modifier les données sur demande de la personne concernée
Possibilité de supprimer les données personnelles	Oui	Oui	L'investigateur peut effacer les données sur demande de la personne concernée
Indication des données personnelles qui seront conservées malgré tout (contraintes techniques, obligations légales, etc.)	n. a.	n. a.	Pas de données conservées en cas de demande de suppression
Mise en œuvre du droit à l'oubli pour les mineurs	n. a.	n. a.	n. a.
Indications claires et étapes simples pour effacer les données avant de mettre l'appareil au rebut	n. a.	n. a.	n. a.

Conseils fournis pour remise à zéro en cas de vente de l'appareil	n. a.	n. a.	n. a.
Possibilité d'effacer les données en cas de vol de l'appareil	n. a.	n. a.	n. a.

#### Détermination et description des mesures pour les droits de limitation du traitement et d'opposition

Si le traitement bénéficie d'une exemption au droit de limitation et d'opposition, prévue par l'article 38 de la loi informatique et libertés ou l'article 21 du RGPD :

Exemption des droits de limitation et d'opposition	Justification	Modalités de réponse aux personnes concernées
Pas d'exemption		

Dans le cas contraire :

Mesures pour les droits de limitation et d'opposition	Données internes	Données externes	Justification
Existence de paramètres « Vie privée »	n. a.	n. a.	n. a.
Invitation à changer les paramètres par défaut	n. a.	n. a.	n. a.
Paramètres « Vie privée » accessibles pendant l'inscription	n. a.	n. a.	n. a.
Paramètres « Vie privée » accessibles après l'inscription	n. a.	n. a.	n. a.
Existence d'un dispositif de contrôle parental pour les enfants de moins de 13 ans	n. a.	n. a.	n. a.
Conformité en matière de traçage (Cookies, Publicité, etc.)	n. a.	n. a.	n. a.
Exclusion des enfants de moins de 13 ans des traitements de profilage automatisé	n. a.	n. a.	n. a.
Exclusion effective de traitement des données de l'utilisateur en cas de retrait du consentement	Oui	Oui	Obligation légale. Données exclues du traitement sur demande faite à l'investigateur



#### Détermination et description des mesures pour la sous-traitance

Nom du sous-traitant	Finalité	Périmètre	Référence du contrat	Conformité art. 28 du RGPD <sup>a</sup>
n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.

- a. Un contrat de sous-traitance doit être conclu avec chacun des sous-traitants, précisant l'ensemble des éléments prévus à l'art. 28 du RGPD : durée, périmètre, finalité, des instructions de traitement documentées, l'autorisation préalable en cas de recours à un sous-traitant, mise à disposition de toute documentation apportant la preuve du respect du RGPD, notification immédiate de toute violation de données, etc.

#### Détermination et description des mesures pour le transfert de données en dehors de l'Union européenne

Données	France	UE	Pays reconnu adéquat par l'UE	Autre pays	Justification et encadrement (clauses contractuelles types, règles internes)
n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.

#### Évaluation des mesures

Mesures protectrices des droits des personnes concernées	Acceptable / améliorable ?	Mesures correctives
Information des personnes concernées (traitement loyal et transparent)	Acceptable	
Recueil du consentement	Acceptable	
Exercice des droits d'accès et à la portabilité	Acceptable	
Exercice des droits de rectification et d'effacement	Acceptable	
Exercice des droits de limitation du traitement et d'opposition	Acceptable	
Sous-traitance : identifiée et contractualisée	n. a.	
Transferts : respect des obligations en matière de transfert de données en dehors de l'Union européenne	n. a.	

### 3. ETUDE DES RISQUES LIES A LA SECURITE DES DONNEES

#### 4.5 3.1 Évaluation des mesures

Description et évaluation des mesures contribuant à traiter des risques liés à la sécurité des données

Mesures portant spécifiquement sur les données du traitement	Modalités de mise en œuvre ou justification sinon	Acceptable / améliorable ?	Mesures correctives
Chiffrement	Données chiffrées Clé de chiffrement selon les recommandations de la CNIL comportant 12 caractères minimum et 4 types de caractères	Acceptable	
Anonymisation	Pseudonymisation des données identifiantes des personnes interrogées avant la retranscription en attribuant à chaque interviewé un code type P1, P2. Suppression des fichiers contenant les données identifiantes dès la publication.	Acceptable	
Cloisonnement des données (par rapport au reste du système d'information)	Données stockées sur un disque dur externe dédié et protégé	Acceptable	
Contrôle des accès logiques	Login et mot de passe comportant 12 caractères minimum et 4 types de caractères	Acceptable	
Traçabilité (journalisation)	Pas de journalisation	Améliorable	
Contrôle d'intégrité	Stockage redondant des données sur disque dur externe	Acceptable	
Archivage	Seules les données anonymisées sont archivées	Acceptable	
Sécurité des documents papier	Pas de document papier.	Acceptable	

## Description et évaluation des mesures générales de sécurité

Mesures générales de sécurité du système dans lequel le traitement est mis en œuvre	Modalités de mise en œuvre ou justification sinon	Acceptable / améliorable ?	Mesures correctives
Sécurité de l'exploitation	Mise à jour automatique des systèmes d'exploitation et des applications	Acceptable	
Lutte contre les logiciels malveillants	Ordinateur protégé par un antivirus et un pare-feu	Acceptable	
Gestion des postes de travail	Ordinateur protégé par un pare-feu, session protégée par un code, verrouillage automatique de la session au bout de 10 minutes d'inactivité	Acceptable	
Sécurité des sites web	N.a	Acceptable	
Sauvegardes	Sauvegarde sur disques durs dédiés, cryptés.	Acceptable	
Maintenance	Appareil acheté en 2019, pas de maintenance prévue pour la durée de l'étude. Appareil sous garantie.	Acceptable	
Sécurité des canaux informatiques (réseaux)	Mise en œuvre du traitement sur réseau privé protégé par un pare-feu.	Acceptable	
Surveillance	Pas de surveillance	Acceptable	
Contrôle d'accès physique	Logement fermé à clef.	Acceptable	
Sécurité des matériels	n.a	Acceptable	
Éloignement des sources de risques	Pas de risque de sinistres environnementaux.	Acceptable	
Protection contre les sources de risques non humaines	Local sous alarme incendie	Acceptable	

Description et évaluation des mesures organisationnelles (gouvernance)

Mesures organisationnelles (gouvernance)	Modalités de mise en œuvre ou justification sinon	Acceptable / améliorable ?	Mesures correctives
Organisation	Un DPO est désigné à l'université de Montpellier (dpo@umontpellier.fr)	Acceptable	
Politique (gestion des règles)	Charte informatique de l'université traitant de la protection des données et de la bonne utilisation des moyens informatiques	Acceptable	
Gestion des risques	Réalisation d'une analyse d'impact	Acceptable	
Gestion des projets	Pas de test préalable des dispositifs sur des données fictives ; non applicable ici	Acceptable	
Gestion des incidents et des violations de données	Le DPO est contacté dès qu'un incident et ou une violation de données est connue	Acceptable	
Gestion des personnels	Respect du secret professionnel À l'université de Montpellier, sensibilisation des nouveaux entrants à la protection des données à caractère personnel	Acceptable	
Relations avec les tiers	Transmission de données anonymisées uniquement	Acceptable	
Supervision	Pas de contrôle de l'effectivité et de l'adéquation des mesures touchant à la vie privée	Améliorable	



#### 4.6 3.2 **Appréciation des risques : les atteintes potentielles à la vie privée**

Analyse et estimation des risques

Risque	Principales sources de risque	Principales menaces	Principaux impacts potentiels	Principales mesures réduisant la gravité et la vraisemblance	Gravité	Vraisemblance
Accès illégitime à des données	Attaquant	Récupération des fichiers conservés sur ordinateur. Consultation des cahiers par personne non impliquée dans la recherche	Récupération des données identifiantes des participants	Pare feu et anti virus. Minimisation des manipulations	2	2
Modification non désirée de données	Attaquant	Altération des données	Atteinte potentielle à l'intégrité des données	Contrôle d'accès logique. Mise sous clef de l'ordinateur, du disque dur externe et des cahiers	2	1
Disparition de données	Attaquant Sinitre	Suppression des données, détérioration des stockages	Perte des données	Contrôle d'accès logique. Sauvegarde sur disque dur dédié. Redondance des stockages	2	1

## Évaluation des risques

Risque	Acceptable / améliorable	Mesures correctives	Gravité résiduelle	Vraisemblance résiduelle
Accès illégitime à des données	Acceptable	n. a.	2	1
Modification non désirée de données	Acceptable	n. a.	2	1
Disparition de données	Acceptable	n. a.	2	1

## 4 VALIDATION DU PIA

### 4.7 4.1 Préparation des éléments utiles à la validation

Élaboration de la synthèse relative à la conformité au [RGPD] des mesures permettant de respecter les principes fondamentaux

MESURES PERMETTANT DE RESPECTER LES PRINCIPES FONDAMENTAUX	ÉVALUATION <sup>a</sup>
<b>Mesures garantissant la proportionnalité et la nécessité du traitement</b>	
Finalités : déterminées, explicites et légitimes	Satisfaisant
Fondement : licéité du traitement, interdiction du détournement de finalité	Satisfaisant
Minimisation des données : adéquates, pertinentes et limitées	Satisfaisant
Qualité des données : exactes et tenues à jour	Satisfaisant
Durées de conservation : limitées	Satisfaisant
<b>Mesures protectrices des droits des personnes des personnes concernées</b>	
Information des personnes concernées (traitement loyal et transparent)	Satisfaisant
Recueil du consentement	Satisfaisant
Exercice des droits d'accès et à la portabilité	Satisfaisant
Exercice des droits de rectification et d'effacement	Satisfaisant
Exercice des droits de limitation du traitement et d'opposition	Satisfaisant
Sous-traitance : identifiée et contractualisée	Non applicable
Transferts : respect des obligations en matière de transfert de données en dehors de l'Union européenne	Non applicable

a. Non applicable, insatisfaisant, amélioration prévue, ou satisfaisant

Élaboration de la synthèse relative à la conformité aux bonnes pratiques des mesures des mesures contribuant à traiter les risques liés à la sécurité des données

MESURES CONTRIBUANT À TRAITER LES RISQUES LIÉS À LA SÉCURITÉ DES DONNÉES	ÉVALUATION <sup>a</sup>
<b>Mesures portant spécifiquement sur les données du traitement</b>	
Chiffrement	Satisfaisant
Anonymisation	Satisfaisant
Cloisonnement des données (par rapport au reste du système d'information)	Satisfaisant
Contrôle des accès logiques des utilisateurs	Satisfaisant
Traçabilité (journalisation)	Insatisfaisant
Contrôle d'intégrité	Satisfaisant
Archivage	Satisfaisant
Sécurité des documents papier	Satisfaisant
<b>Mesures générales de sécurité du système dans lequel le traitement est mis en œuvre</b>	
Sécurité de l'exploitation	Satisfaisant
Lutte contre les logiciels malveillants	Satisfaisant
Gestion des postes de travail	Satisfaisant
Sécurité des sites web	Non applicable
Sauvegardes	Satisfaisant
Maintenance	Satisfaisant
Sécurité des canaux informatiques (réseaux)	Non applicable
Surveillance	Non applicable
Contrôle d'accès physique	Non applicable
Sécurité des matériels	Satisfaisant
Éloignement des sources de risques	Satisfaisant
Protection contre les sources de risques non humaines	Satisfaisant
<b>Mesures organisationnelles (gouvernance)</b>	
Organisation	Satisfaisant
Politique (gestion des règles)	Satisfaisant
Gestion des risques	Satisfaisant
Gestion des projets	Non applicable
Gestion des incidents et des violations de données	Satisfaisant
Gestion des personnels	Satisfaisant

Relations avec les tiers	Non applicable
Supervision	Insatisfaisant

a. Non applicable, insatisfaisant, amélioration prévue, ou satisfaisant

## ANNEXE 5 : Engagement relatif à la protection des données à caractère personnel et aux méthodologies de référence



UNIVERSITÉ DE  
MONTPELLIER

### Engagement relatif à la protection des données à caractère personnel et aux méthodologies de référence

Vu le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractères personnel et à la libre circulation de ces données, applicable à compter du 25 mai 2018 (ci-après le « RGPD »).

Vu la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée, dite loi Informatique et libertés.

Vu la délibération n° 2018-155 du 3 mai 2018 portant homologation de la méthodologie de référence relative aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre des recherches n'impliquant pas la personne humaine, des études et évaluations dans le domaine de la santé (MR-004).

Je, soussignée **BENARD Marie**, étudiante inscrite auprès de l'université de Montpellier pour y effectuer ma thèse d'exercice intitulée « Exploration d'éventuelles discriminations ressenties par les patients noirs en consultation de médecine générale », déclare :

- reconnaître que l'étude faisant l'objet de ma thèse d'exercice nécessite le traitement de données à caractère personnel, y compris des données de santé, qui sont des données sensibles et dont la divulgation pourrait porter atteinte aux droits et libertés des personnes concernées ;
- avoir compris que l'université de Montpellier est considérée comme responsable du traitement de données à caractère personnel que je vais mettre en œuvre dans le cadre de ma thèse d'exercice, et qu'à ce titre, sa responsabilité peut être engagée en cas de manquement ;
- avoir pris connaissance de la méthodologie de référence MR004 qui s'applique à cette étude ;
- m'engager à suivre scrupuleusement cette méthodologie de référence dans le cadre de ma thèse d'exercice et, notamment, à tout mettre en œuvre pour protéger les données à caractère personnel que je vais traiter ;
- m'engager à contacter sans délai le délégué à la protection des données de l'université de Montpellier (dpo@umontpellier.fr) si j'ai connaissance d'une violation de données à caractère personnel<sup>1</sup> (p. ex. vol ou perte d'un ordinateur ou d'un disque où sont stockées les données, suppression accidentelle de données, accès illicite aux données par un tiers).

Fait à : Nîmes

Date : 29/03/2022

Visa du directeur ou de la directrice de thèse : Dr Aurélie Urena-Dores

Fait à : Bezouze

Date : 29/03/2022

<sup>1</sup>. Une violation de données à caractère personnel est une « violation de la sécurité entraînant, de manière accidentelle ou illicite, la destruction, la perte, l'altération, la divulgation non autorisée de données à caractère personnel transmises, conservées ou traitées d'une autre manière, ou l'accès non autorisé à de telles données » (RGPD, art. 4.12).



## **ANNEXE 6 : Information relative à la protection des données à caractère personnel**

### **Intitulé de la structure :**

Université de Montpellier (163, rue Auguste Broussonnet, 34090 Montpellier ) représentée par son Président Mr Philippe Augé.

Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par Mme Marie BENARD dans le cadre de sa thèse de médecine générale qui sera soutenue à la faculté de médecine de Montpellier - Nîmes.

Cette note d'information résume les modalités prévues par le code de la santé publique et l'article 6 du RGPD (règlement général sur la protection des données) concernant la licéité du traitement des données personnelles, pour s'assurer de votre non-opposition à participer à cette étude le jour de l'entretien. La base légale de ce traitement est l'exécution d'une mission d'intérêt public (recherche scientifique).

Je vous prie de bien vouloir prendre connaissance de l'ensemble des informations figurant ci des- sous :

### **Procédure de l'étude:**

Vous serez interrogés lors d'un entretien individuel en face à face avec l'investigatrice du projet de recherche, Marie BENARD.

Cette étude recherche l'existence d'inégalité d'accès aux soins et a fait l'objet de formalités déclaratives réglementaires pour la protection des données personnelles auprès du délégué à la protection des données à caractère personnel de l'Université de Montpellier ainsi que d'une soumission au comité national d'éthique du Collège National des Généralistes Enseignants.

### **Destinataire des données collectées :**

Directrice de thèse : Dr Aurélie URENA-DORES, médecin généraliste à Bezouze  
Investigatrice et responsable du traitement des données : Mme Marie BENARD, interne en médecine générale

### **Risques potentiels de l'étude :**

Aucun geste technique ou test thérapeutique ne sera réalisé. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

### **Bénéfices potentiels de l'étude :**

Cette étude permettra de mettre en évidence un éventuel sentiment de discrimination des patients noirs en consultation de médecine générale. Elle permettra d'en comprendre l'influence sur le recours aux soins et de proposer des pistes d'amélioration des pratiques pour les médecins généralistes.

**Participation volontaire :**

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Il n'y a aucun caractère obligatoire.

Vous avez le droit de retirer votre consentement à tout moment sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

**Droits des participants :**

Vous avez un droit d'accès, de rectification, un droit à l'effacement et à la limitation du traitement, ainsi qu'à la portabilité des données vous concernant, à tout moment sur simple demande auprès de l'investigateur de l'étude. Vous avez également le droit de faire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, autorité de contrôle en charge du respect des obligations en matière de données à caractère personnel.

**Durée de conservation :**

Les données à caractère personnel recueillies ici seront conservées jusqu'à la soutenance de thèse et au maximum pendant 2 ans et seront définitivement supprimées par la suite.

**Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles :**

Dans le cadre de l'étude à laquelle Mme Marie BENARD vous propose de participer, vos données personnelles feront l'objet d'un traitement, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ce traitement est nécessaire à l'exécution d'une mission de service public, à savoir la mise en œuvre d'un projet de recherche.

Il s'agit des données concernant votre nom, votre tranche d'âge, votre catégorie socioprofessionnelle, votre milieu de vie. Ces données seront pseudonymisées et leur identification codée..

**Coordonnées des personnes à contacter pour obtenir des renseignements complémentaires ou pour exercer vos droits :**

Vous pouvez faire appel à :

Mme MARIE BENARD : marie.benard@etu.umontpellier.fr

Dr Aurelie URENA-DORES : aurelie.urena-dores@umontpellier.fr

Le Délégué à la protection des données de l'Université de Montpellier : dpo@umontpellier.fr

Par ailleurs, vous pouvez le cas échéant introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des Libertés ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).'

## ANNEXE 7 : Grille COREQ

<b>Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion</b>		
<u>Caractéristiques personnelles</u>		
1. Enquêteur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ?	Marie BENARD
2. Titre académique	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	DES de médecine générale
3. Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Médecin généraliste remplaçante
4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Une femme
5. Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Pas de formation
<u>Relation avec les participants</u>		
6. Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non
7. Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Fiche d'information explicative sur le sujet de recherche avant l'entretien
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?	Absence de conflits d'intérêt
<b>Domaine 2 : Conception de l'étude</b>		
<u>Cadre théorique</u>		
9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse phénoménologique avec approche sémiopragmatique
<u>Sélection des participants</u>		
10. Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Echantillonnage raisonné et par boule de neige
11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	En face à face et par téléphone
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	13 participants
13. Non participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Une personne sans raison



<u>Contexte</u>		
14. Cadre de la collecte des données	Où les données ont-elles été recueillies ?	En maison de santé pluridisciplinaire, dans des lieux publics, en appel visio par Facetime/Whatsapp
15. Présence de non participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16. Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Cf tableau Résultats
<u>Recueil des données</u>		
17. Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Guide fourni par l'auteur avec réalisation d'un entretien test
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19. Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio
20. Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui
21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	25 minutes en moyenne
22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Seuil de saturation atteint au bout de 11 entretiens, confirmé par 2 entretiens supplémentaires
23. Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non
<b>Domaine 3 : Analyse et résultats</b>		
<u>Analyse des données</u>		
24. Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Une
25. Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Non car analyse sémiopragmatique

27. Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Retranscription des entretiens sur Word
28. Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	non
<u>Rédaction</u>		
29. Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui avec le numéro des participants
30. Cohérence des données et des résultats.	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31. Clarté des thèmes principaux.	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui par des catégories émergentes
32. Clarté des thèmes secondaires.	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Non

## SERMENT D'HIPPOCRATE

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
  
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
  
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
  
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
  
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

## **RÉSUMÉ**

**Introduction :** Aux Etats-Unis les inégalités de santé liées aux discriminations raciales sont étayées depuis plusieurs années. En France, où une politique universaliste est établie, les statistiques ethniques en santé sont rares et mettent pourtant en évidence des inégalités de traitement et d'accès aux soins en santé à l'égard de certaines communautés. Notre étude s'attache à explorer le ressenti de patients noirs dans le Gard et l'Hérault à propos de leur prise en charge en médecine générale.

**Méthode :** Étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de patients noirs majeurs du Gard et de l'Hérault. Une analyse phénoménologique sémio pragmatique a été réalisée.

**Résultats :** 13 entretiens se sont déroulés de Juin à Décembre 2022. Peu de participants ont rapporté un ressenti de discrimination de la part du médecin généraliste avec qui ils entretiennent en général une bonne relation. Cependant ils étaient plusieurs à éprouver une inégalité de traitement par rapport aux patients blancs en santé.

Cette discrimination est multi factorielle (couleur de peau, sexe, origine ethnique, accent, mutuelle) et peut influencer leur accès aux soins.

Pour eux, avoir un médecin noir contribuerait à renforcer leur lien avec le corps médical mais certains ont alerté sur le risque d'inégalité de soins pouvant émerger d'un tel communautarisme. En général, ils préconisaient une médecine plus empathique et plus sensibilisée à la diversité.

**Conclusion :** Des mesures doivent être mises en oeuvre afin de déconstruire certains stéréotypes et biais raciaux qui existent encore et sont à l'origine d'inégalités de santé et d'accès aux soins.

**Mots clés (français) :** Médecine générale ; Noirs ; discrimination raciale ; préjugé racial ; inégalités de santé ; accessibilité des services de santé ; recherche qualitative

**Mots clés (anglais) :** General practice ; Black people ; racial discrimination ; bias, racial ; Health Inequities ; health services accessibility ; qualitative research