

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**



**Soutenue publiquement le 17/10/2025
Par Mme PAGNUCCO Claire**

**« Promouvoir un système de sante plus équitable et inclusif :
Rôle des soignants dans la lutte contre les discriminations »**

Membres du jury :

Président du jury - directeur de thèse : Monsieur Éric Sergheraert, Professeur des Universités - Droit et Économie pharmaceutique, Faculté de Pharmacie, Université de Lille

Membre(s) extérieur(s) : Madame Pauline Claeys, Docteure en Pharmacie –
Pharmacienne en Industrie, Paris
Madame Mathilde Quesselaire, Docteure en Pharmacie -
Pharmacienne en Industrie, Paris

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 1/11

Université de Lille


Président	Régis BORDET
Premier Vice-président	Bertrand DÉCAUDIN
Vice-présidente Formation	Corinne ROBACZEWSKI
Vice-président Recherche	Olivier COLOT
Vice-président Ressources Humaine	Jean-Philippe TRICOIT
Directrice Générale des Services	Anne-Valérie CHIRIS-FABRE

UFR3S

Doyen	Dominique LACROIX
Premier Vice-Doyen, Vice-Doyen RH, SI et Qualité	Hervé HUBERT
Vice-Doyenne Recherche	Karine FAURE
Vice-Doyen Finances et Patrimoine	Emmanuelle LIPKA
Vice-Doyen International	Vincent DERAMECOURT
Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires	Sébastien D'HARANCY
Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie	Caroline LANIER
Vice-Doyen Territoire-Partenariats	Thomas MORGENROTH
Vice-Doyen Santé numérique et Communication	Vincent SOBANSKI
Vice-Doyenne Vie de Campus	Anne-Laure BARBOTIN
Vice-Doyen étudiant	Victor HELENA

Faculté de Pharmacie

Vice - Doyen	Pascal ODOU
Premier Assesseur et	
Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement	Anne GARAT
Assesseur à la Vie de la Faculté et	
Assesseur aux Ressources et Personnels	Emmanuelle LIPKA
Responsable de l'Administration et du Pilotage	Cyrille PORTA
Représentant étudiant	Honoré GUISE
Chargé de mission 1er cycle	Philippe GERVOIS
Chargée de mission 2eme cycle	Héloïse HENRY
Chargé de mission Accompagnement et Formation à la Recherche	Nicolas WILLAND
Chargé de mission Relations Internationales	Christophe FURMAN
Chargée de Mission Qualité	Marie-Françoise ODOU
Chargé de mission dossier HCERES	Réjane LESTRELIN


	LISTE GEREE	LG/FAC/001
	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
		Page 2/11

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)


Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique	81
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie	82
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie	82
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie	82
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie	82
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire	82

Professeurs des Universités (PU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique - RMN	85
M.	BERLARBI	Karim	Physiologie	86
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie	87
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle	85

	LISTE GEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie Document transversal	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
		Page 3/11



M.	CARNOY	Christophe	Immunologie	87
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique - RMN	85
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie thérapeutique	86
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie bio inorganique	85
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
M.	ELATI	Mohamed	Biomathématiques	27
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie	87
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique	85
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique	86
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique	85
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie	86
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique	86
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques	26
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire	87
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire	87
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie physique	85
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86

	LISTE GEREE	LG/FAC/001
	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
	Document transversal	Page 4/11

Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86
M.	SERGHARAERT	Éric	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique	86



Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique	85
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie	82
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	GILLIOT	Sixtine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie	82
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie	82


 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
	Document transversal	Page 5/11

Maîtres de Conférences des Universités (MCU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire	87
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85
M	BEDART	Corentin	ICPAL	86
M.	BOCHU	Christophe	Biophysique - RMN	85
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie	86
M.	BOSC	Damien	Chimie thérapeutique	86
Mme	BOU KARROUM	Nour	Chimie bioinorganique	
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie	87
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire	87
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	CHARTON	Julie	Chimie organique	86
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques	85
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques	27
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique	86
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FRULEUX	Alexandre	Sciences végétales et fongiques	
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 6/11



M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique	86
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie	86
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie	87
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	LIBERELLE	Maxime	Biophysique - RMN	
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
M.	MENETREY	Quentin	Bactériologie - Virologie	87
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques	85
M.	PIVA	Frank	Biochimie	85

	LISTE GEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 7/11

Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86
M.	POURCET	Benoît	Biochimie	87
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / Innovations pédagogiques	85
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique	86
Mme	ROGEL	Anne	Immunologie	
M.	ROSA	Mickaël	Hématologie	87
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie	86
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie	87
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie	87
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie	87
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Chimie organique	86
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques	87
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique	86
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques	85

Professeurs certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mme	KUBIK	Laurence	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais


 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 8/11

Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BAILLY	Christian	ICPAL	86
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Chimie thérapeutique	86
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie pharmaceutique	86

Maîtres de Conférences Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M	AYED	Elya	Pharmacie officinale	
M.	COUSEIN	Etienne	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85
Mme	DANICOURT	Frédérique	Pharmacie officinale	
Mme	DUPIRE	Fanny	Pharmacie officinale	
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	85
Mme	GEILER	Isabelle	Pharmacie officinale	
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	86
M.	PELLETIER	Franck	Droit et Economie pharmaceutique	86
M	POTHIER	Jean-Claude	Pharmacie officinale	
Mme	ROGNON	Carole	Pharmacie officinale	

 Département Pharmacie	LISTE GEREE	LG/FAC/001
		Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
		Page 9/11

Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)


Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BOUDRY	Augustin	Biomathématiques	
Mme	DERAMOUDT	Laure	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	GISH	Alexandr	Toxicologie et Santé publique	
Mme	NEGRIER	Laura	Chimie analytique	

Hospitalo-Universitaire (PHU)

	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DESVAGES	Maximilien	Hématologie	
Mme	LENSKI	Marie	Toxicologie et Santé publique	

Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	BERNARD	Lucie	Physiologie	
Mme	BARBIER	Emeline	Toxicologie	
Mme	COMPAGNE	Nina	Chimie Organique	
Mme	COULON	Audrey	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	DUFOSSEZ	Robin	Chimie physique	
Mme	FERRY	Lise	Biochimie	

	LISTE GEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 10/11


M	HASYEOUI	Mohamed	Chimie Organique	
Mme	HENRY	Doriane	Biochimie	
Mme	KOUAGOU	Yolène	Sciences végétales et fongiques	
M	LAURENT	Arthur	Chimie-Physique	
M.	MACKIN MOHAMOUR	Synthia	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	RAAB	Sadia	Physiologie	

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	DELOBEAU	Iris	Pharmacie officinale
M	RIVART	Simon	Pharmacie officinale
Mme	SERGEANT	Sophie	Pharmacie officinale
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

LRU / MAST

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FRAPPE	Jade	Pharmacie officinale
M	LATRON-FREMEAU	Pierre-Manuel	Pharmacie officinale
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique

	LISTE GEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie Document transversal	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
		Page 11/11

CYCLE DE VIE DU DOCUMENT

Version	Modifié par	Date	Principales modifications
1.0		20/02/2020	Création
2.0		02/01/2022	Mise à jour
2.1		21/06/2022	Mise à jour
2.2		01/02/2024	Mise à jour
2.3		15/11/2024	Mise à jour
2.4		18/02/2025	Mise à jour

UFR3S-Pharmacie

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.



SOMMAIRE

Remerciements.....	2
Liste des figures.....	4
Liste des abréviations.....	5
Introduction	7
Partie 1 : Inégalités de prise en charge liées au sexisme en santé	9
1. Impact des différences fondamentales entre les corps féminins et masculins sur les effets des traitements médicamenteux	11
2. Impact des clichés sexistes en santé et des stéréotypes de genre sur la prise en charge.....	14
3. Manque d'exploration des pathologies exclusivement féminines et conséquences sur la prise en charge des patientes concernées.....	20
Partie 2 : Inégalités de prise en charge liées au racisme en santé	22
1. Histoire du racisme : taxonomie et hiérarchie sociale, un héritage colonial	23
2. Prise en charge différenciée et discriminatoire des personnes perçues comme non-blanches.....	25
Partie 3 : Inégalités de prise en charge liées au statut socio-économique en santé	31
1. Les principaux obstacles des populations défavorisées dans l'accès aux soins	31
1.1. Frein financier à l'accès aux soins.....	31
1.2. Méconnaissance et complexité administrative.....	33
1.3. Difficultés territoriales ou pratiques d'accès aux soins.....	39
2. Manifestations concrètes des inégalités socio-économiques en santé : conséquences sanitaires sur les populations vulnérables.....	43
Partie 4 : Leviers des professionnels de santé pour lutter contre les discriminations	49
1. Eduquer les professionnels de santé à reconnaître et questionner leurs biais de perception et les stéréotypes discriminants	50
2. La santé à l'image de la population : promouvoir plus de diversité pour toutes les étapes de la prise en charge	53
3. Responsabiliser les professionnels de santé face aux discriminations	56
4. Mettre en œuvre des prises en charge standardisées afin de garantir l'équité dans le soin.....	57
5. Améliorer la représentativité des minorités dans les établissements et les institutions de santé pour renforcer la démocratie sanitaire	59
6. Accompagner les patients et leur donner les clés pour accéder à une santé juste	60
Conclusion.....	62
Références.....	64
Annexe	73
Résumé	79

Remerciements :

Je tiens tout d'abord à remercier le Professeur Eric Sergheraert qui a accepté d'encadrer ce travail et de présider mon jury. Au-delà de votre accompagnement pour ma thèse, je vous remercie pour votre bienveillance et vos conseils éclairés depuis ma 5^e année de pharmacie et tout au long du master AREIPS. Votre capacité à fédérer les promotions autour d'une bonne bière du Nord restera un super souvenir que je chérirai toujours.

Ce travail est aussi le fruit d'un parcours marqué par de nombreuses rencontres : notamment Pauline Claeys et Mathilde Quesselaire qui me font l'honneur aujourd'hui de faire partie de mon jury. Au-delà du plaisir que j'ai eu à travailler à vos côtés et à partager de nombreuses (et parfois très longues) pauses café sans café, je suis heureuse et fière de pouvoir vous compter parmi mes amies les plus proches. Merci de toujours être des oreilles attentives à mes râleries et d'avoir la même passion que moi pour les séances de potins, merci de m'avoir poussée quand j'en ai eu besoin. Je souhaite à tout le monde d'avoir une talentueuse imitatrice de Dalida et une copinours dans sa vie !

Je remercie mes parents qui m'ont permis d'arriver jusqu'à cette thèse, qui ont attendu *très* patiemment la fin de mes *très longues* études et m'ont soutenue dans les moments de doute. Merci maman de m'avoir donné envie de faire des études de santé et de m'avoir inspiré ce sujet grâce à nos nombreuses discussions passionnées. Merci papa de m'avoir rappelée à l'ordre quand je traînais et d'avoir été le premier à relire mon manuscrit avec une si grande attention. Merci à tous les deux de m'avoir appris à m'indigner et à défendre mes idées. Je vous dédie cette thèse et j'espère vous rendre fiers de pouvoir enfin m'appeler Docteur.

Merci à ma grande sœur Clémence qui m'a aidée à construire qui je suis, bien avant mes études et ma thèse, mais qui a aussi largement contribué à mon addiction au bingewatching, ce qui m'a beaucoup ralenti dans ma tâche... Tu as été mon modèle absolu pendant toute mon enfance et je continue de t'admirer pour ta facilité à être à l'aise partout, sans te laisser submerger par le stress ou l'angoisse, capacité que je n'ai pas ! J'ai de la chance de t'avoir pour m'aider à prendre du recul quand c'est nécessaire et à relativiser. Merci aussi d'être une grande sœur cool qui a toujours plein d'idées, notamment pour occuper mes mercredis aprem quand William et Joachim ne vont pas au centre !

À Hélène, Lisa, Claire, Amery, Agathe, Eric, Marine, Manon, Loïc et tous les copains qui m'ont accompagnée de près ou de loin pendant toutes ces années, merci pour les soirées, les apéros, les anniversaires, les weekends et tous les souvenirs (plus ou moins glorieux) qui vont avec. Merci aussi pour les séances de révision, les remises en question, les galères, les déceptions. Merci d'être toujours présents pour faire la fête mais merci aussi d'être ou d'avoir été là dans les moments importants.

À toute l'équipe du « quid bière » : Joseph (qui est désormais *vraiment* mon très cher confrère), Justine, Louis, Lucia, Benjamin, Maud, Louis, Johan, César et Marine. Si on a les amis qu'on mérite, je dois être une pépite parce que vous êtes tous des êtres incroyablement épanouissants, intéressants et drôles.

Je souhaite aussi remercier ma belle-famille qui m'a accueillie comme membre à part entière et qui m'a soutenue, chacun à sa façon, pendant toute l'écriture de cette thèse et le début de ma vie professionnelle parisienne. Merci pour les fêtes de famille, les escape games, les rando en montagne qui ressemblent à des escape games mais surtout merci de célébrer aussi intensément chaque petit moment de vie ensemble.

Enfin, merci à Enguerrand qui est le meilleur booster existant au monde. Merci d'être mon amoureux, mon meilleur ami, mon confident, mon coach et bien plus encore. Merci de croire en moi, de me faire rire tous les jours, de m'inspirer, de m'aimer, de me pousser à me dépasser et de m'écouter même quand je suis pénible. Merci d'être le meilleur des dogdads pour Bouchon et d'avoir l'énergie et la joie de vivre d'un Golden Retriever ! Je t'aime pour la personne que tu es et la personne que tu me fais devenir à tes côtés. J'ai hâte de vivre toutes les autres aventures qui nous attendent avec toi. La piraterie n'est jamais finie !

Liste des figures :

- FIGURE 1 : Représentation de Saartjie Baartman intitulée *Vénus jaune*, Estampe de Léon de Wailly (1815)
- FIGURE 2 : Probabilité de déclarer une expérience de discrimination dans le système de santé français
- FIGURE 3 : Illustration d'un fœtus noir publiée par Chidiebere Ibe le 24 novembre 2021 sur Twitter
- FIGURE 4 : Taux d'obtention d'un rendez-vous, par spécialité
- FIGURE 5 : Motifs de refus d'un rendez-vous par statut du patient
- FIGURE 6 : Taux d'obtention d'un rendez-vous médical selon l'origine présumée des patientes
- FIGURE 7 : Taux d'obtention d'un rendez-vous médical selon que la patiente bénéficie ou non de la CMU-C
- FIGURE 8 : Taux d'obtention d'un rendez-vous médical selon que la patiente bénéficie ou non de l'ACS
- FIGURE 9 : Répartition des habitants résidant dans une commune avec au moins une difficulté d'accès, selon les difficultés qu'ils cumulent
- FIGURE 10 : Carte de la santé et de ses déterminants
- FIGURE 11 : Facteurs sociodémographiques associés à la faible consommation de fruits et légumes et à l'atteinte des recommandations de consommation de fruits et légumes parmi les 18-85 ans en France hexagonale en 2021
- FIGURE 12 : Logo du Nutri-score
- FIGURE 13 : Couverture vaccinale selon le niveau de vie
- FIGURE 14 : Prévalence du tabagisme quotidien selon le revenu par unité de consommation parmi les 18-75 ans entre 2000 et 2019 (en pourcentages)
- FIGURE 15 : Espérances de vie avec et sans incapacité à 35 ans en 2003 en France dans les catégories socio-professionnelles des cadres et des ouvriers
- FIGURE 16 : Questions à se poser pour définir les objectifs et le contexte des activités de lutte contre la stigmatisation
- FIGURE 17 : Campagne de sensibilisation au dépistage du cancer colorectal de l'Institut régional du cancer de Montpellier, 2024

Liste des abréviations :

ACS : Aide à la Complémentaire Santé

ALD : Affection Longue Durée

AME : Aide Médicale d'État

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

ARS : Agence régionale de santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CKD-EPI : Chronic Kidney Disease - Epidemiology

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-C : Couverture Maladie Universelle - Complémentaire

CNOM : Conseil national de l'Ordre des Médecins

CNRS : Centre national de la Recherche Scientifique

COVID-19 : Coronavirus Disease 2019

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

DFG : Débit de filtration glomérulaire

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

DROM(s) : Départements et Régions d'Outre-Mer

EEG : Électroencéphalogramme

FDA : Food and Drug Administration (États-Unis)

HAS : Haute Autorité de Santé

HCEfh : Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes

IA : Intelligence Artificielle

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IPA : Infirmier de Pratique Avancée

IPP : Institut des politiques publiques

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

LGBT : Lesbiennes, Gays, Bisexuels, Transgenres

LGBTQIA+ : Lesbiennes, Gays, Bisexuels, Transgenres, Queer, Intersexes, Asexuels et autres identités

MDRD : Modification of Diet in Renal Disease

NIH : National Institutes of Health (États-Unis)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

Optam : Option pratique tarifaire maîtrisée

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

PNNS : Programme National Nutrition Santé

PUMa : Protection Universelle Maladie
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SOPK : Syndrome des ovaires polykystiques
SPM : Syndrome Prémenstruel
TDPM : Trouble Dysphorique Prémenstruel
TSA : Troubles du Spectre Autistique

Introduction

En tant qu'ensemble des connaissances scientifiques et des moyens mis en œuvre pour la prévention, la guérison ou le soulagement des maladies, la médecine est l'association indissociable d'une science fondamentale reposant sur des preuves objectives (génétique, biophysique, biologie, chimie, biostatistiques ...) que l'on peut également nommer médecine basée sur les preuves (en anglais "Evidence based-medicine") et d'une science humaine et sociale influencée par les vérités subjectives de chaque être humain. Ces vérités subjectives rassemblent à la fois les perceptions des patients sur leurs propres corps, leurs symptômes et leur état de santé mais aussi les perceptions des soignants, ces dernières étant le fruit de leurs expériences personnelles, de leurs représentations et de leurs croyances. Dans l'ouvrage *Psychologie cognitive* (2010), les auteurs définissent la perception comme "l'activité cognitive par laquelle l'être humain prend connaissance de son environnement, c'est-à-dire par laquelle il reçoit et interprète les informations qui l'entourent." (1)

En 1878, Claude Bernard écrit "La médecine n'est pas une science ; c'est un art. Par conséquent, son application est inséparable de l'artiste. Dans toutes les connaissances humaines, il y a à la fois de la science et de l'art. La science est dans la recherche des lois des phénomènes et dans la conception des théories ; l'art est dans une réalisation pratique, en général utile à l'homme, qui nécessite toujours l'action personnelle d'un individu isolé." (2) Ainsi, l'exercice de la médecine, et plus largement de tous les métiers de soin, est aussi différent que peuvent l'être les soignants qui la pratiquent.

Le système de santé se doit de soigner tout le monde, tout le temps, partout et de la même façon. Dans l'article L1110-1 du Code de la santé publique, le droit fondamental et universel à la santé en France est défini comme suit : "Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels et les établissements de santé, [...] et les autorités sanitaires contribuent, [...] avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible." (3). L'article L1110-3 précise que "Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins." (4) Cependant, comme défini plus haut, le soin est avant tout une science sociale influencée par les expériences des individus qui l'exercent donc chaque soignant a ses propres représentations, stéréotypes et préjugés. Par ces biais conscients mais plus généralement inconscients, les soignants vont naturellement étiqueter et catégoriser les patients selon leurs perceptions. Il peut en découler une stigmatisation des individus selon certaines caractéristiques, or la stigmatisation peut mener à la discrimination en créant un terrain favorable aux comportements et attitudes négatifs envers une personne ou un groupe d'individus. (5)

En matière de santé, les inégalités observées le plus souvent sont les conséquences de stigmates liés :

- au genre : le sexisme est une forme de discrimination basée sur le genre, souvent à l'encontre des personnes perçues comme femmes. (6)
- à l'origine ethnoraciale : le racisme est une idéologie qui hiérarchise les individus selon leur nationalité, leur prétendue race, leurs origines ethniques, leur couleur de peau ou la langue qu'ils parlent. Il en découle des discriminations à l'encontre des personnes dites racisées. (7)
- à leur classe socio-économique : le classisme, souvent associé au mépris de classe, est une discrimination fondée sur la situation sociale, professionnelle et économique d'un individu, majoritairement au détriment des populations pauvres ou à faibles revenus. (8)
- leur corpulence : la grossophobie, ou stigmatisation liée au poids, est une vision négative des personnes perçues comme grosses. En matière de santé, la grossophobie se traduit par une tendance à vouloir corriger les habitudes de vie des personnes perçues comme grosses pour les faire rentrer dans une norme de santé subjective. (8) (9)
- leur orientation sexuelle ou leur identité de genre : la LGBT-phobie est un ensemble d'attitudes hostiles envers les personnes LGBTQIA+ (lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, queer, intersexes, asexuels...) qui sortent du modèle "classique" de l'hétéronormativité et de la binarité du genre homme/femme. (10)
- leur âge : l'âgisme regroupe toutes les discriminations liées à l'âge, souvent à l'encontre des personnes âgées mais aussi parfois à l'encontre des personnes jeunes qui sont discréditées de par leur âge. (11)
- leur handicap : le validisme englobe toute forme de stigmatisation vécue par les personnes en situation de handicap, physique ou mental. (11)

Toutes ces inégalités proviennent du postulat, vieux de plusieurs siècles, qu'il n'y a aucune différence fondamentale entre les corps : la médecine moderne a ainsi construit ses normes sur le modèle standardisé d'un homme cisgenre blanc hétérosexuel, de corpulence moyenne, issu d'une classe sociale moyenne ou favorisée, non porteur de handicap. (12) (13) (14) Tout ce qui transgresse cette norme doit donc être corrigé, modifié pour rentrer dans le cadre conventionnel.

Le sujet des inégalités en matière de santé est très vaste et ne pourra pas être traité de façon exhaustive. C'est pourquoi ce travail se concentre sur la nécessité pour les soignants de prendre en charge les patients en tant qu'êtres singuliers, non interchangeables, non standardisés en questionnant leurs pratiques pour devenir acteurs de la lutte contre les discriminations. (15)(16)

Afin de mieux comprendre les dynamiques complexes des discriminations systémiques, cette recherche s'appuie sur revue bibliographique approfondie : articles scientifiques, textes réglementaires, essais rédigés par des professionnels de santé ou des associations de patients, études réalisées par des organismes publics, rapports ministériels, podcasts et vidéos à destination du grand public, articles de presse, etc. La multiplicité des sources d'information et leur diversité permet d'étayer l'analyse des biais structurels et de leurs impacts sur notre système de santé et d'identifier des leviers potentiels des professionnels de santé pour tendre vers une prise en charge plus égalitaire de tous les individus.

Cette thèse se structure autour de quatre axes principaux, les trois premiers explorant différentes formes d'inégalités dans le système de santé français et le quatrième traitant des pistes de réflexion pour permettre, en tant que soignants, le meilleur accès aux soins possible à tous les patients. Elle traite tout d'abord des dynamiques sexistes et de l'influence des stéréotypes de genre sur la prise en charge des personnes perçues comme femmes, puis des biais raciaux et de leurs répercussions sur la qualité des soins des personnes racisées ou issues de minorités et enfin, des inégalités socio-économiques et de leur impact sur l'accès aux soins et sur les trajectoires de santé des classes pauvres ou défavorisées. Enfin, la dernière partie constitue une mise en perspective de cette réflexion sur l'inclusivité en santé dans le système global de notre société et du rôle des soignants pour tendre vers un système plus équitable.

Partie 1 : Inégalités de prise en charge liées au sexisme en santé

Afin de parler des stéréotypes de genre en matière de santé, il convient tout d'abord de définir ce qu'est le genre et ce qu'on appelle usuellement le sexe biologique. Pour tout être vivant, le sexe biologique vient de la distinction biologique (cellulaire, physiologique, hormonale) et génétique entre les individus ayant des organes reproducteurs masculins dits mâles aux chromosomes sexuels XY et les individus ayant des organes reproducteurs féminins dits femelles aux chromosomes sexuels XX. Cependant, se limiter à cette vision reproductrice des êtres humains, comme on pourrait le faire chez les animaux, serait nier la réalité sociale du genre qui est une construction de l'identité au sein d'une société. Le genre est une distinction culturelle dont découle la principale dichotomie entre les personnes perçues comme femmes et les personnes perçues comme hommes. Dans une volonté de simplification, ne seront pas abordées dans cette thèse les personnes transgenres et les autres identités de genre.

Ainsi, le sexe biologique est une donnée invariante et binaire qui sépare les individus mâles et femelles alors que le genre est plus variable, sa représentation dépendant de la société dans laquelle la personne évolue et des significations sociales associées à des faits biologiques.

Dans un rapport de décembre 2020, le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCEfh) constate que "les représentations sociales du féminin et du masculin interviennent également pour engendrer des inégalités de santé. L'influence du genre - qui réfère à la construction sociale des identités et des rapports sociaux entre les sexes - constitue un facteur de risque de discriminations entre les sexes dans la prise en charge médicale. C'est ainsi que les codes sociaux liés aux genres féminin et masculin influencent l'expression des symptômes, le rapport au corps, le recours aux soins de la part des malades. Chez les médecins et personnels soignants, les préjugés liés au genre sont susceptibles d'influencer l'interprétation des signes cliniques et la prise en charge des pathologies. Les recherches cliniques et biomédicales sont également imprégnées de stéréotypes liés au sexe, qui peuvent induire des biais dans les expérimentations et les applications médicales." (17)

Le genre a un double impact en matière de soin : sur le comportement des patientes et leur façon d'exprimer leurs maux mais aussi sur la perception qu'ont les soignants de ces dernières. Les patientes ont un rapport différent de celui des hommes à la santé : elles consultent plus souvent, ont moins de conduites à risque, sont plus attentives aux campagnes de prévention et de dépistage, ont plus de contacts avec les professionnels de santé puisqu'elles sont souvent les accompagnatrices de leurs enfants ou des personnes pour qui elles font figure d'aidantes. (18) (19)

Cependant, bien que leur espérance de vie globale soit plus longue (85,7 ans pour les femmes contre 80,0 ans pour les hommes en 2023), l'espérance de vie en bonne santé des femmes est sensiblement identique à celle des hommes : 67 ans pour les femmes contre 65,6 ans pour les hommes en 2023. (20) (21) Cela s'explique par une prise en charge des femmes moins adaptée : les professionnels de santé n'échappent pas à l'influence bien ancrée des stéréotypes misogynes qui décrivent les femmes comme incapables de contrôler leurs émotions, très voire trop sensibles à la douleur, capables de simuler ou d'affabuler, très préoccupées par leur apparence, etc. (22) Tous ces préjugés ont un impact néfaste sur la relation de soin, les soignants pouvant être méfiants vis-à-vis du ressenti des femmes ou les femmes ne se sentant pas écoutées ou entendues lorsqu'elles s'expriment sur leur état de santé.

D'autre part, on peut trouver une explication historique à cette disparité de prise en charge : la santé des femmes a longtemps été perçue comme une sous-partie de la santé humaine, le corps de la femme n'étant qu'une "dérivation du corps masculin" et la femme étant une sorte "d'homme manqué". (19) Cette vision justifierait donc de prendre l'homme comme "mètre-étalon", comme modèle standardisé pour tous les individus.

Dans l'Antiquité par exemple, les théoriciens de la médecine Hippocrate et Galien ainsi que des philosophes tels que Platon et Aristote s'accordent sur le fait que le corps féminin est un corps masculin imparfait voire mutilé, sensibles à des humeurs froides et humides, ce qui justifierait pourquoi les femmes, en tant qu'être plus faibles, doivent se soumettre à la sagesse des hommes qui leur sont supérieurs. (23) Cette théorie aura des conséquences sur la manière différenciée de traiter les patientes jusqu'au début du XIXème siècle où un changement s'exercera notamment grâce à l'autorisation en 1868 pour les femmes de pratiquer la médecine. Jusqu'alors, la médecine n'étant pratiquée que par des hommes blancs et hétérosexuels, elle est "androcentrée", du grec ancien *andros* qui signifie "homme", et teintée des rapports de domination masculine. (24) (25)

De ces constats, on peut déduire 3 axes principaux de discriminations sexistes dans le soin :

- le premier axe englobe les différences biologiques ou physiologiques du corps féminin longtemps sous-estimées ;
- le second axe concerne l'impact des stéréotypes de genre sur la prise en charge par les professionnels de santé ;
- le troisième axe présente le manque d'exploration des pathologies exclusivement féminines et la difficulté d'accès à une prise en charge pour les patientes concernées.

1. Impact des différences fondamentales entre les corps féminins et masculins sur les effets des traitements médicamenteux

Le modèle mâle, qu'il soit cellulaire, animal ou humain, a été depuis toujours beaucoup plus étudié et utilisé dans les études précliniques et cliniques. Les chercheurs sont partis du postulat que l'individu féminin est une déclinaison de l'individu masculin et que les résultats obtenus chez l'un sont transposables chez l'autre, tout en s'affranchissant des variations

hormonales et des risques de gestation/grossesse qui peuvent survenir au cours des études avec les femmes/femmes. (26) On peut cependant se poser la question suivante : si les hormones féminines posent des difficultés au “bon” déroulement d'un essai clinique - puisque trop variables et pouvant influencer sur les résultats, ce qui justifie l'exclusion de femmes dans l'essai - comment est-il entendable de s'affranchir de cette différence hormonale pour extrapoler les résultats obtenus chez des mâles/hommes à toute la population ?

La journaliste américaine Maya Dusenbery s'est intéressée à l'absurdité de ce raisonnement dans son livre *Doing Harm: The Truth About How Bad Medicine and Lazy Science Leave Women Dismissed, Misdiagnosed and Sick*. (27) Elle prend l'exemple d'un essai clinique, au début des années 1960, visant à étudier le rôle d'une supplémentation en œstrogènes comme traitement préventif des pathologies cardiovasculaires postménopause, après avoir observé que de forts taux d'œstrogènes diminuaient le risque cardiaque chez les femmes avant la ménopause : cet essai a été mené sur 8 341 hommes et aucune femme.

En 1986, un autre essai américain soutenu par le National Institute of Health (NIH) qui est l'équivalent de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) en France, étudie l'impact de l'obésité sur le risque de cancers du sein et de l'utérus : là non plus, aucune femme ne sera incluse dans l'étude.

De nombreux autres exemples peuvent venir étayer cette exclusion quasi-systématique des femmes lors des essais cliniques. La raison communément évoquée est le risque potentiel des essais sur les fonctions reproductives puisque, les femmes naissant avec la totalité de leur réserve ovarienne, un médicament qui s'avérerait toxique sur les follicules ovariens pourrait avoir un impact sur la capacité des femmes à procréer.

Pour cette raison, la Food and Drugs Administration (FDA) aux Etats-Unis, qui correspond à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) en France, recommandait d'ailleurs de ne pas inclure de femmes dans les études cliniques jusqu'en 1993, date à laquelle le congrès américain a fait entrer dans la loi fédérale la politique d'inclusion du NIH avec un paragraphe spécifique intitulé “Women and Minorities as Subjects in Clinical Research”. (28) (29) Viendront ensuite plusieurs initiatives dans le monde entier ayant pour but d'étudier l'impact du genre en santé humaine avec la création :

- du département Genre et santé de la femme par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 1995,
- de la Mission pour la place des femmes par le Centre national de Recherche scientifique (CNRS) en 2001,
- du groupe de travail Genre et recherche en santé par le Comité d'éthique de l'INSERM en 2013,

- de l'engagement à lutter contre les inégalités liées au genre de la Haute autorité de santé (HAS) et de l'Agence nationale de santé publique (aujourd'hui rebaptisée Santé publique France) en 2013, (24)
- du rapport sur la promotion de l'égalité des genres en matière de santé mentale et de recherche clinique par la Commission des droits de la femme et de l'égalité des genres du Parlement européen en 2016. (30)

L'absence des femmes dans les essais cliniques avant le début des années 1990 n'est pas sans conséquence puisque, selon une étude menée par la FDA entre 1997 et 2000, 80% des médicaments retirés du marché pour des effets secondaires graves présentaient plus de risques de survenue de ces effets indésirables et une plus grande gravité chez les femmes que chez les hommes. (31)

Même si une évolution des pratiques a été observée depuis les années 1990 avec une plus grande inclusion des femmes dans les études cliniques, un nouveau problème se pose désormais : le facteur principal utilisé pour catégoriser et différencier les sujets est l'âge, les résultats des études n'étant que rarement analysés selon le genre des patients inclus. En témoignent par exemple les études cliniques pour la desmopressine, un médicament utilisé dans la nycturie : l'analyse genrée des résultats a permis de définir que la dose efficace pour les femmes était bien inférieure à celle pour les hommes. (32) Si le genre des patients inclus n'avait pas été étudié, la dose efficace obtenue aurait été définie selon une moyenne avec les résultats masculins et donc aurait été bien trop importante voire toxique pour la population féminine.

On ne pourrait considérer que l'absence des femmes dans les phases cliniques mais la problématique est la même dans les phases pré-cliniques : les chercheurs arguent que les modèles femelles introduisent une difficulté pour la conduite des essais à cause de leurs fluctuations hormonales ou qu'il est parfois difficile de définir le sexe des animaux lors de leur recrutement à des stades prépubères, notamment chez les rats, les mouches ou les poissons. Cependant, la perte de données sexuées a une importance non négligeable pour le passage en recherche clinique chez les humains.

D'autre part, les souris femelles sont majoritairement utilisées pour la reproduction, les mâles étant quant à eux destinés à la recherche. Cette séparation des rôles selon le sexe vise à réduire le nombre d'animaux sacrifiés comme le préconise la "règle des 3R". (33) (34) Cette

règle, élaborée en 1959 par les biologistes anglais William Russel et Rex Burchest, est l'un des fondements éthiques de l'expérimentation animale :

- réduire le nombre d'animaux utilisés sans que cela ne nuise à la qualité et fiabilité des résultats de la recherche ;
- remplacer au maximum par des modèles cellulaires (*in vitro*) ou des modélisations numériques (*in silico*) ;
- raffiner en prenant soin de choisir le modèle animal le plus adapté et d'œuvrer à son bien-être autant que possible au cours de l'expérimentation. (33)

Bien que les modèles femelles puissent complexifier la gestion du déroulé des essais précliniques à cause de leurs cycles hormonaux, ils présentent aussi l'avantage d'être plus faciles à héberger puisque, par exemple, les rats femelles ont moins tendance à se battre, ce qui peut être intéressant pour les études longues en oncologie par exemple. Il existe donc des avantages et des inconvénients à l'utilisation de chacun des deux sexes chez les modèles animaux et celle-ci s'avère indispensable pour une interprétation des résultats ventilée par le sexe avant de passer sur des phases cliniques. (33)

Le sexe biologique des individus en santé humaine peut influencer sur le risque de maladie, son évolution et ses résultats par des voies génétiques (par exemple, la fonction des chromosomes X et Y), cellulaires et physiologiques, y compris hormonales. Ces voies peuvent produire des différences dans la susceptibilité à la maladie, la progression de la maladie, le traitement et les résultats de santé, et sont susceptibles de varier au cours de la vie. Il est donc indispensable d'intégrer le sexe dans la construction, l'analyse et l'interprétation des études cliniques pour obtenir des données robustes et extrapolables à toute la population. (35)

2. Impact des clichés sexistes en santé et des stéréotypes de genre sur la prise en charge

Un autre facteur non négligeable qui influence la perception qu'ont les soignants des patientes est l'intégration, souvent involontaire, de stéréotypes sexistes. L'INSERM a d'ailleurs réalisé en 2017 une série de 7 courtes vidéos sur le sujet, intitulées "Genre et Santé : attention aux clichés !", dans un projet soutenu par le ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. (36) Ces vidéos traitent des préjugés liés au genre qui impactent les pratiques médicales, la recherche mais également la perception des malades de leur propre état de santé. Elles abordent les clichés sexistes qui concernent les maladies cardiovasculaires, la douleur, la dépression, l'ostéoporose, la durée de vie, etc.

Par exemple, dans l'imaginaire collectif, on associe souvent la principale menace pour la santé des femmes au cancer du sein. Pourtant, ce sont les pathologies cardiovasculaires qui constituent leur première cause de mortalité, tandis que le cancer du sein n'arrive qu'en troisième position. (37) Involontairement et à cause des croyances et stéréotypes sexistes véhiculés par la société, on associe généralement les pathologies cardiovasculaires aux hommes, âgés de plus de 60 ans, sédentaires, présentant une légère obésité abdominale à cause d'une alimentation riche en graisses saturées (viandes, charcuteries, beurre, fromages, etc.), consommant de l'alcool ou présentant un important niveau de stress. Cette croyance largement répandue a pour conséquence un retard de diagnostic et une mauvaise prise en charge des maladies cardiaques chez les femmes, leurs symptômes pouvant être "atypiques" par rapport à la symptomatologie masculine.

Prenons l'exemple de l'infarctus du myocarde, plus communément appelé crise cardiaque : chez les femmes, les principaux symptômes sont une sensation d'indigestion, des nausées, des douleurs au niveau des mâchoires et/ou des épaules, une dyspnée, une asthénie... parfois même sans aucune douleur thoracique. (38) Ce tableau clinique est bien différent des symptômes masculins de l'infarctus du myocarde que sont la douleur lancinante dans le bras gauche et la sensation d'oppression thoracique. D'ailleurs, une femme qui décrit une sensation d'oppression thoracique se voit plus souvent prescrire des anxiolytiques plutôt que d'être orientée en cardiologie pour des examens complémentaires, ses symptômes étant perçus comme du stress plutôt qu'une pathologie cardiovasculaire. Tout ceci montre que pour une même pathologie, si les signes sont différents selon le genre, la symptomatologie masculine est mieux connue et les hommes mieux pris en charge.

C'est ce que décrit le *syndrome de Yentl*. Tiré du roman "Yentl" d'Isaac Bashevis Singer et adapté en film en 1983 avec Barbra Streisand dans le rôle éponyme, l'histoire de cette jeune fille d'Europe de l'est, vivant au début du XXème siècle dans un monde où les femmes n'ont pas accès à l'éducation, raconte comment Yentl décide de se déguiser en homme pour entrer dans une école exclusivement masculine et obtenir l'éducation qu'elle désire. En 1991, la cardiologue américaine Bernadine Haley, alors directrice du NIH, parle du *syndrome de Yentl* pour alerter sur le fait qu'il vaut mieux être un homme pour être pris en charge correctement en cardiologie. (39) Cette expression s'est ensuite étendue à toutes les spécialités qui observent un biais sexiste dans leur prise en charge : les femmes sont moins bien soignées, sauf si leurs symptômes sont conformes à ceux des hommes.

Un autre exemple de sexisme en cardiologie, très lourd de conséquences, est l'apprentissage du massage cardiaque : ce dernier se fait toujours sur des mannequins hommes. De ce fait, une étude menée en 2017 à l'Université de Pennsylvanie montre que les

femmes ont 27% de chance en moins de recevoir une réanimation cardio-pulmonaire. (40) La raison évoquée : leur poitrine. Par peur d'être perçues comme inappropriées en dénudant la victime d'arrêt cardiaque ou par ignorance, ne sachant pas comment positionner les mains car n'ayant pratiqué que sur des modèles masculins, peu de personnes s'aventurent à réaliser un massage cardiaque sur des femmes, même s'ils sont formés aux gestes de premiers secours et qu'ils font partie de l'entourage proche de la femme en arrêt cardio-respiratoire.

Pour contrer ces lacunes, des initiatives de sensibilisation de la population générale aux signes courants de l'infarctus du myocarde chez les femmes et aux gestes à adopter ont vu le jour. On peut citer par exemple la campagne de la fondation Agir pour le cœur des femmes de 2024 qui résumait les différents symptômes de la crise cardiaque dans une infographie que l'on peut retrouver dans les transports en commun parisiens. (41) (Annexe 1)

La douleur est également un domaine dans lequel le genre a un impact important. Le fait de souffrir pendant les menstruations ou l'accouchement est d'ailleurs perçu comme un phénomène normal voire naturel. Au sein de la société judéo-chrétienne dans laquelle nous vivons, l'injonction de la Genèse "tu enfanteras [...] dans la douleur" est connue et intégrée sans qu'on ne la remette vraiment en question. C'est d'ailleurs pour cette raison que les premières expérimentations pour calmer les douleurs liées à l'accouchement n'ont eu lieu qu'au début du XX^{ème} siècle.

L'anesthésie péridurale, qui est une anesthésie locale du bassin et de l'abdomen par injection entre les 3^{ème} et 4^{ème} vertèbres lombaires d'une solution anesthésique, ne sera vraiment popularisée en France qu'à partir de son remboursement par la Sécurité sociale en 1994. (42) Toutefois, alors que la France fait figure d'exception au niveau européen et mondial en ayant le plus fort taux d'accouchements sous péridurale (83% en France contre 60% au Royaume-Uni ou 69% au Canada en 2021), de plus en plus de femmes souhaitent se passer de cette anesthésie afin de démedicaliser leur accouchement. (42) (43) La raison : la péridurale entraîne une injection simultanée quasi systématique d'ocytocine, une hormone qui sert au déclenchement du travail, afin accélérer le travail ralenti par l'anesthésie.

En effet, au-delà du soulagement des douleurs des femmes lors de l'accouchement, la péridurale présente également un aspect pratique pour le personnel soignant. Maud Arnal, sage-femme et doctorante en sociologie sur le soulagement de la douleur lors de l'accouchement à l'Ecole des hautes études en sciences sociales explique : "Plusieurs études [...] montrent que la péridurale et le déclenchement ne servent pas seulement à soulager la douleur des femmes, mais à organiser et réguler le flux des patientes dans les structures hospitalières. Il s'agit donc d'une question de santé publique, mais aussi d'un enjeu de sexe et de genre : les cris et la douleur font peur au mari et aux professionnels. La péridurale

répondrait à des injonctions comme l'idée que pour être une bonne mère, il faut rester douce et tranquille." (42)

Bien qu'il n'y ait aucune différence physiologique dans l'expression de la douleur entre les hommes et les femmes, on a toujours tendance à percevoir la douleur des hommes comme plus importante, plus grave. Une étude réalisée par des chercheurs de l'Université de Lyon Saint-Etienne montre, grâce à l'enregistrement de pleurs de bébés de 3 mois, que les adultes perçoivent les cris du bébé comme un signe d'inconfort plus important lorsqu'on leur annonce que le bébé est un garçon que lorsque c'est une fille. (44)

Dans un article intitulé "The Girl Who Cried Pain: A Bias Against Women in the Treatment of Pain" publié dans le Journal of Law, Medicine & Ethics en 2001, Diane E. Hoffmann et Anita J. Tarzian expliquent que, bien que les voies d'expression de la douleur soient sensiblement les mêmes entre les deux sexes, après la même opération, les femmes sont plus susceptibles de recevoir des traitements sédatifs et tranquillisants alors qu'on prescrit aux hommes un traitement antalgique plus adapté pour calmer leur douleur. (45) Les femmes sont fréquemment perçues comme trop sensibles, avec une gestion émotionnelle de leur douleur, quand les hommes sont perçus comme plus durs au mal, plus courageux et qui n'expriment leur douleur que lorsqu'elle devient intenable. (46)

L'image de la femme hystérique, incapable de maîtriser ses émotions et sa souffrance est d'ailleurs très répandue depuis l'Antiquité. Le terme hystérie provient du grec *hystéron* qui se rapporte à l'utérus donc propre aux femmes et apparaît au XVIIIe siècle pour décrire les humeurs changeantes et excessives des femmes. Sigmund Freud décrit en 1886 l'hystérie comme "étant le retour à l'état psychique que le malade a vécu par le passé, un souvenir traumatisant oublié qui se traduit par une quelconque angoisse", faisant de la femme un être aliéné par une sexualité exacerbée qui devient sa raison d'être et la source de ses névroses. (47)

C'est cette vision qui contribue à la psychologisation et à la psychiatisation systématique de la souffrance féminine. Les femmes sont en effet deux fois plus susceptibles que les hommes de développer une maladie mentale mais les déterminants majeurs de cette différence sont les inégalités sociales que subissent les femmes : elles sont plus susceptibles de subir de la violence liée à leur genre, elles ont un statut social et des revenus inférieurs à ceux des hommes à niveau équivalent. (48)

D'autre part, si on prend l'exemple de la dépression, les signes décrits sont souvent une tristesse permanente (accompagnée ou non de pleurs fréquents), une absence de motivation notamment pour les actions de la vie courante, une perte d'énergie, une faible estime de soi, des troubles du sommeil, une perte d'appétit, etc. Mais les symptômes peuvent se présenter très différemment chez les hommes : agressivité, impulsivité, consommation d'alcool ou de stupéfiants, conduites à risque, hyperactivité, etc. (49) A cause de la vision non-productive de la dépression, souvent associée à la symptomatologie féminine, les hommes sont sous-diagnostiqués alors qu'ils ont déjà moins tendance à consulter pour des problématiques relevant de la psychiatrie.

Dans le domaine de la neurologie, pour les troubles du spectre autistique (TSA), on observe un sex ratio de 4 hommes pour 1 femme. La dyade autistique est commune aux hommes et aux femmes autistes. Elle se compose de troubles de la communication et des interactions sociales ainsi que de comportements répétitifs et restreints. Ce qui diffère cependant entre les hommes et les femmes, c'est la manière d'exprimer ces troubles : les enfants sont tous socialisés selon les codes de notre société et par conséquent, les filles sont plus éduquées et encouragées à la parole ainsi qu'aux interactions sociales. Elles peuvent ainsi mieux dissimuler leurs symptômes. S'il y a moins de filles autistes, ce n'est pas forcément parce que ce trouble est moins répandu chez elles, c'est tout simplement parce qu'on ne le détecte pas puisqu'elles "camouflent" mieux leur autisme. (50) Muriel Salle, maîtresse de conférences spécialiste de l'histoire des femmes, du genre, et de la médecine à l'Université de Lyon, résume ce constat ainsi : "on ne naît ni fille ni garçon, mais on le devient en apprenant, notamment, les comportements appropriés." (51)

Un autre biais qui pourrait expliquer que l'on diagnostique mieux les hommes que les femmes : la liste des symptômes qui a été créée uniquement à partir des cas masculins, les formes féminines de l'autisme n'ayant été décrites que dans les années 2000. Une infographie créée par Natacha Eté, fondatrice du site internet Comprendre l'autisme, résume les principales spécificités de l'autisme au féminin avec des symptômes atténués par rapport aux formes masculines. (Annexe 2) (52)

Par ailleurs, les biais sociétaux conduisent à interpréter les symptômes différemment selon qu'ils se manifestent chez une femme ou chez un homme : tout le monde remarque aisément l'autisme de Sheldon Cooper dans la série télévisée The Big Bang Theory alors que l'on normalise les TSA que présente Amélie Poulain dans le film de Jean-Pierre Jeunet. (18)

Au-delà de la psychiatrie ou de la prise en charge de la douleur, d'autres types de pathologies sont aussi négligées chez les femmes à cause de préjugés sexistes ou de manque de recherches genrées.

L'hémophilie est une maladie héréditaire liée au chromosome X. C'est pourquoi il est enseigné dans tous les cursus de santé que les femmes sont porteuses asymptomatiques et que seuls les hommes peuvent être hémophiles. Cependant, à cause du mosaïcisme cellulaire et la possible inactivation d'un des deux chromosomes X (aussi appelé lyonisation), certaines femmes peuvent avoir une prédominance de cellules qui expriment le X muté. (53) Elles présentent alors des déficiences légères à sévères en fonction de l'expression du chromosome muté mais leurs symptômes sont souvent négligés. Il faut noter que, pour chaque homme hémophile, il y a 1,5 femme porteuse d'un gène de l'hémophilie et qu'environ un tiers d'entre elles présentent un taux faible de facteur de coagulation. Malgré tout, elles ne s'alarment pas d'avoir des règles particulièrement abondantes ou ne seront pas diagnostiquées hémophiles en cas de saignements importants lors d'une extraction dentaire par exemple puisque l'hémophilie est réputée exclusivement masculine.

Les idées préconçues qui attribuent les pathologies à un genre plus qu'à un autre existent aussi au détriment des hommes. Par exemple, les pathologies auto-immunes sont réputées féminines puisqu'elles touchent 78% de femmes. (54) Si on s'intéresse au lupus, le sex ratio est de 9 femmes pour 1 homme et les symptômes sont beaucoup plus décrits chez les femmes. Malgré tout, bien que le diagnostic soit plus tardif chez les hommes, ils reçoivent un traitement adapté plus rapidement que les femmes puisque leur douleur et leurs ressentis semblent pris plus au sérieux, les femmes atteintes de lupus étant parfois qualifiées de « plaignantes chroniques ». (55)(56)

L'ostéoporose est également une maladie perçue comme exclusivement féminine puisqu'associée majoritairement à une baisse de la qualité osseuse consécutive à la ménopause et à la diminution brutale du taux d'œstrogènes. Cependant, 25% des fractures dues à l'ostéoporose surviennent chez les hommes et un tiers des fractures de la hanche chez les hommes âgés serait dû à l'ostéoporose. Le sous-diagnostic de l'ostéoporose chez l'homme pose un véritable problème puisque les complications et la mortalité associées aux fractures chez le sujet âgé sont particulièrement élevées. (57)

La minimisation des plaintes exprimées par les patientes, l'attribution de leurs symptômes à des causes psychologiques plutôt qu'organiques ou encore leur sous-représentation dans certains diagnostics traduisent des biais sexistes qui fragilisent la relation

de confiance et retardent la prise en charge. Cette interprétation de la santé des femmes à travers un prisme masculin a également conduit à négliger, durant de nombreuses années, l'étude de pathologies spécifiquement féminines. Le déficit de connaissances qui en découle contribue aujourd'hui encore à accentuer les inégalités de soins. Martin Winckler, médecin militant féministe et essayiste, écrit à ce sujet dans une tribune pour le journal Libération en 2017 : "Beaucoup de médecins ne voient que les maladies, et non la personne qui souffre. On leur a appris à traiter (les hommes), on ne leur a jamais enseigné à soigner (les femmes) ! On leur a appris à tout voir sous le prisme de la maladie, jamais sous celui de la vie à accompagner." (58)

3. Manque d'exploration des pathologies exclusivement féminines et conséquences sur la prise en charge des patientes concernées

Comme évoqué précédemment, il y a un manque flagrant de connaissances sur la symptomatologie féminine dans de nombreuses pathologies et un manque important de données sur les femmes dans les essais cliniques. Tout cela a pour conséquence une moins bonne prise en charge des femmes sur des pathologies communes aux deux genres.

Il y a également un important manque de connaissances sur les pathologies uniquement féminines que sont par exemple :

- le syndrome prémenstruel (SPM) qui touche 8 femmes sur 10 avant la ménopause et altère le fonctionnement personnel, social et professionnel des femmes concernées. (59) Pourtant, selon une analyse effectuée sur le site ResearchGate, il y a 5 fois moins de données sur le SPM que sur la dysfonction érectile qui ne concerne qu'1 homme sur 5. (60) Plus de 40% des femmes atteintes de SPM ne répondent à aucun traitement disponible et 3 à 8% d'entre elles souffrent en réalité d'une forme plus grave appelée trouble dysphorique prémenstruel (TDPM) encore très largement sous-diagnostiqué. (61) Il n'existe pas de pathologie aussi répandue touchant les hommes qui soit à ce point méconnu des professionnels de santé et qui dispose d'aussi peu de solutions pour les patients.
- l'endométriose qui, bien que décrite pour la première fois en 1860 par le médecin allemand Carl von Rokitansky, n'a fait son entrée officielle dans le programme de second cycle des études de médecine qu'en 2020 en France. (62) Peu de médecins sont formés au diagnostic de cette pathologie et l'errance diagnostique pour les femmes françaises est de 7 ans en moyenne. (63) La recherche médicale pour cette pathologie manque de financements, les traitements proposés sont majoritairement inefficaces et cette pathologie, bien que chronique et invalidante dans ses formes les

plus graves, n'est actuellement pas prise en charge dans le cadre de l'affection longue durée (ALD). (64) De plus, des idées préconçues persistent à propos de l'endométriose telles que le fait de tarder à procréer serait à l'origine de la maladie ou que la grossesse la guérirait. (65) Ces idées reçues participent à ramener les femmes à leur fonctions reproductives et à entretenir des stigmates sexistes.

- la ménopause qui concerne 17,2 millions de femmes de plus de 45 ans en France et survient chez environ 500 000 femmes tous les ans. (66) Au-delà d'impacter uniquement le système reproducteur féminin, la ménopause a aussi des conséquences sur le cœur, les os, le sommeil, les fonctions cognitives, etc. Cependant, les spécificités liées à la ménopause et ses influences sur la physiologie sont très peu étudiées. (67)
- le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) qui touche environ 10% des femmes et constitue la première cause d'infertilité féminine. (68) Cette pathologie hormonale entraîne une production excessive d'androgènes et une élévation de la testostéronémie qui est associée à des complications métaboliques et cardiovasculaires. La diagnostic de SOPK se faisant par élimination, cette pathologie reste largement sous-diagnostiquée.
- le lipœdème qui se caractérise par une accumulation douloureuse de tissu adipeux au niveau des jambes et parfois des bras. (69) Elle affecterait 1 femme sur 10 mais selon les stades, elle est régulièrement confondue avec une obésité ou un lymphœdème. Ce déficit de diagnostic témoigne d'un manque d'attention dans la formation médicale et la prise en charge.

Ainsi, l'absence de données sur les femmes entraînent :

- une errance diagnostique qui peut durer plusieurs années,
- un retard de prise en charge,
- une prise en charge inadaptée, si on reprend l'exemple à la prise en charge très différenciée de la douleur entre les hommes et les femmes,
- une perte de chances pour les patientes, comme on a pu l'observer dans le cas de l'infarctus du myocarde à cause de la méconnaissance répandue des symptômes féminins et de la réticence à pratiquer la réanimation cardio-pulmonaire sur une femme.

Remettre en question nos préjugés sexistes pour mieux soigner les patientes est primordiale mais ne suffit pas pour tendre vers une médecine équitable et inclusive. Nous devons adopter une approche intersectionnelle : l'intersectionnalité est un concept en sociologie développé par la juriste américaine Kimberle Crenshaw en 1989 pour montrer que les discriminations subies par une personne peuvent être multiples, se croiser et parfois même, se renforcer selon qui on est. Il s'agit donc de prendre en compte toutes les composantes de

l'identité : l'âge, le sexe, le handicap, l'orientation sexuelle, l'origine ethnique, la catégorie socio-professionnelle, etc. (70)

Partie 2 : Inégalités de prise en charge liées au racisme en santé

Les personnes appartenant à des groupes socialement défavorisés tels que les minorités raciales sont confrontées à de nombreuses discriminations fondées sur leur statut : le nombre de générations depuis leur immigration dans le pays, leur race/ethnie, la langue qu'ils parlent ou leur religion par exemple. Ces discriminations peuvent constituer un obstacle aux soins de santé. (71)

Pour reprendre l'exemple de la prise en charge de la douleur, d'après une étude menée dans différents services d'urgence en France, en Belgique, en Suisse et à Monaco, on constate que les biais racistes influencent la perception qu'ont les professionnels de santé de la douleur ressentie chez les patients non-blancs. Dans cette étude, les professionnels de santé devaient évaluer la gravité d'un cas clinique (personne de 50 ans présentant une douleur thoracique, exprimant de l'anxiété avec un antécédent de dépression sévère 2 ans auparavant) accompagné d'une photo du/de la patient·e. (72) Les résultats montrent que, dans les mêmes conditions puisque le cas clinique restait identique et que seule la photographie du/de la patient·e changeait, les patients perçus comme étant des hommes blancs étaient évalués comme des urgences vitales 62% du temps contre 49% pour les femmes blanches et seulement 47% pour les hommes noirs. Pour les femmes noires, cette évaluation chutait à 42% des cas évalués comme des urgences vitales.

D'autre part, d'après une étude de l'Agence des droits fondamentaux de l'Union Européenne, 10% des patients musulmans interrogés disent avoir subi une discrimination raciste au sein d'un service de santé dans la dernière année. (73)

Les préjugés, stéréotypes et discriminations racistes subis par les personnes non-blanches découlent d'un héritage colonial du XVIIIe siècle qui a créé le concept arbitraire de race afin de justifier l'esclavagisme et valider une hiérarchie sociale entre les « races ». La race a longtemps été utilisée comme un déterminant de santé alors qu'elle est en réalité une construction sociale et non un indicateur biologique. (74) Cependant, il en résulte encore aujourd'hui une prise en charge différenciée et discriminatoire des personnes racisées.

1. Histoire du racisme : taxonomie et hiérarchie sociale, un héritage colonial

A la période des Lumières, plusieurs scientifiques et hommes de lettres inventent le concept de race en se basant sur les récits de voyages d'explorateurs et projettent leur vision raciste et animaliste pour démontrer l'infériorité des peuples non-blancs et légitimer l'esclavagisme.

Dans l'introduction de *l'Essai sur les mœurs et l'esprit des nations* publié en 1756, Voltaire défend la thèse polygéniste qui explique que l'Humanité serait divisée en plusieurs races humaines : « Il n'est permis qu'à un aveugle de douter que les blancs, les nègres, les albinos, les Hottentots, les Chinois, les Américains, soient des races entièrement différentes. »

En 1815, l'anatomiste paléontologue Georges Cuvier procède à l'autopsie et la dissection de Saartjie Baartman, femme esclave noire d'Afrique du Sud, plus connue sous le nom de « Vénus hottentote », exploitée et exposée en zoo humain aux Pays-Bas, en Angleterre et en France pour son corps aux caractéristiques atypiques. (Figure 1) Il la décrit ainsi : « Notre Boschimane a le museau plus saillant encore que le nègre, la face plus élargie que le calmouque, et les os du nez plus plats que l'un et que l'autre. À ce dernier égard, surtout, je n'ai jamais vu de tête humaine plus semblable aux singes que la sienne » (75)

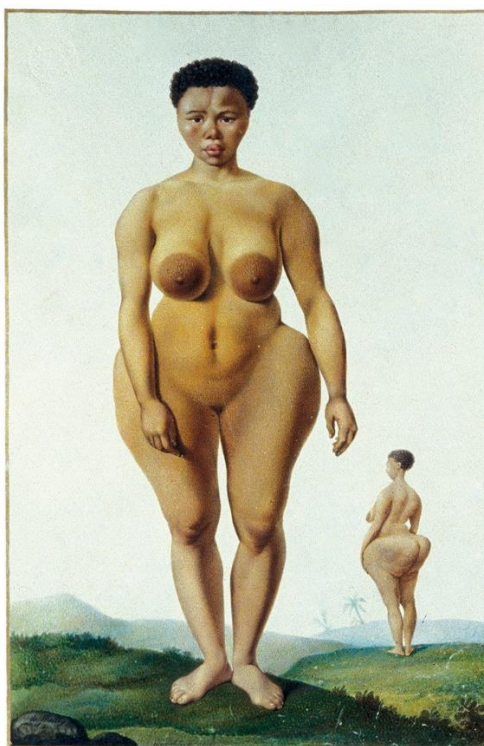


FIGURE 1 : Représentation de Saartjie Baartman intitulée *Vénus jaune*, Estampe de Léon de Wailly (1815)

Le médecin anatomiste anthropologue Paul Broca établit dans les années 1870 un rapport entre périmètre crânien et intelligence. Il justifie ainsi l'infériorité des peuples dits « primitifs » qui auraient une capacité crânienne inférieure aux Européens et donc un cerveau plus petit et moins capable de réflexion. (76)

Les hommes noirs sont ainsi présentés comme plus robustes, moins sensibles à la douleur, avec une peau plus épaisse, pouvant effectuer des travaux de force plus aisément que les hommes blancs. Les femmes noires sont prétendument plus fécondes et avec un instinct maternel plus développé, relevant quasiment de l'animalité. (77)

Ces préjugés ont contribué à la construction de notre médecine moderne et persiste encore de nos jours : selon une croyance fondée sur un stéréotype raciste, les femmes d'Afrique subsaharienne accoucheraient plus tôt et plus facilement que les femmes blanches.

C'est à cause de cette théorie que plusieurs maternités françaises appliquaient jusqu'en 2010 le « protocole terme ethnique » en déclenchant précocement les accouchements des femmes noires et en leur donnant moins d'antidouleurs tout au long du travail. Le rapport du Défenseur des droits sur la prévention des discriminations dans le parcours de soin, publié en 2025, indique également que les parturientes noires perçues comme africaines se voient moins proposer les cours de préparation à l'accouchement ou d'accompagnement à l'allaitement. (71) Les professionnels de santé imaginent les femmes noires plus indépendantes pendant leurs accouchements, bien que les chiffres montrent un plus grand nombre de césariennes chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne que chez les femmes blanches. (78)

La cartographie du génome humain en 2001 a permis de démontrer l'hérésie scientifique des prétendues races humaines. La pigmentation de la peau ou les traits morphologiques ne constituent pas des caractéristiques génétiques suffisantes pour permettre de regrouper les personnes racisées en une ou plusieurs catégories, pour les différencier des personnes perçues comme blanches, érigeant dans le même temps les personnes blanches comme une prétendue normalité.

Plusieurs études ont par ailleurs démontré qu'il y avait plus de similitudes entre les populations d'Afrique de l'Ouest et les populations d'Europe de l'Ouest qu'entre les populations d'Afrique de l'Ouest et les populations d'Afrique de l'Est. (74) La diversité génétique serait même plus grande au sein du continent africain seul que dans le reste du monde.

D'autre part, on peut questionner l'idée de race biologique rien qu'en essayant de la définir : qu'est-ce qu'être racisé ? Selon les réflexes culturalistes des soignants, les patients asiatiques seraient discrets et cacheraient leurs symptômes, ce qui empêcherait parfois de bien les prendre en charge, contrairement aux patients noirs ou arabes qui seraient bruyants, extravagants et exagéreraient leur ressenti. (79) Mais la culture et l'ethnicité des patients, qui servent à les catégoriser dans ces pseudo-races, dépendent-elles de leur couleur de peau ? De la consonnance de leur nom ? Du pays où ils sont nés ? Du pays où sont nés leurs parents ? De la langue qu'ils parlent ? De leur religion ?... L'absence de définition objective et immuable de la race permet de conclure que la race est une construction sociale et sociétale, bien plus qu'une réalité biologique et médicale.

2. Prise en charge différenciée et discriminatoire des personnes perçues comme non-blanches

L'article 8 de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés dispose qu'il « est interdit de collecter ou de traiter des données à caractère personnel qui font apparaître, directement ou indirectement, les origines raciales ou ethniques, [...] ou religieuses [...] » (80) Le Conseil constitutionnel, dans le cadre de la modification de la loi sur l'immigration en 2007, a également affirmé que les statistiques faisant apparaître des données sur les origines raciales ou ethniques étaient contraire à l'article 1^{er} de la Constitution qui dispose que « la France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale. Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. » (81) Ainsi, la réalisation de statistiques à partir de données à caractère ethnique est difficile en France et doit pouvoir être justifié sous peine d'une amende de 300 000 € et de 5 ans d'emprisonnement. (82)

Malgré tout, les chercheurs parviennent à justifier de l'utilisation pertinente de statistiques ethniques pour mettre en lumière certaines discriminations au sein de la population française afin de lutter contre ces dernières grâce aux politiques publiques qui peuvent en découler.

Une étude sur l'obstacle à l'accès au soin que constitue la discrimination en santé a été réalisée grâce aux données issues de l'enquête Trajectoires et origines obtenues sur un échantillon d'environ 22 000 patients en France. On constate sur la figure 2 ci-dessous que les patients appartenant à des groupes socialement défavorisés déclarent subir plus de discriminations en santé : (83) (84)

- les femmes (4,7 %) par rapport aux hommes (3 %) ;

- les immigrés de 1^{ère} génération (4,8 %) par rapport aux personnes nées en France (3,6 %),
- les personnes nées en outre-mer (5,9 %), les migrants venant d'Afrique subsaharienne (7,1 %) et de Turquie (6,8 %) par rapport aux personnes nées en France métropolitaine (3,6 %).

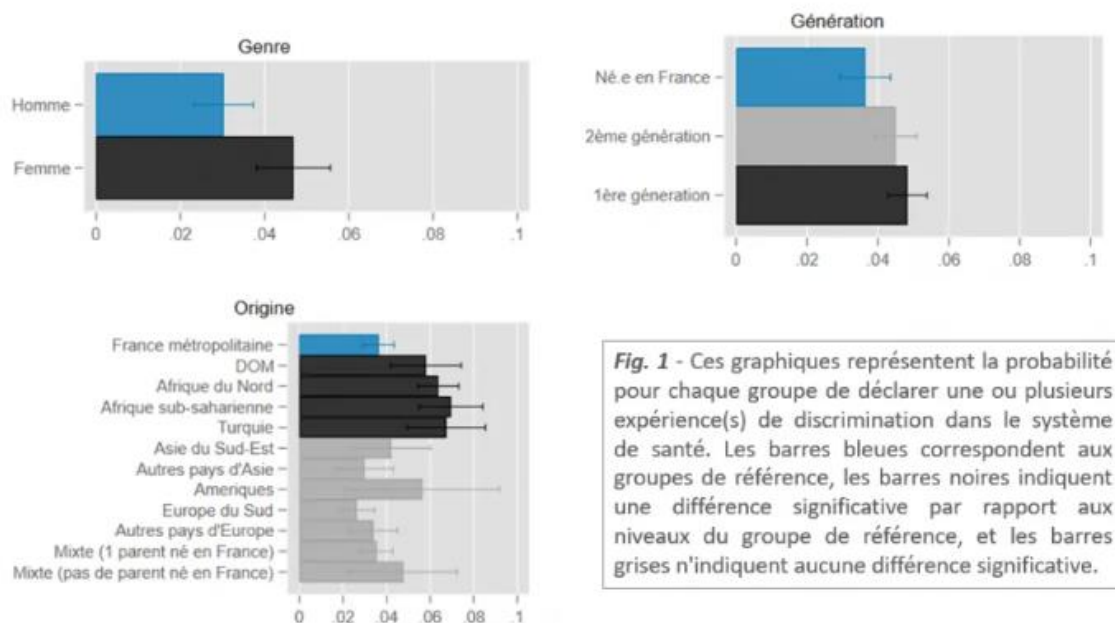


FIGURE 2 : Probabilité de déclarer une expérience de discrimination dans le système de santé français

L'étude démontre également qu'avoir vécu un traitement différentiel arbitraire dans leur prise en charge va nuire à la confiance des personnes racisées envers le système de santé et qu'elles seront 14% plus susceptibles de retarder ou de renoncer à des soins futurs par appréhension d'être de nouveau confrontés à des discriminations.

L'un des exemples les plus flagrants et répandus du racisme en santé est le « syndrome méditerranéen ». Ce stéréotype raciste désigne une attitude de méfiance des soignants envers les patients non-blancs, en particulier issus d'Afrique du Nord, d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes. Il repose sur l'idée préconçue que ces patients exagèrent leurs symptômes et dramatisent leur douleur. Ainsi, les professionnels de santé peuvent être amenés à sous-estimer voire ignorer les plaintes de ces patients. Les statistiques sur les discriminations raciales et les biais médicaux en France montrent que les stéréotypes racistes tels que le « syndrome méditerranéen » influencent négativement la qualité de prise en charge des patients racisés. (79)

Plusieurs cas de décès de personnes racisées dont les symptômes ont été négligés par les professionnels de santé à cause de ce stéréotype raciste ont été médiatisés dans les dernières années :

- Naomi Musenga, 22 ans, d'origine camerounaise, décédée en 2017. Elle présente des douleurs abdominales et de la fièvre depuis plusieurs jours donc elle appelle les pompiers qui transfèrent son appel vers le SAMU de Strasbourg. Sur l'enregistrement de la conversation téléphonique rendu public, on entend l'opératrice du SAMU lui dire « oui, vous allez mourir certainement un jour, comme tout le monde » avant de lui conseiller de contacter SOS Médecins. Naomi meurt 5h plus tard en réanimation après 2 arrêts cardiaques lors de son transport à l'hôpital. (86)
- Yolande Gabriel, 65 ans, martiniquaise, décédée en 2021. Elle se rend aux urgences de Meaux pour une embolie pulmonaire vers 17h mais est renvoyée chez elle à 3h30 du matin. Elle appelle le SAMU à 7h20 en décrivant une oppression thoracique. Le médecin du SAMU s'impatiente et élève le ton alors qu'elle est essoufflée et confuse. Il classe son cas comme non-prioritaire et n'envoie pas de véhicule du SMUR. Elle fait un arrêt cardiaque sur le sol de sa cuisine alors que l'ambulance envoyée par le SAMU arrive à 8h40. Non habilités à pratiquer la réanimation cardiaque, les ambulanciers appellent l'équipe du SMUR qui arrive à 9h02 mais ne parvient pas à réanimer Yolande. (74)
- Meggy Biodore, 25 ans, d'origine guadeloupéenne, décédée en 2024. Une amie appelle le SAMU face à Meggy qui présente des nausées, de violents maux de tête et une paralysie des membres. L'opérateur du SAMU lui recommande de lui faire boire de l'eau avec du sucre, de lui faire prendre une douche chaude et d'appeler SOS Médecins. Meggy meurt d'une méningite aiguë au CHU de Montpellier où l'a conduite son amie par ses propres moyens, 4h30 après son premier appel au SAMU. (79)

Un autre exemple fréquent de discrimination dans le soin est l'absence de recours à l'interprétariat professionnel pour la prise en charge de patients allophones. La barrière de la langue constitue un véritable frein à la communication et selon la loi, il est impossible de réaliser le moindre acte sans avoir recueilli le consentement éclairé du patient, sauf dans le cas d'une situation urgente.

Le Code de la santé publique énonce à l'article L1111-2 que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils

comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. » (87)

Cependant, bien que des solutions d'interprétariat professionnel telles que ISM Interprétariat (Inter Services Migrants) à Paris ou MSA (Migrations Santé Alsace) à Strasbourg existent et que la HAS recommande d'y avoir recours pour garantir une prise en charge égalitaire et respectueuse du droit à l'information, de nombreux professionnels de santé n'y font pas appel. (88) Plusieurs raisons sont évoquées par les soignants : (79)

- Méconnaissance des solutions d'interprétariat à leur disposition ;
- Coût de l'interprétariat ;
- Perte de temps ;
- Mise à contribution des proches du patient s'ils parlent français/anglais ;
- Utilisation d'outils de traduction en ligne.

La HAS a publié en 2017 un rapport sur l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Selon ce rapport, les enjeux de l'interprétariat sont multiples :

- Garantir la bonne compréhension du patient grâce à une traduction fidèle et impartiale ;
- Garantir la confidentialité de l'échange entre les professionnels de santé et le patient puisque l'interprète est soumis au secret professionnel ;
- Respecter l'autonomie des personnes ;
- Favoriser une relation de confiance réciproque entre les soignants et les patients ;
- Eviter les surcoûts liés aux erreurs médicales causées par une mauvaise compréhension entre les professionnels de santé et les patients ;
- Améliorer l'observance des patients aux traitements qui leur sont prescrits.

Dans ce rapport, la HAS reconnaît la difficulté de faire appel à un interprète dans la pratique courante mais identifie les situations les plus critiques où le recours à un interprète est prioritaire et rédige les bonnes pratiques de l'interprétariat, illustrées de témoignages de soignants. (88)

S'il est besoin de plus amples preuves que la médecine occidentale moderne a été créée et pensée par et pour des personnes blanches, on peut s'intéresser aux outils de suivi et de diagnostic qui présentent des biais raciaux évidents.

Par exemple, lors de la crise COVID, de nombreuses études ont pu démontrer que les oxymètres de pouls, utilisés pour mesurer la saturation en oxygène dans le sang grâce à la lumière infrarouge, n'étaient pas adaptés à une utilisation chez les personnes à la peau foncée

puisque'ils surestimaient la saturation en oxygène. (89) Les patients non-blancs ont donc un risque plus élevé d'hypoxie sans que les valeurs fournies par l'oxymètre ne soient anormales. Cela a pour conséquence un retard à la prise en charge et un risque vital important.

Autre exemple de matériel médical inadapté : les casques utilisés pour les électroencéphalogrammes (EEG) qui n'ont pas été conçus pour les personnes ayant des cheveux crépus. (90) Ils fournissent des résultats d'examen imprécis voire inutilisables puisqu'il n'y a pas de contact entre le cuir chevelu et les électrodes. Armelle Etienne, étudiante ingénieure américaine d'origine haïtienne, a donc créé un casque d'EEG pouvant être utilisé sur les cheveux crépus qu'elle a nommé « Sevo », qui veut dire cerveau en créole. (91)

Dans le domaine de la néphrologie, l'estimation du débit de filtration glomérulaire (DFG) est une donnée clinique fondamentale. Or, dans les deux formules les plus utilisées pour calculer ce DFG, que sont Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) et Chronic Kidney Disease-Epidemiology (CKD-EPI), un facteur ethnique est utilisé. (92) La pertinence de ce facteur est grandement remis en question au sein de la communauté scientifique puisqu'il ne peut être justifié objectivement. L'utilisation de ce facteur pourrait cependant fausser les résultats de DFG et masquer une insuffisance rénale, retarder une prise en charge en dialyse ou même une inscription sur une liste d'attente pour une greffe rénale.

D'autre part, le manque de représentation des pathologies dermatologiques sur des peaux foncées peut conduire à des erreurs diagnostiques ou un retard de prise en charge à cause d'un diagnostic tardif. Les manuels de dermatologie illustrent en très grande majorité des peaux claires. L'étudiant en médecine nigérien Chidiebere Ibe a donc choisi d'illustrer de nombreuses pathologies dermatologiques sur d'autres couleurs de peaux pour montrer les différences et sensibiliser à leur détection. Il s'est fait connaître en 2020 sur les réseaux sociaux en postant une illustration qu'il avait réalisée d'un fœtus noir. (93) (Figure 3) Cette dernière a relancé le débat de la représentativité des personnes non-blanches en médecine.

C'est dans cette recherche de représentation des personnes non-blanches que le collège de dermatologie Elsevier, qui est la référence pour tous les étudiants en médecine de France, s'est vu ajouter un item traitant des principales dermatoses sur peau noire.

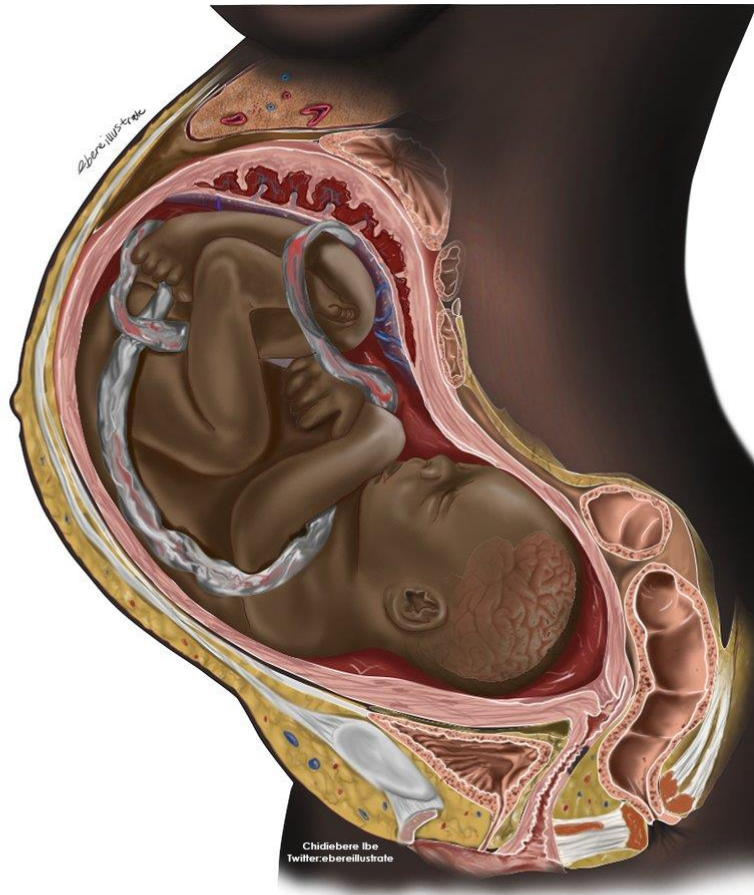


FIGURE 3 : Illustration d'un fœtus noir publiée par Chidiebere Ibe le 24 novembre 2021 sur Twitter

Enfin, l'utilisation de plus en plus fréquente d'intelligences artificielles (IA) médicales pose également la question de leurs biais raciaux qui découlent de la façon de les entraîner. (94) Les bases d'entraînement des IA sont constituées majoritairement de cohortes de patients blancs, faute de représentations non-blanches. Elles sont donc moins performantes pour poser de diagnostics chez des patients non-blancs et exacerbent les inégalités de santé. (95)

Si la couleur de peau, l'origine ethnique ou la langue parlée sont des déterminants majeurs de discriminations en matière de santé, ils s'entremêlent souvent avec d'autres facteurs tels que la précarité financière, le niveau d'études, le lieu de résidence. Les inégalités d'accès au soin sont souvent les conséquences de mécanismes sociaux et économiques qui vont au-delà du patient lui-même.

Partie 3 : Inégalités de prise en charge liées au statut socio-économique en santé

L'accès aux soins désigne la facilité plus ou moins grande avec laquelle on accède à la bonne prise en charge au bon moment. Bien que le principe fondateur du système de santé en France soit l'universalité de l'accès au soin, on observe de nombreuses barrières qui limitent l'accès effectif aux soins pour les populations les plus fragiles : (96)

- Renoncement aux soins pour des raisons financières ;
- Difficultés et méconnaissance administratives des régimes complémentaires de protection sociale ;
- Manque d'accessibilité géographique ou temporelle du système de santé ;
- Déficit de prévention et de dépistage auprès des populations défavorisées, entraînant souvent un retard à la consultation et à la prise en charge.

Si le système de santé n'est pas l'origine principale de ces inégalités de classes, il possède néanmoins un potentiel significatif pour les réduire, à condition d'adopter des approches adaptées et ciblées.

1. Les principaux obstacles des populations défavorisées dans l'accès aux soins

1.1. Frein financier à l'accès aux soins

La cause de renoncement aux soins la plus souvent citée dans les sondages, notamment ceux réalisés par l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques) (97), la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) (98) ou des organismes de sondage indépendants (99), est la cause financière.

En 2004, selon une enquête Santé Protection sociale, 13% des adultes interrogés déclarent avoir renoncé à des soins pour raisons financières dans l'année précédente. (100) L'enquête détaille que presque la moitié de ces renoncements aux soins concernent des soins dentaires, environ 20% concerne les frais liés aux lunettes et 10% les consultations chez un médecin spécialiste.

Dans la stratégie nationale de santé 2018-2022 publiée en 2017, le ministère des solidarités et de la santé indique qu'en 2014, 17% des personnes déclarent avoir renoncé à des soins pour raisons financières. (101)

Bien que les modalités de sondage aient une grande influence sur les réponses obtenues, selon que la question porte sur un acte médical en particulier ou non par exemple, il semble se dégager une tendance haussière depuis plusieurs années en ce qui concerne l'obstacle financier dans l'accès aux soins.

La charge financière qui pèse sur les usagers du système de santé se divise en plusieurs éléments :

- Le ticket modérateur qui correspond au reste à la charge du patient après le remboursement de la part de l'Assurance maladie. Il peut être remboursé en partie ou en totalité par les mutuelles privées, aussi appelées complémentaires santé, auxquelles le patient peut souscrire, ou être pris en charge à 100% par l'Assurance maladie dans certaines situations : ALD, grossesse, etc. (102) Depuis plusieurs années, dans un souci d'économie et pour limiter les dépenses de la sécurité sociale, les projets de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) préconisent une nette augmentation du ticket modérateur : une hausse de 30 à 40% du ticket modérateur avait été proposée initialement dans le PLFSS 2025, pour être finalement abandonnée lors des discussions à l'Assemblée nationale. À noter qu'une augmentation du reste à charge après le remboursement par la sécurité sociale entraîne systématiquement une augmentation des cotisations des complémentaires santé. Ces dernières souhaitent compenser leur manque à gagner, répercutant ainsi cette hausse des coûts sur les usagers. C'est un des phénomènes qui expliquent que les populations les plus précaires renoncent de plus en plus à certains soins très onéreux, peu ou pas remboursés par l'Assurance maladie et/ou leur complémentaire santé : soins dentaires, lunettes, audioprothèses, etc.
- Les dépassements d'honoraires. L'Assurance maladie fixe des tarifs conventionnés pour chaque acte médical qui servent de base de remboursement. Le prix des consultations et des actes pratiqués par les professionnels de santé est défini selon s'ils ont signé cette convention qui les engage à respecter les tarifs fixés par l'Assurance maladie et selon leur secteur d'activité. (103) On distingue ainsi les professionnels de santé :
 - conventionnés secteur 1 : ils ne facturent pas de dépassement d'honoraire et pratiquent strictement les tarifs fixés par l'Assurance Maladie.
 - conventionnés secteur 2 : ils ont signé la convention de l'Assurance maladie mais fixent leurs tarifs « avec tact et mesure », comme l'exige l'article R4127-53 du Code de la santé publique (104). Ces dépassements d'honoraires peuvent être encadrés par l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) et peuvent aller jusqu'à plusieurs centaines d'euros chez certains spécialistes, le

tact et la mesure citées dans la loi n'étant pas clairement définis. L'Assurance maladie rembourse sur la base des tarifs fixés dans la convention médicale, soit environ quatorze euros pour une consultation chez un médecin généraliste, quel que soit le prix de la consultation. Les professionnels de santé en secteur 2 ont l'obligation d'afficher leurs tarifs pour que leurs patients puissent en prendre connaissance au préalable.

- Non conventionnés secteur 3 : ils ne signent pas de convention avec l'Assurance maladie et fixent librement leurs tarifs sans plafond. L'Assurance maladie rembourse alors sur la base d'un tarif d'autorité, s'élevant à moins d'un euro, quel que soit le prix de la consultation. (103)

Les freins financiers auxquels se confrontent les populations les plus défavorisées résultent donc d'un système qui mêle :

- réduction des dépenses pour l'Assurance maladie,
- recherche de bénéfices pour les organismes privés de mutuelle,
- enrichissement personnel des professionnels de santé pratiquant le dépassement d'honoraires.

Il ne faut cependant pas diaboliser les professionnels de santé qui pratiquent le dépassement d'honoraires puisqu'ils sont eux aussi tributaires du déclin des remboursements des frais de santé et doivent payer des charges lorsqu'ils exercent une activité libérale. On peut malgré tout réfléchir à mieux encadrer cette balance entre l'Assurance maladie, les complémentaires santé et les soignants pour que ce ne soit pas le patient qui soit pénalisé au détriment de sa santé.

1.2. Méconnaissance et complexité administrative

Pour pallier au manque de moyens financiers auquel font face de nombreux usagers du système de santé en France, plusieurs aides ont été mises en place par l'état pour garantir un accès aux soins universel.

La couverture maladie universelle (CMU) a été instaurée par la loi du 27 juillet 1999 afin de garantir la prise en charge des soins des usagers résidant en France depuis plus de 3 mois de façon stable et régulière, n'étant pas inscrits sous un autre régime d'assurance maladie et ayant des revenus inférieurs à un plafond fixé. (105) Elle permet ainsi à des assurés n'étant pas couverts par le régime d'Assurance maladie obligatoire (AMO) de bénéficier d'une prise en charge de leurs frais de santé. C'est par exemple le cas des chômeurs en fin de droits

ou des micro-entrepreneurs. La CMU a été remplacée par la protection universelle maladie (PUMa) en janvier 2016.

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) peut venir compléter la CMU en permettant aux usagers de bénéficier d'une complémentaire santé gratuite. Elle permet une prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé par l'Etat comme le ferait une mutuelle privée : ticket modérateur, forfait hospitalier, dépassement pour les frais dentaires, de lunettes, de prothèses auditives, etc. (106)

Légèrement différente de la CMU-C, l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) s'adresse aux personnes répondant aux mêmes conditions de résidence et de non affiliation à une autre complémentaire que la CMU-C mais dont les revenus dépassaient les plafonds fixés pour bénéficier de la CMU-C. L'ACS permet d'obtenir une réduction du coût de cotisation à une complémentaire santé et une dispense totale d'avance de frais ainsi que des tarifs plafonnés pour certains soins habituellement sujets aux dépassements.

La CMU-C et l'ACS ont été remplacées le 1^{er} novembre 2019 par un dispositif unique appelé complémentaire santé solidaire (CSS). La CSS est attribuée gratuitement aux assurés anciennement éligibles à la CMU-C et en contrepartie d'une participation financière pour les assurés anciennement éligibles à l'ACS. (107)

L'aide médicale d'état (AME) permet aux ressortissants étrangers en situation irrégulière, résidant sur le territoire français de façon stable depuis plus de 3 mois et ayant peu de ressources financières, de bénéficier d'un accès aux soins pris en charge par la sécurité sociale et sans avance de frais. L'AME a été créée afin de garantir une égalité d'accès aux soins à toute personne sur le territoire français et constitue un dispositif de santé publique en permettant d'assurer une meilleure santé de toute la population résidant en France. Depuis janvier 2021, la prise en charge des traitements et soins non urgents est soumise à conditions et nécessite un délai minimum de 9 mois après admission à l'AME.

Souvent sujette à controverses dans le débat public, l'AME ne bénéficierait qu'à la moitié des 800 000 personnes éligibles sur le territoire et représenterait environ 0,3% des dépenses de santé soit 1,08 milliards d'euros. (108) (109)

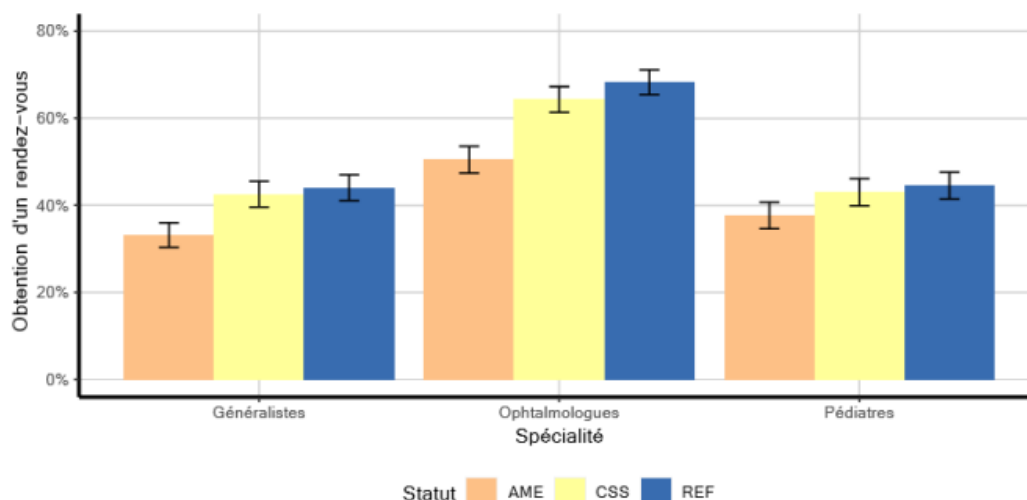
Les établissements de santé du service public sont également tenus de mettre en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) afin de permettre aux personnes en situation de précarité d'accéder au système de santé. Ces PASS sont issues de la loi contre l'exclusion du 29 juillet 1998 qui modifie l'article L711-7-1 du Code de la santé publique (110).

Elles ont pour vocation, comme l'indique le rapport du Défenseur des droits sur la lutte contre les discriminations dans l'accès aux soins, de « constituer une alternative momentanée et transitoire pour permettre à certains patients précaires de débiter un parcours de soins en bénéficiant d'un accompagnement vers les soins et vers le bénéfice de droits sociaux ». (71)

Cependant, de nombreux patients perçus comme issus de classes défavorisées bénéficiant de l'assurance maladie ou de la CSS sont réorientés vers les PASS par des professionnels de santé discriminants. Ces derniers ne souhaitent pas recevoir de patients qui ne s'acquittent pas du ticket modérateur ou pour qui ils ne peuvent pas pratiquer de dépassements d'honoraires. Ils peuvent demander par exemple des pièces justificatives ou des courriers d'adressage pour les patients bénéficiant de la CSS ou de l'AME alors qu'ils ne le font pas pour le reste de leur patientèle. Ils prétextent des consultations trop difficiles à cause de la barrière de la langue et un manque de temps pour y pallier. Toutes ces pratiques sont discriminantes et constituent un refus de soin qui est sanctionnable.

En 2023, l'Institut des politiques publiques (IPP) réalise une étude sur les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CSS et de l'AME dans trois spécialités médicales : médecine générale, pédiatrie et ophtalmologie. (111) A travers un testing téléphonique auprès de 3000 praticiens, les chercheurs évaluent le taux et le délai d'obtention d'un rendez-vous non urgent pour trois profils de patients : un patient bénéficiant de la CSS, un bénéficiaire de l'AME et un « patient de référence » inscrit au régime général.

Les résultats obtenus montrent que les chances d'obtenir un rendez-vous médical pour les bénéficiaires de la CSS sont similaires à celles des patients de référence mais que les bénéficiaires de l'AME ont en moyenne 10 à 15 % de chances en moins d'obtenir un rendez-vous, que ce soit chez des professionnels de santé conventionnés secteur 1 ou secteur 2. (111) (figure 4)



AME : aide médicale de l'État ; CSS : complémentaire santé solidaire ; REF : référent.

Lecture > 33,2 % des appels effectués par des bénéficiaires de l'AME sur le champ des tests complets à des généralistes conduisent à obtenir un rendez-vous.

Champ > Ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du testing).

Source > Testing Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

FIGURE 4 : Taux d'obtention d'un rendez-vous selon le statut du patient, par spécialité médicale

Pour les 3 profils de patients testés, les raisons invoquées par les professionnels de santé sont similaires : (figure 5)

- dans près d'un cas sur deux : ne prend pas de nouveau patient ;
- dans environ 1 cas sur 10 : pathologie non gérée par le praticien ;
- dans un peu moins de 15% des cas : la prise de rendez-vous s'effectue uniquement via l'application Doctolib.

	AME	CSS	REF
Pas de nouveaux patients	838 (42 %)	817 (47 %)	788 (47,8 %)
Pathologie non gérée	144 (7,2 %)	198 (11,4 %)	204 (12,4 %)
Doctolib uniquement	301 (15,1 %)	226 (13 %)	222 (13,5 %)
Pas de place définitivement	146 (7,3 %)	152 (8,7 %)	148 (9 %)
Pas de place temporairement	196 (9,8 %)	145 (8,3 %)	142 (8,6 %)
Retraite	57 (2,9 %)	70 (4 %)	72 (4,4 %)
Autre motif	66 (3,3 %)	62 (3,6 %)	46 (2,8 %)
Localisation	25 (1,3 %)	16 (0,9 %)	21 (1,3 %)
Dépassement d'honoraires	27 (1,4 %)	8 (0,5 %)	4 (0,2 %)
Pas de tiers payant ou carte Vitale	7 (0,4 %)	6 (0,3 %)	0 (0 %)
Refus AME ou CSS	148 (7,4 %)	30 (1,7 %)	0 (0 %)
Méconnaissance AME ou CSS	41 (2,1 %)	8 (0,5 %)	1 (0,1 %)
Nombre de réponses	1 996 (100 %)	1 738 (100 %)	1 648 (100 %)

AME : aide médicale de l'État ; CSS : complémentaire santé solidaire ; REF : référent.

Lecture > Le motif « pas de nouveaux patients » a été invoqué pour 838 patients bénéficiant de l'AME, soit dans 42,0 % des cas de refus adressés aux bénéficiaires de l'AME.

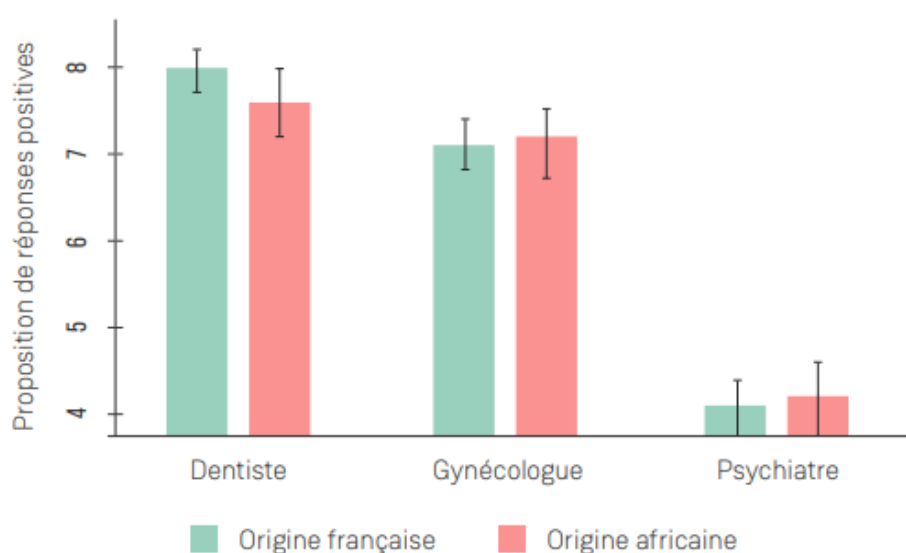
Champ > Ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du testing).

Source > Testing Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

FIGURE 5 : Motifs de refus d'un rendez-vous par statut du patient

L'étude montre également que quelques professionnels de santé refusent un rendez-vous à certains patients s'ils bénéficient de l'AME (7,4%) ou de la CSS (1,7%), ce qui constitue une discrimination manifeste.

Cette étude fait suite à un premier testing réalisé en 2019 par le Défenseur des droits sur les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS dans 3 autres spécialités : chirurgiens-dentistes, gynécologues et psychiatres. (112) Les profils testés, tous féminins, étaient les suivants : une « patiente de référence », une patiente ayant un nom d'origine africaine, une patiente indiquant bénéficier alternativement de la CMU-C ou de l'ACS. Les résultats de l'étude suggèrent que l'origine présumée de la patiente n'a pas ou peu d'impact sur l'obtention d'un rendez-vous. (figure 6)

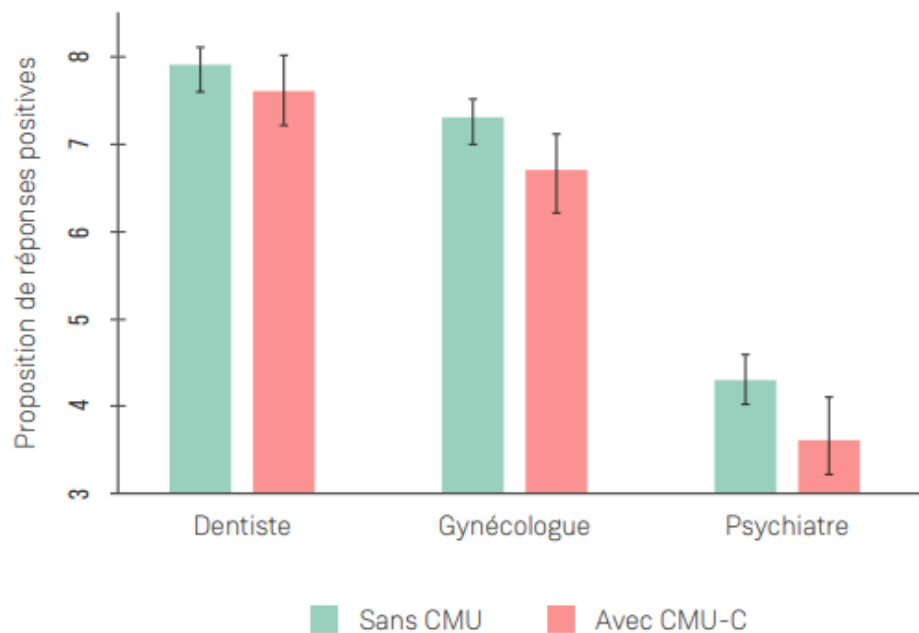


Note : Les intervalles de confiance sont établis au seuil de risque de 90%.

Source : TEPP-CNRS, Testing TRICERATOPS.

FIGURE 6 : Taux d'obtention d'un rendez-vous médical selon l'origine présumée des patientes

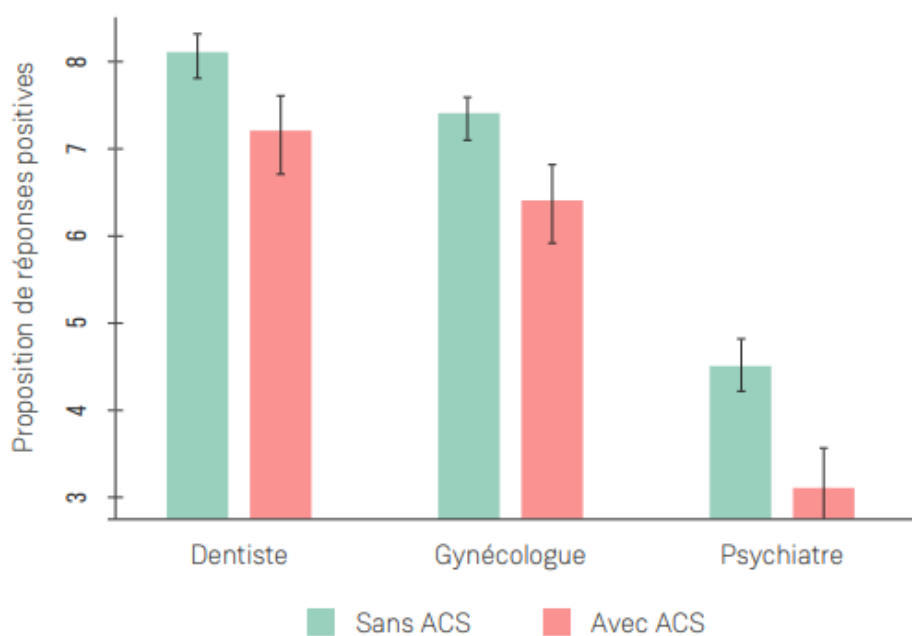
Par contre, on observe de nombreux refus discriminatoires liés à la vulnérabilité économique des patientes, notamment lorsqu'elles disent bénéficier de l'ACS. (figure 7) (figure 8)



Note : Les intervalles de confiance sont établis au seuil de risque de 90%.

Source : TEPP-CNRS, Testing TRICERATOPS.

FIGURE 7 : Taux d'obtention d'un rendez-vous médical selon que la patiente bénéficie ou non de la CMU-C



Note : Les intervalles de confiance sont établis au seuil de risque de 90%.

Source : TEPP-CNRS, Testing TRICERATOPS.

FIGURE 8 : Taux d'obtention d'un rendez-vous médical selon que la patiente bénéficie ou non de l'ACS

Ces résultats peuvent s'expliquer par une méconnaissance des professionnels de santé de ces dispositifs ou par une anticipation de démarches administratives plus lourdes ou de délais de remboursement supérieurs. L'étude de 2023 suggère d'ailleurs que la réunion de la CMU-

C et de l'ACS sous le dispositif unique de la CSS permettrait d'observer moins de disparités dans l'obtention de rendez-vous, même si les résultats ne sont pas extrapolables puisqu'obtenus auprès d'autres spécialités médicales.

Tous ces dispositifs favorisent une équité dans l'accès aux soins pour toutes les personnes résidant sur le territoire français mais encore faut-il que ces dernières aient connaissance de ces aides et puissent faire valoir leurs droits. La lourdeur administrative des procédures pour les obtenir, le fait que tous les formulaires n'existent qu'en français ou la nécessité absolue de fournir une adresse pour pouvoir effectuer les démarches peuvent constituer des obstacles pour les potentiels bénéficiaires.

Selon le dossier ressources *Discriminations et santé : lutter contre les discriminations pour réduire les inégalités de santé* de Fabrique Territoires Santé, on distingue 4 typologies de non-recours aux aides disponibles en matière de santé : (5)

- la non-connaissance des services, des offres et des droits auxquels peut prétendre la personne ;
- la non-demande par crainte d'être stigmatisée ou discriminée ;
- la non-proposition par les professionnels de santé ou assistants sociaux ;
- la non-réception lorsque les personnes engagent des démarches qui n'aboutissent pas à cause de dysfonctionnements administratifs ou de procédures complexes.

Selon les derniers chiffres publiés, le taux de non-recours à la CSS pour les patients anciennement à la CMU-C est de 31% alors qu'il est de 67% pour les patients anciennement bénéficiaires de l'ACS. (113) Le taux de non-recours à l'AME est de 49%. (114)

On constate donc qu'au-delà de l'existence de ces dispositifs pour favoriser l'accès aux soins des populations défavorisées, il faut engager plus de moyens pour faire connaître ces aides des usagers mais également des professionnels de santé et accompagner les ayants droit dans leurs démarches.

1.3. Difficultés territoriales ou pratiques d'accès aux soins

Un autre obstacle qui s'oppose à l'accès aux soins est la discrimination territoriale. Il existe en effet une allocation des ressources médicales et paramédicales différentes et inégales

selon les endroits où on réside. On parle souvent de déserts médicaux qui forment un concept non formellement défini regroupant : (115)

- une dimension spatiale : caractérise la densité de professionnels de santé sur un territoire.
- une dimension temporelle : caractérise la disponibilité du professionnel de santé, soit le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous.

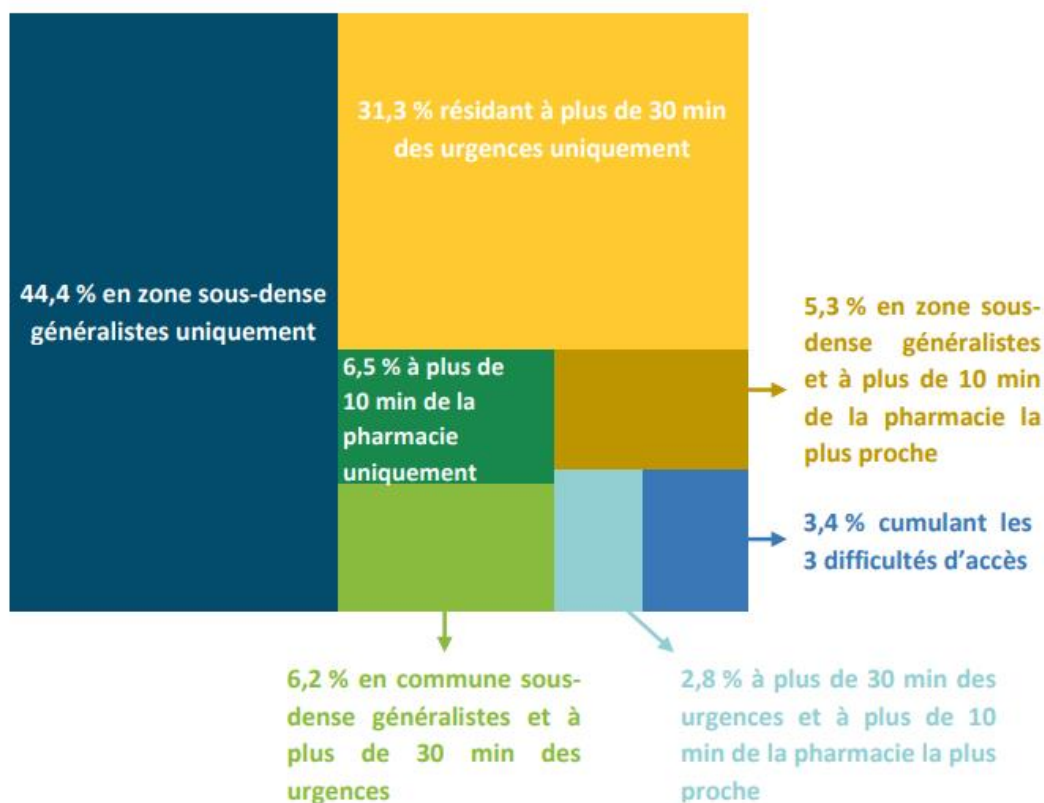
Par abus de langage, on imagine que les déserts médicaux concernent principalement les zones rurales qui s'étendent sur de grands territoires géographiques pour une faible densité de population. Cependant, les territoires où l'offre de soin est insuffisante peuvent aussi être des zones urbaines avec une population très dense : c'est le cas de la Seine-Saint-Denis par exemple, pourtant limitrophe de Paris, qui compte environ 250 médecins et 650 infirmiers pour 100 000 habitants alors que les Hauts-de-Seine, autre département de région parisienne socialement plus favorisé, comptent quasiment le double de médecins et infirmiers pour le même nombre d'habitants. (116) On parle dans ce cas de ségrégation urbaine car les moyens alloués à certaines zones ne permettent pas de garantir un accès aux soins équitable aux populations.

Pour représenter de façon plus objective les difficultés d'accès aux soins, la DREES et l'Irdes ont créé en 2012 un indicateur appelé Accessibilité potentielle localisée ou APL. (117) Il tient compte du temps d'accès à un médecin généraliste, de sa disponibilité en fonction du nombre de ses consultations et des habitudes de consultations des habitants de la zone selon leurs âges et leurs besoins. L'APL s'exprime en nombre de consultations accessibles par an et par habitant. Les agences régionales de santé (ARS) utilisent cet indicateur pour définir les tensions d'accès aux soins sur leurs territoires. C'est grâce à cela qu'ont été définies les zones où la densité de médecins est très inférieure aux besoins de la population. Les régions les plus touchées sont la région Antilles-Guyane, la Corse, le Centre-Val-de-Loire, la région Auvergne-Rhône-Alpes, la Bourgogne-Franche Comté et l'Île-de-France. Les ARS ont demandé un élargissement de l'APL à d'autres professions de santé pour avoir une vision approfondie de la demande et de l'offre de soin sur le territoire.

Cependant, les discriminations territoriales ne se limitent pas uniquement à la difficulté d'accès à un rendez-vous chez un médecin généraliste. Elles regroupent aussi les problèmes d'accessibilité à des consultations chez les médecins spécialistes et chez les professionnels paramédicaux, à des services d'urgence et aux officines. C'est notamment pour cela que les ARS ont demandé un élargissement de l'APL à d'autres professions de santé pour avoir une

vision approfondie de la demande et de l'offre de soin sur le territoire. Heureusement, dans la majorité des cas, les difficultés ne se cumulent pas : un peu moins de 15% de la population française connaît une difficulté d'accès aux soins mais celle-ci concerne pour quasiment la moitié l'accès à un médecin généraliste. (figure 9) Seuls 0,3% de la population française, soit environ 300 000 personnes cumulent les 3 difficultés :

- se trouve dans une zone où la densité de médecins généralistes est insuffisante,
- habite à plus de 30 min d'un service d'urgence,
- habite à plus de 10 min d'une pharmacie.



Lecture > La surface de chaque aire est proportionnelle au poids du groupe considéré dans l'ensemble des personnes souffrant d'au moins une difficulté d'accès.

Champ > France entière, hors Mayotte.

Sources > CNAM-TS ; SAE (mise à jour par la DGOS et les ARS), répertoire Finess, DREES ; Population, Insee.

FIGURE 9 : Répartition des habitants résidant dans une commune avec au moins une difficulté d'accès, selon les difficultés qu'ils cumulent

L'éloignement d'une pharmacie est assez rare car limité par la régulation des installations : le Code de la santé publique autorise l'installation d'une officine à partir de 2500 habitants dans la commune ou le quartier et une nouvelle pharmacie ne peut être autorisée qu'au-delà de 4 500 habitants supplémentaires. (118) Ainsi, les nouvelles officines s'implantent dans les zones dont les besoins ne sont pas déjà couverts par une autre officine.

Plusieurs pistes pour permettre une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire ont été proposées ou mises en place par les pouvoirs publics dans les dernières décennies : (119)

- des aides financières pour les professionnels de santé qui s'installent sur des territoires en tension : exonération fiscale dans certaines zones sous-denses, contrat d'aide à l'installation financé l'Assurance maladie, subventions des collectivités territoriales, etc.
- la création de maisons de santé pluriprofessionnelles dans des zones rurales : les professionnels de santé sont salariés plutôt que d'être en exercice libéral et travaillent avec d'autres spécialités médicales et paramédicales (médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, etc.).
- la libération du temps médical lors des consultations grâce à une montée en compétence des autres professionnels de santé : vaccination par les pharmaciens, renouvellement d'ordonnances par les infirmiers de pratique avancée (IPA), démarches administratives et prise de tension par les assistants médicaux, expérimentation de l'accès aux masseurs-kinésithérapeutes sans ordonnance d'un médecin.
- l'augmentation du montant de la consultation en médecine générale : l'objectif étant d'engager les étudiants à choisir la médecine générale plutôt qu'une spécialité plus rémunératrice.

Une meilleure répartition de l'offre de soins sur le territoire est primordiale pour garantir une équité dans la prise en charge mais les déterminants sociaux de la santé ne se limitent pas au simple accès pratique à un professionnel de santé. La santé reste centrée sur une logique curative et personnelle alors qu'elle s'inscrit au cœur d'un système plus complexe qui regroupe des facteurs individuels et des facteurs globaux : conditions de vie (logement, famille, environnement) et de travail, éducation, ressources économiques, contexte politique et législatif ou encore aménagement du territoire. (figure 10) (120)

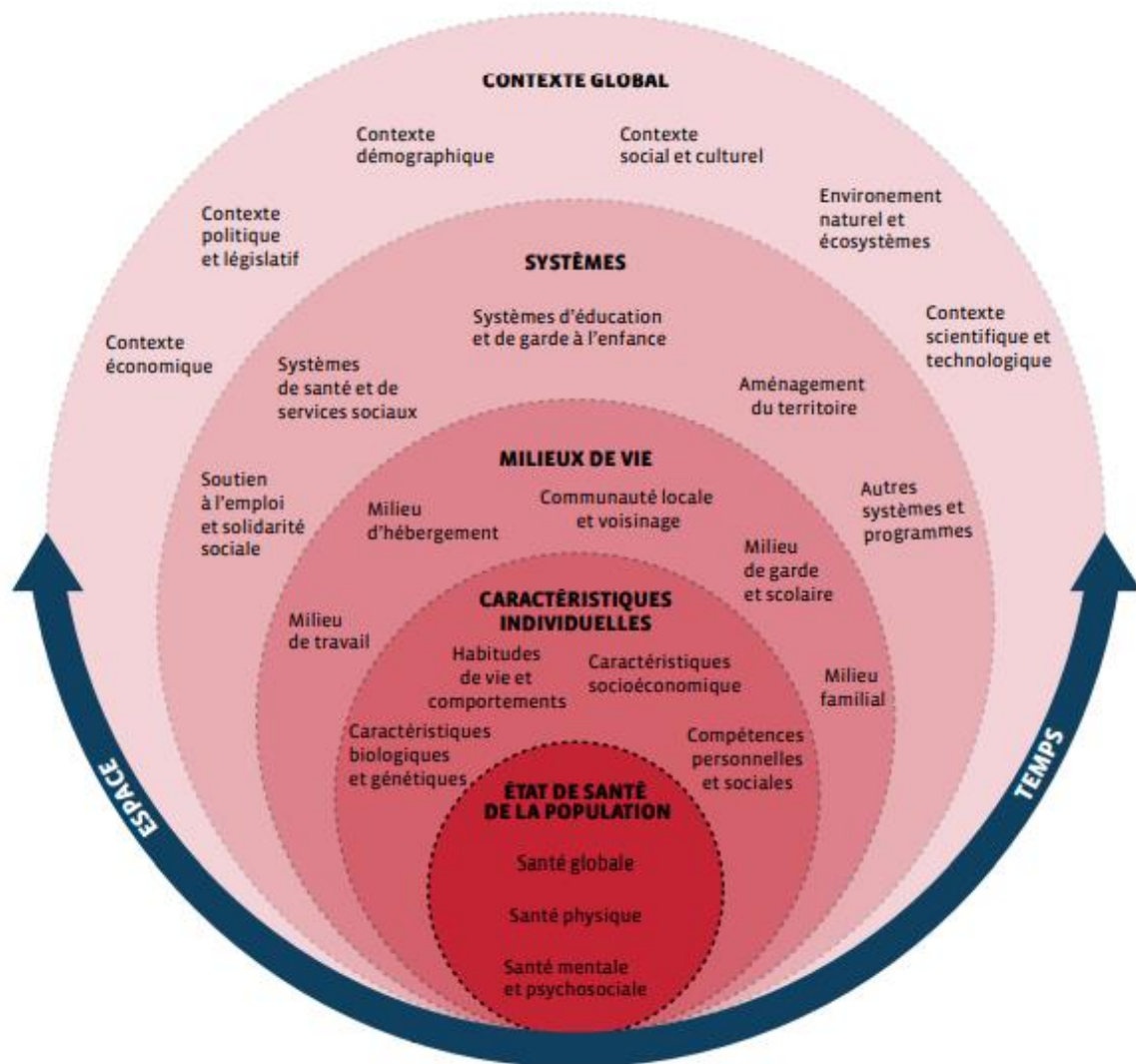


FIGURE 10 : Carte de la santé et de ses déterminants

2. Manifestations concrètes des inégalités socio-économiques en santé : conséquences sanitaires sur les populations vulnérables

Les discriminations structurelles envers les populations défavorisées ont un impact sur la confiance que ces dernières accordent au système de santé. Lorsque les messages véhiculés par les campagnes de prévention ou par les professionnels de santé ne sont pas adaptés aux conditions de vie ou au niveau d'éducation de leurs destinataires, on constate que leur retentissement est moindre.

On peut par exemple citer la campagne « 5 fruits et légumes par jour » du Programme National Nutrition Santé (PNNS) lancée en 2001. Sans moyens structurels mis en place pour réduire les prix des fruits et légumes afin d'en favoriser l'accès aux populations les plus pauvres, on constate que, 20 ans après le lancement de cette campagne, la population

française globale est bien loin des recommandations, ce qui est d'autant plus vrai pour les plus précaires. (121) Selon une étude réalisée en avril 2025 par Santé publique France, le fait d'être cadre ou d'avoir une profession intellectuelle supérieure bien rémunérée est associé à une plus grande consommation de fruits et légumes, par rapport aux ouvriers. (Figure 11) L'étude met en évidence une corrélation entre la consommation de fruits et légumes et les indicateurs de pauvreté et elle suggère « d'améliorer l'accès à l'éducation et offrir de meilleures conditions de vie » comme stratégies les plus efficaces pour atteindre ces objectifs de consommation plus saine.

	N	« Petits consommateurs »			Atteinte des recommandations		
		%	OR	[IC95%]	%	OR	[IC95%]
Diplôme							
<Bac (réf.)	7 822	63,6	- 1 -		20,9	- 1 -	
Bac	5 091	62,9	0,86	[0,78-0,95]**	21,6	1,15	[1,03-1,29]*
>Bac	11 487	57,4	0,75	[0,68-0,82]***	24,7	1,27	[1,14-1,41]***
Catégorie socioprofessionnelle de l'individu ou de référent du foyer							
Agriculteur, artisan, commerçant, chef d'entreprise	1 728	58,2	0,79	[0,67-0,92]	24,9	1,38	[1,15-1,65]***
Cadre et profession intellectuelle supérieure	5 386	55,1	0,74	[0,65-0,84]***	25,9	1,38	[1,19-1,60]***
Profession intermédiaire	7 161	58,8	0,84	[0,75-0,94]**	23,7	1,23	[1,07-1,40]**
Employé	5 689	62,0	0,98	[0,87-1,10]	22,3	1,11	[0,97-1,28]
Refus, NSP, aucune PCS	377	68,3	0,91	[0,67-1,23]	18,8	1,09	[0,76-1,55]
Ouvrier (réf.)	3 716	66,3	- 1 -		17,2	- 1 -	

OR : odds ratio ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; NSP : ne sait pas ; réf. : référence ; PCS : profession et catégorie socioprofessionnelle ; hab. : habitants.

*** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * : p<0,05.

FIGURE 11 : Facteurs sociodémographiques associés à la faible consommation de fruits et légumes et à l'atteinte des recommandations de consommation de fruits et légumes parmi les 18-85 ans en France hexagonale en 2021

Au contraire, l'autre grande initiative du PNNS en 2017 appelée Nutri-score a eu un impact positif sur le mode de consommation de toutes les tranches de la population. (122) Tout d'abord, 95% de la population reconnaît ce logo (figure 12) apposé sur les emballages des produits alimentaires et 90% comprend qu'il s'agit d'un indicateur sur les qualités nutritionnelles des produits grâce à la gradation de A à E. (123)



FIGURE 12 : Logo du Nutri-score

Dans une enquête réalisée par Santé publique France en 2021, 94% de l'échantillon interrogé se déclare d'ailleurs favorable à cette initiative et utilise cet outil pour faire des choix éclairés durant les courses en comparant plusieurs produits d'une même catégorie entre eux. Bien qu'utile au plus grand nombre, le Nutri-score rencontre plusieurs critiques dont les principales sont :

- le manque de clarté sur son algorithme de calcul et le rôle potentiel des lobbies agro-alimentaires,
- l'absence d'indication sur l'ultra-transformation des produits,
- l'absence de caractère obligatoire à son adoption sur tous les produits.

Dans l'optique d'améliorer cet outil, il pourrait être judicieux à l'avenir de le combiner avec le Green-score qui mesure l'impact environnemental des produits de consommation.

L'alimentation est un enjeu de santé important, notamment chez les plus défavorisés : les personnes les moins qualifiées consomment plus d'aliments sucrés et transformés car ils sont moins onéreux. Les inégalités sociales conduisent donc à un taux d'obésité de 16% et un taux de surpoids de 32% dans les populations pauvres, par rapport aux personnes exerçant une profession intellectuelle et scientifique qui présentent des taux respectifs de 8,5% et 25%.
(124)

Pour illustrer à quel point la santé découle d'un système socio-politique, on peut prendre un autre exemple : la vaccination. Bien qu'acte de prévention gratuit et disponible pour tous et sur tout le territoire, on observe que les catégories socio-professionnelles les plus basses ont moins recours à la vaccination.

La crise de la COVID-19 a notamment permis de mettre en lumière ces inégalités de vaccination. Dans une étude de la DREES et de l'Inserm publiée en 2022, on observe que seuls 65 % des ouvriers ont eu recours à la vaccination COVID-19, contre 83 % des cadres. (125) Il y a une différence de 30% qui sépare le taux vaccinal des 10% les plus modestes (55 % de vaccinés) par rapport aux 10 % les plus aisés (88 %). (Figure 13) On constate également que les plus jeunes ont moins recours à la vaccination puisqu'ils se sentent moins en danger face au virus que leurs aînés. Ainsi, être jeune, peu diplômé et en situation financière précaire sont des facteurs associés à un moindre recours à la vaccination.

Graphique Couverture vaccinale selon le niveau de vie

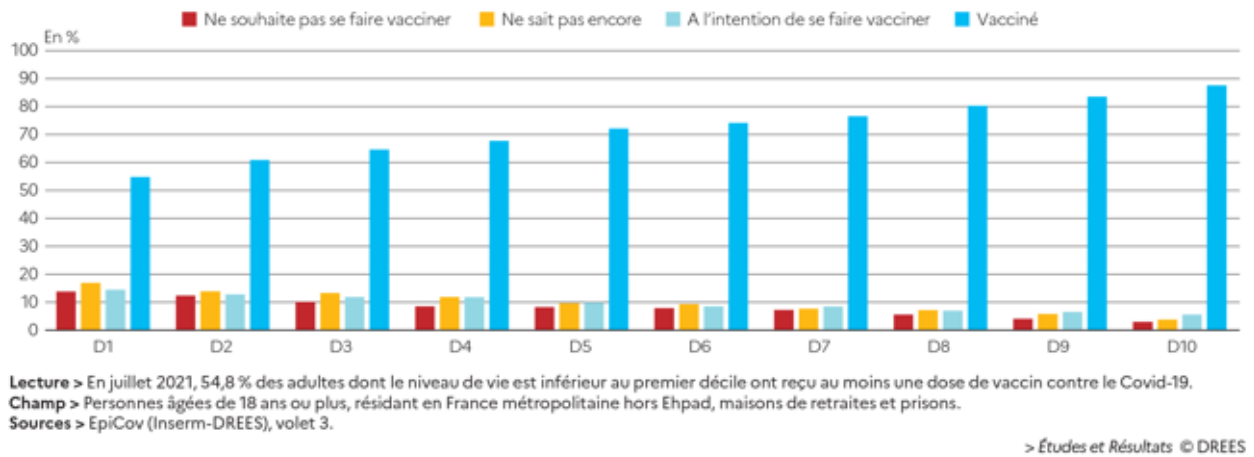


FIGURE 13 : Couverture vaccinale selon le niveau de vie

Au-delà des ressources financières, on constate également une différence de vaccination contre la COVID-19 en fonction des territoires. Dans les départements d’Outre-mer (DROMs), la couverture vaccinale est bien inférieure à celle de la France métropolitaine : 28 % en Martinique, 32 % en Guadeloupe, 44 % à La Réunion contre 72 % en métropole. (125) Cet écart s’explique notamment par une plus grande défiance de la population des DROMs envers les décisions et mesures prises par le gouvernement pour endiguer l’épidémie. On ne peut pas ignorer les origines de cette défiance après le scandale du chlordécone : utilisé pendant plus de 30 ans dans les bananeraies des Antilles jusque dans les années 2000 (bien que l’OMS ait alerté dès 1979 sur sa dangerosité), ce perturbateur endocrinien est responsable de cancers, notamment de la prostate, mais aussi de la pollution massive de l’eau et des sols. Actuellement, 90% de la population de Guadeloupe et de Martinique serait contaminée par le chlordécone.

Le mode de vie et de consommation des catégories socio-professionnelles basses impacte la santé des individus : on observe que les personnes exerçant une profession moins qualifiée ont une moins bonne santé générale et consomment plus de tabac. (126) (Annexe 3)

D’après une étude de l’Insee de 2023, les ouvriers qualifiés seraient 35% à consommer du tabac quotidiennement contre 15% des professions intellectuelles et scientifiques. Selon un dossier du Haut conseil de la santé publique paru en 2021, bien que la consommation de tabac diminue dans toutes les catégories socio-économiques depuis les années 2000, on observe quand même qu’elle reste à 29,8% parmi les personnes aux plus bas revenus contre 18,2% pour les plus riches. (127) (figure 14)

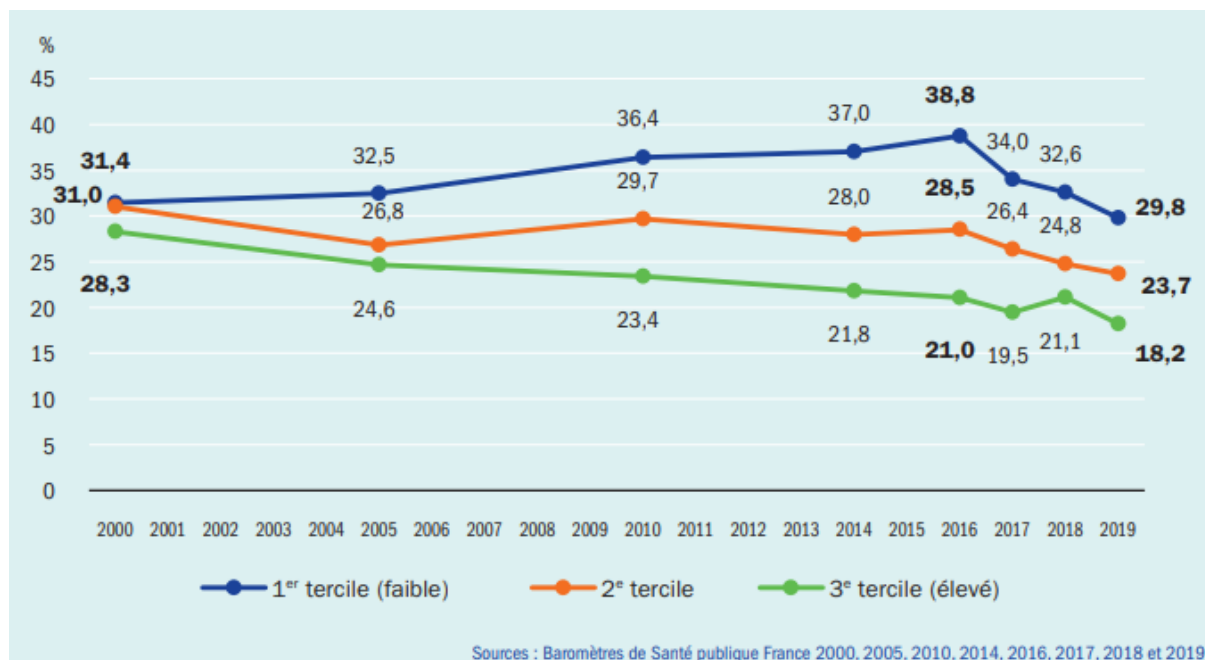


FIGURE 14 : Prévalence du tabagisme quotidien selon le revenu par unité de consommation parmi les 18-75 ans entre 2000 et 2019 (en pourcentages)

Il apparaît primordial de lutter contre les inégalités sociales en matière de tabagisme, notamment en s'adressant spécifiquement aux populations les plus précaires au travers d'actions d'accompagnement spécifiques, en facilitant l'accessibilité des aides à l'arrêt et en utilisant des outils de prévention efficaces pour éviter que les plus jeunes commencent à fumer, autre que par des mesures de hausses des prix du tabac.

Les conditions de travail sont aussi un facteur prépondérant de moins bonne santé parmi les populations défavorisées. (128) En 2021, selon une étude de l'Insee, 45% des personnes en situation de pauvreté ou d'exclusion sociale présentaient un problème de santé chronique, contre 35,8 % dans les autres catégories sociales. Dans un rapport du Haut conseil pour l'Egalité de 2017, on constate que les troubles musculosquelettiques, qui constituent l'immense majorité des maladies professionnelles reconnues, touchent environ 33 ouvriers contre 3 cadres ou 11 employés pour 1 000 000 heures travaillées : (129)

Taux de fréquence des maladies professionnelles

= nombre de maladies sur le nombre d'heures travaillées x 1 000 000

D'autre part, même si le nombre d'accidents du travail est en baisse depuis plusieurs années, on observe que les catégories socio-professionnelles ouvrières ou employées sont beaucoup plus touchées, représentant respectivement 45% et 17% des accidents du travail totaux en 2012. (130)

Enfin, il existe un indicateur de la corrélation entre catégorie socio-professionnelle et santé. C'est l'espérance de vie en santé ou espérance de santé, c'est-à-dire sans incapacité ni maladie. (127) (figure 15) Cette dernière montre par exemple que l'espérance de vie des cadres à 35 ans est de 47 ans pour les hommes et de 51 ans pour les femmes contre 41 ans et 49 ans pour les ouvriers respectivement hommes et femmes.

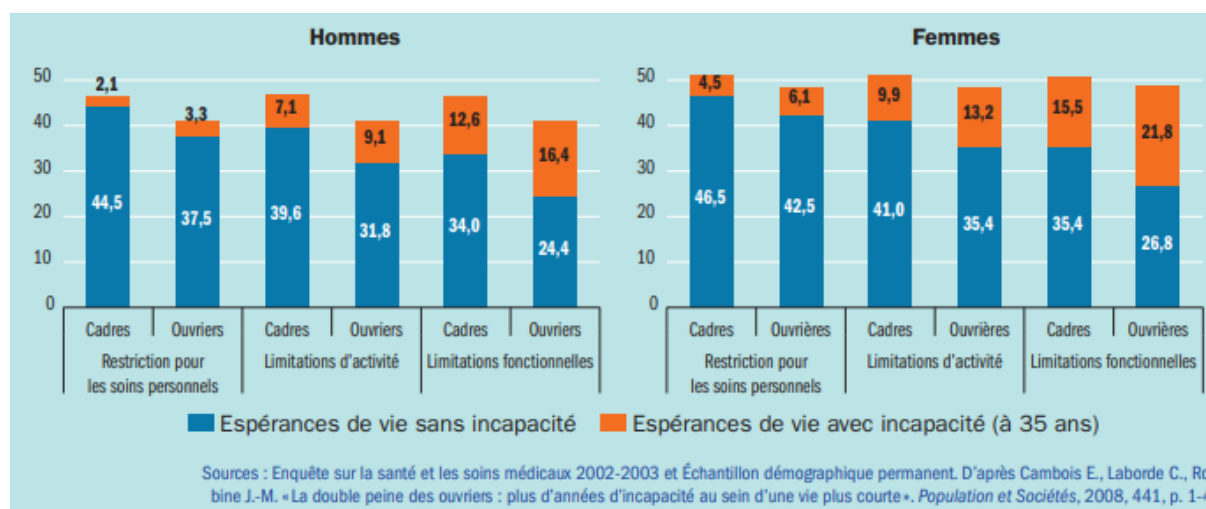


FIGURE 15 : Espérances de vie avec et sans incapacité à 35 ans en 2003 en France dans les catégories socio-professionnelles des cadres et des ouvriers

En matière de santé, pour faire passer les bons messages et être entendu, il ne faut pas négliger la bonne communication entre les soignants et les patients. Les capacités de compréhension du « jargon médical » et les connaissances sur l'organisation du système de santé sont socialement situées dans les classes favorisées. Miguel Shema écrit dans son essai que « le fait par exemple de pouvoir faire un récit organisé de ses symptômes et de leur apparition dans la forme attendue par les soignants – et donc de comprendre ce qui est pertinent d'intégrer et ce qu'il faut laisser de côté – est le produit d'une certaine socialisation et de certaines dispositions sociales que l'on retrouve chez les patients bourgeois. » (79)

Il est de la responsabilité des soignants d'utiliser un niveau de langue adapté et de prendre le temps de veiller à la bonne compréhension des patients. La sociologue Aurore Loretti explique que les patients issus de classes sociales privilégiées ont tendance à poser plus de questions et les professionnels de santé à leur apporter plus de précisions. (131) Les personnes issues de classes sociales défavorisées ont au contraire tendance à ne pas demander d'explications sur les termes ou les actes qu'ils ne comprennent pas et sont plus à risque de subir du paternalisme médical. Cette mauvaise communication entre soignants et soignés peut créer une défiance des personnes de catégories socio-économiques basses envers les professionnels de santé et donc entraîner un retard à la consultation voire un renoncement aux soins.

Les discriminations en matière de santé sont nombreuses et extrêmement diverses puisqu'elles reflètent tous les déterminants de santé : les caractéristiques individuelles des patients (âge, genre, couleur de peau), leur milieu et leurs conditions de vie (logement, habitudes de consommation, niveau d'éducation, travail) mais aussi leur contexte global (économique, territorial, socio-culturel). Tous ces déterminants de santé sont variables d'un pays ou d'une époque à l'autre. C'est pourquoi il est important que chaque soignant remette en question sa pratique et son approche en fonction du contexte du patient mais aussi de la société dans laquelle ils évoluent afin de garantir une prise en charge la plus équitable et inclusive possible.

Partie 4 : Leviers des professionnels de santé pour lutter contre les discriminations

Afin de garantir aux patients une prise en charge la plus équitable et la plus inclusive possible, les professionnels de santé se doivent de mettre en œuvre tous les moyens à leur disposition pour recevoir, écouter, accompagner et prendre soin de ses patients, quelle que soit les caractéristiques personnelles de ces derniers.

Le Code de la santé publique indique à l'article R4235-5 que « le pharmacien doit faire preuve du même dévouement envers toutes les personnes qui ont recours à son art. » et à l'article R4127-7 que « le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. » (132)(133)

Les leviers dont disposent les soignants pour permettre un accès équitable et juste à des soins de qualité pour tous les patients sont multiples et diverses :

- La prise de conscience des professionnels de santé sur leurs biais de perception conscients et inconscients, dès leur formation initiale et tout au cours de leur carrière grâce à la formation continue ;
- La promotion de la diversité dans la recherche et le développement des traitements, des outils de diagnostic et de suivi ou du matériel médical afin d'aboutir à un système de soin qui ressemble à la population ;
- La responsabilisation de tous les soignants face aux discriminations afin de devenir acteur de la transformation du système de santé ;

- La mise en œuvre d'une prise en charge standardisée pour empêcher les différences de traitements entre les patients, en veillant malgré tout à tenir compte de leurs singularités ;
- L'amélioration de la représentativité des minorités au sein des établissements de santé et des postes à fort pouvoir décisionnel pour impacter les politiques publiques de santé et promouvoir une réelle démocratie sanitaire ;
- L'accompagnement des patients pour leur permettre de faire valoir leurs droits et de lutter contre les discriminations dont ils peuvent être victimes.

Bien que le rôle des soignants soit primordial dans la lutte contre les discriminations, ces changements ne peuvent être pleinement efficaces qu'à travers une transformation plus large et systémique du système de santé.

1. Eduquer les professionnels de santé à reconnaître et questionner leurs biais de perception et les stéréotypes discriminants

Chaque personne est sociabilisée selon son genre, son origine ethnoraciale, son orientation sexuelle, sa corpulence, sa catégorie socio-professionnelle, s'il est valide ou non, etc. Ainsi, l'expérience de chaque individu dans la société est différente.

On observe que les patients ont tendance à se rapprocher de professionnels de santé qui leur ressemblent, qui ont un vécu similaire ou qui comprennent leurs problématiques. On peut en citer pour preuve le Collectif Globule noir créé en 2020 qui recensait des gynécologues afrodescendants prenant en charge les patientes racisées de façon non stigmatisante ni discriminante. Cette liste de soignants racisés a suscité l'indignation de la Ligue internationale contre le racisme et l'antisémitisme (Licra) et du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) qui ont saisi le Ministre des solidarités et de la santé de l'époque, Olivier Véran, en dénonçant « une folie identitaire » en réclamant des sanctions. (134)

Cependant, d'autres minorités discriminées ont également recours à ce type de listes :

- les sites stophomophobie.com et medecin-gay-friendly.fr recensent les professionnels de santé bienveillants envers la communauté LGBT. (135) (136)
- l'association Gras politique met à disposition une carte des soignants favorisant l'accès aux soins sans grossophobie médicale ainsi qu'une carte des soignants réputés discriminants sur la base de témoignages de patient·es. (137)

L'existence de telles listes montrent bien le besoin de former tous les soignants à la diversité, l'équité et l'inclusion.

Il est primordial pour tout soignant, quel que soit son lieu et mode d'exercice, de se questionner sur ses représentations sociales et l'impact qu'elles peuvent avoir sur les patients. Les professionnels de santé doivent, afin de garantir un accès aux soins équivalent pour tous, remettre en question notamment les symptômes genrés ou racialement orientés qu'ils auraient intégrés et ne se concentrer que sur le ressenti des patient·es, sur l'expression de leurs maux.

Pour prendre conscience des inégalités en matière de santé et de leurs conséquences, plusieurs outils sont mis à disposition des soignants comme par exemple :

- la boîte à outils mosaïque de l'OMS qui rassemble toutes les questions à se poser en tant que professionnels de santé pour identifier et réduire la stigmatisation en santé (138) (figure 16) ;
- les rapports d'organismes publics ou d'associations, comme le rapport du Défenseur des droits intitulé *Prévenir les discriminations dans les parcours de soins : un enjeu d'égalité* (71) ou le dossier ressources de Fabrique territoires santé intitulé *Discriminations et santé: lutter contre les discriminations pour réduire les inégalités de santé* (5), qui proposent des informations qualifiées et illustrées d'exemples et de témoignages. Ces supports proposent généralement des pistes de réflexion pour améliorer l'inclusivité et l'équité dans le système de soin ;
- les statistiques de l'Insee ou de la DREES qui dressent un portrait représentatif de la population en France et de la consommation de soin selon le contexte social des groupes. (20) (97) (98) (113) (117) (125) A noter que les statistiques ethniques ne peuvent être réalisées que dans certaines conditions précises n'allant pas à l'encontre des décisions du Conseil constitutionnel qui assure l'égalité de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. (81)

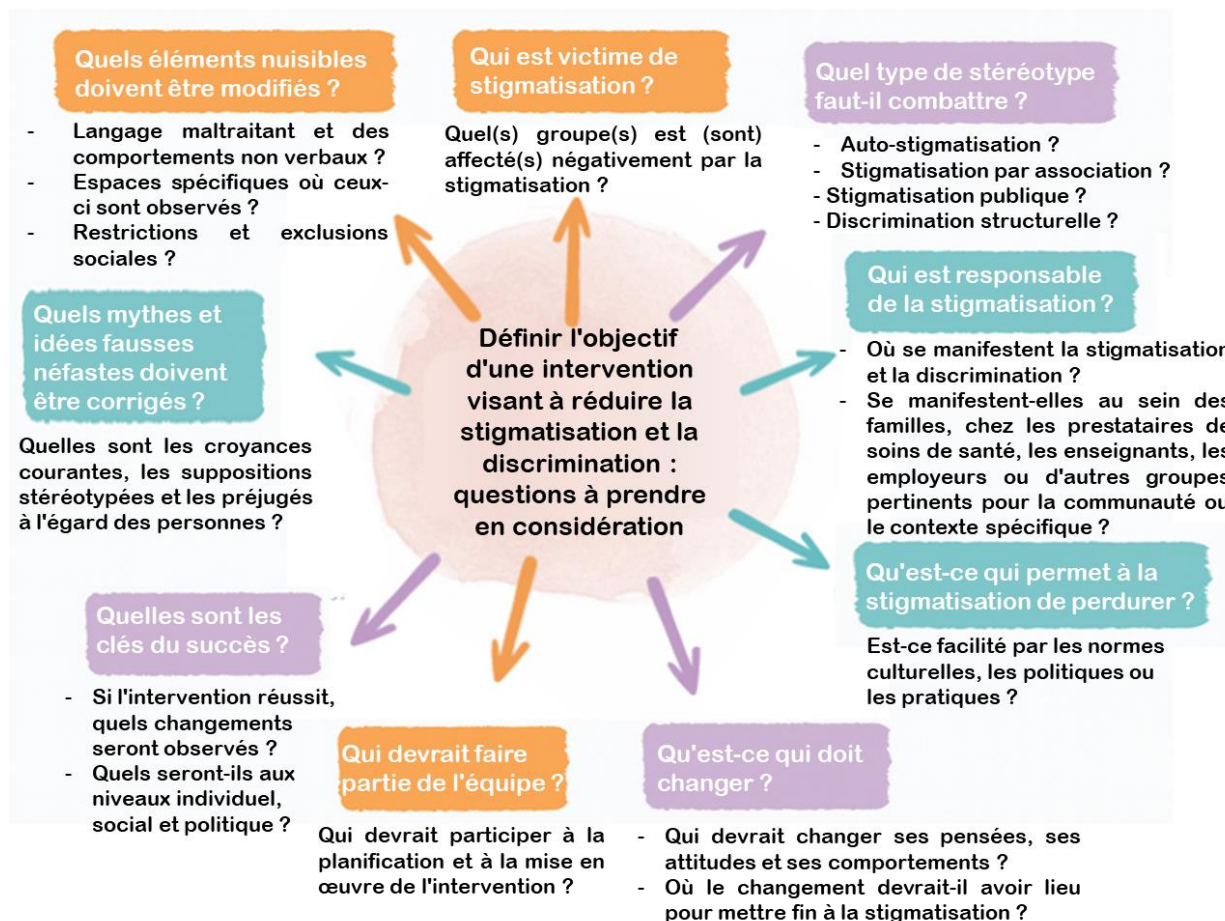


FIGURE 16 : Questions à se poser pour définir les objectifs et le contexte des activités de lutte contre la stigmatisation

Une communication fluide et une confiance mutuelle est indispensable pour établir une bonne relation de soin. Les professionnels de santé doivent veiller à écouter leurs patients sans interpréter leurs déclarations et en prenant en compte tous les déterminants sociaux de la santé et leurs impacts sur les individus. Il faut lutter contre les croyances et les perceptions qui biaisent l'objectivité et comprendre comment ces préjugés influencent la prise en charge.

Il est primordial de recueillir le ressenti et les témoignages des patient·es issus de minorités (femmes, personnes grosses, patients racisés, etc.) qui n'ont pas ou peu été inclus dans les essais cliniques lorsqu'ils expriment un potentiel effet secondaire. C'est par ces moyens qu'on a découvert par exemple en 2013 que les contraceptifs d'urgence, dites pilules du lendemain, contenant du lévonorgestrel avaient une efficacité moindre sur les femmes de plus de 75 kg et s'avéraient même inefficaces sur les femmes pesant plus de 80 kg à qui on recommande un autre mode de contraception d'urgence. (139)

Afin de garantir une approche inclusive et intersectionnelle de la prise en charge, la mise en place de modules de formation au cours des études de santé semble être la solution la plus simple et la plus efficace. La faculté de médecine Sorbonne Université a été pionnière en la matière dès 2023 en proposant à ses étudiants en médecine générale un module intitulé « Soins différenciés, discrimination et racisme en santé ». Cette initiative pourrait être reprise dans de nombreuses facultés de médecine, de pharmacie et d'écoles d'infirmiers à destination d'un plus grand nombre d'étudiants et adresser un panel de discriminations plus large que le racisme pour sensibiliser les professionnels de santé de demain à la lutte contre les discriminations dans leur pratique.

Le rôle de la formation continue est également capital. Les soignants se doivent d'approfondir leurs connaissances sur les sujets qu'ils ne maîtrisent pas, qu'ils soient scientifiques ou non. C'est dans cette optique qu'un diplôme universitaire sur la prise en charge de la transidentité est proposé à la faculté Sorbonne Université et qu'une formation à distance sur la prise en charge de personnes d'origine non-européenne a été créée à la faculté de Strasbourg. (140) (141)

Les métiers de santé sont en perpétuel changement selon les avancées de la science mais aussi en fonction de l'évolution de la société. Les soignants doivent constamment repenser leurs métiers pour s'adapter au mieux à leurs patient·es.

2. La santé à l'image de la population : promouvoir plus de diversité pour toutes les étapes de la prise en charge

Pour garantir une offre de soins adaptée à tous, il faut adapter les pratiques et les outils pour qu'ils soient plus représentatifs de tous·tes les patient·es.

Bien que de nombreuses mesures aient été prises pour encourager plus d'inclusivité dans les protocoles de recherche clinique, la seule garantie d'une médecine fiable, équitable et basée sur les preuves est l'obtention de résultats dans toutes les catégories de la population et l'analyse des résultats obtenus selon des critères adaptés (analyse selon le genre ou la corpulence plutôt que selon les tranches d'âge par exemple) afin de pouvoir généraliser les conclusions obtenues.

Au-delà d'une inclusion étendue et de résultats d'études cliniques analysés de façon moins discriminante, il est nécessaire de s'intéresser et de s'investir dans la recherche sur des pathologies autres que celles qui touchent majoritairement une population blanche, masculine, valide, hétérosexuelle... L'absence ou la mise en place tardive de la recherche sur des

pathologies telles que l'endométriose, qui toucherait 1 femme sur 10 en France (63), ou certaines parasitoses, présentes majoritairement en Afrique noire comme la trypanosomose humaine africaine (142), constitue une perte de chance pour les patient·e·s et parfois même, un risque vital.

Pour sortir de certains préjugés et stigmates en matière de santé, il est aussi important de créer des communications et campagnes de prévention ou de sensibilisation représentatives de la société et de la prévalence des pathologies au sein de la population.

Par exemple, les planches anatomiques utilisées pour former les professionnels de santé représentent majoritairement des patients blancs, jeunes, souvent masculins, de corpulence moyenne, ce qui peut avoir des conséquences discriminantes lors du traitement de patients racisés, âgés ou gros. L'initiative de Chidiebere Ibe de représenter des personnes racisées est un premier pas pour visibiliser plus de diversité. (93)

De nombreux autres exemples des conséquences que peut avoir un manque de diversité dans les représentations existent. La campagne de sensibilisation au cancer colorectal Mars bleu représentait il y a quelques années uniquement des hommes, induisant la croyance communément répandue que cette pathologie touchait peu les femmes. C'est pourtant le 2^{ème} cancer le plus fréquent et le 3^{ème} cancer le plus mortel chez les femmes. (143) Depuis, les affiches mettent aussi en avant des femmes et les communications ont été retravaillées pour appuyer sur l'intérêt du dépistage chez les hommes et les femmes. (144) (figure 17)



FIGURE 17 : Campagne de sensibilisation au dépistage du cancer colorectal de l'Institut régional du cancer de Montpellier, 2024

Une prise en charge adaptée à chaque patient veut aussi dire un matériel adapté à chaque patient. Afin de ne pas risquer une sous-estimation de certains paramètres, des erreurs diagnostiques ou l'incapacité de réaliser des gestes cliniques sur tous les types de corps, il est nécessaire d'avoir par exemple :

- des oxymètres de pouls adaptés aux peaux non blanches (89),
- des casques d'EEG pouvant être utilisés sur des cheveux non lisses (91),
- des appareils d'imagerie pouvant accueillir des personnes de forte corpulence comme les IRM à champ ouvert (145),
- des mannequins de formation à la réanimation cardio-respiratoire avec une poitrine ou présentant une surcharge pondérale (40),
- des dispositifs de reconnaissance de pathologies cutanées dotés d'IA, comme ces solutions de téléexpertise disponibles dans certaines officines, entraînés à reconnaître les lésions sur des peaux non blanches. (146)

Les prises en charge en santé incluent très souvent l'utilisation de médicaments pour lesquels les patients doivent pouvoir accéder aux informations dont ils ont besoin grâce à la lecture de la boîte et de la notice. Pour garantir un accès équitable à l'information pour tous les patients, le code communautaire relatif aux médicaments à usage humain du Parlement européen indique que « le nom du médicament [...] doit également figurer en braille sur l'emballage. Le détenteur de l'autorisation de mise sur le marché veille à ce que la notice d'information soit disponible, sur demande des organisations de patients, dans des formats appropriés pour les aveugles et les mal-voyants. » (147) Certains laboratoires pharmaceutiques choisissent dès lors de travailler avec des associations comme HandicapZero pour proposer les notices de leurs produits en gros caractères, sur fond contrasté ou en lecture audio. (148)

L'évolution de la recherche clinique, l'adaptation du matériel médical et la création des supports d'information correspondant à la société sont des étapes essentielles vers une meilleure équité dans la prise en charge. Toutefois, ces avancées ne sauraient être pleinement efficaces sans l'implication directe des soignants. Leur responsabilité professionnelle, ainsi que le cadre éthique et juridique qui régit leurs pratiques, jouent un rôle déterminant dans la prévention et la gestion des situations de discrimination.

3. Responsabiliser les professionnels de santé face aux discriminations

Prendre conscience des pratiques discriminantes et promouvoir une plus grande diversité sont des premières étapes. Toutefois, ce qui va modifier profondément le système de santé, c'est la prise de position et l'engagement des soignants contre les discriminations.

En tant que professionnels de santé, il est indispensable de préconiser une tolérance zéro vis-à-vis des comportements discriminants portés à notre connaissance. Cela veut dire oser confronter nos confrères et consœurs qui tiennent des propos ou ont des actions discriminantes.

Avant le 1^{er} janvier 2023 et l'élargissement des conditions de l'accès gratuit à une contraception d'urgence, seules les patientes mineures pouvaient obtenir une pilule du lendemain anonymement, sans ordonnance ni avance de frais et sans devoir présenter de justificatif d'identité. Cependant, quelques pharmaciens exigeaient de voir une pièce d'identité permettant de vérifier l'âge de la patiente, ce qui constitue une pratique discriminante. Il est important dans ce genre de cas d'interpeller nos pairs et de leur rappeler leurs obligations légales. (149)

L'autre recours lorsqu'on est face à une discrimination est de signaler le comportement discriminant aux instances responsables : caisse primaire d'assurance maladie ou conseil de l'ordre du professionnel de santé mis en cause. L'Ordre national des médecins a d'ailleurs établi une fiche récapitulative pouvant être affichée en salle d'attente. (150) (Annexe 5) L'affichage de tels supports permet aux soignants d'afficher clairement leur engagement contre les inégalités de santé et de contribuer activement à la lutte contre les discriminations en sensibilisant les patients aux recours dont ils disposent.

La responsabilisation des soignants passe aussi par la connaissance des sanctions qui peuvent être prononcées à leur encontre en cas de refus de soins ou d'acte discriminant. Ces sanctions peuvent être décidées par une juridiction ordinale, si le professionnel de santé relève d'un ordre professionnel, ou une juridiction pénale. Elles peuvent être disciplinaires, de l'avertissement à l'interdiction d'exercer, financières jusqu'à 45 000€ d'amende et/ou aller jusqu'à 3 ans d'emprisonnement. (151)

La sensibilisation des professionnels de santé au risque réputationnel et aux sanctions encourues dès le début de leur exercice et à travers des affiches portées à la connaissance des usagers du système de santé peut s'avérer être un levier majeur pour limiter les discriminations dans l'accès aux soins.

Dans une démarche plus positive, moins punitive et plus engageante, on pourrait aussi suggérer d'objectiver et de récompenser les soignants prenant en charge des patients issus de minorités. Le principal écueil de cette proposition serait cependant de trouver un moyen de mesurer les efforts d'inclusivité de façon réaliste et objective.

4. Mettre en œuvre des prises en charge standardisées afin de garantir l'équité dans le soin

Pour tendre vers un système de santé équitable, il faut adopter une approche holistique du patient en tenant compte de ses dimensions physique, mentale, sociale, culturelle, spirituelle, etc.

Pour connaître et comprendre les patients, il faut veiller à entretenir une relation de confiance réciproque et ne pas tomber dans le piège des stigmates ou des biais inconscients. Dans une étude menée à la faculté de médecine de l'Université de Toronto, des chercheurs ont établi que les patientes avaient 15% plus de chance de souffrir de complications post-

opératoires si leur chirurgien était un homme alors qu'il n'y a aucune différence pour les hommes, qu'ils soient opérés par un homme ou une femme. Ils expliquent que la différence pourrait résider dans une mauvaise communication entre les chirurgiens hommes et leurs patientes femmes. (152)

Une bonne communication avec les patients permet souvent de gagner du temps puisque le partage d'informations est plus complet, plus fluide et crée un meilleur engagement des patients pour leur propre santé. On observe en effet que les patients sont plus observants lorsqu'ils ont compris leur prise en charge et qu'ils sont convaincus de son bienfondé. Au contraire, les patients qui ont eu des expériences négatives au cours de leur prise en charge auront tendance à moins consulter ou à renoncer aux soins par peur d'être de nouveau confrontés à des professionnels de santé discriminants ou peu à l'écoute.

Par ailleurs, afin de permettre aux messages de santé publique d'être entendus et compris, il est également primordial de s'aider d'associations au contact des populations et d'acteurs locaux qui permettront un meilleur impact auprès de la cible.

Une prise en charge complètement individualisée peut s'avérer plus difficile puisqu'elle prend du temps dans un système de santé en péril où les soignants sont débordés et ont de moins en moins de temps à consacrer à chaque patient. Ainsi, pratiquer une médecine standardisée selon des arbres décisionnels peut sembler plus simple, bien que cela risquerait d'entacher la relation de confiance que les patients nouent avec leurs soignants. Les arbres décisionnels ont le mérite d'être factuels et objectifs, de ne pas être biaisés par les perceptions des soignants. Cependant, ils ne peuvent pas prendre en compte tous les déterminants de santé des patients et ne répondent pas à l'approche holistique évoquée plus haut.

Malgré tout, rationaliser les prises en charge en mettant en place des guides pour mener les entretiens soignant/soigné peut être une solution simple. On pourrait les proposer sous forme de recommandations formulées ainsi :

- prendre son temps, faire preuve d'écoute et d'empathie, sans porter de jugement ;
- avoir recours à l'interprétariat professionnel avec les patients allophones pour leur garantir une information claire et confidentielle ;
- adopter un langage compréhensible pour le patient et un débit de parole adapté ;
- poser des questions ouvertes pour s'assurer de la bonne compréhension du patient et ne pas hésiter à reformuler ou répéter pour clarifier ;
- laisser le temps au patient de poser des questions et l'y encourager ;

- renseigner un maximum d'informations dans le dossier du patient pour assurer un meilleur suivi, notamment les questions et remarques du patient.

Si l'adoption de protocoles standardisés permet de limiter les inégalités dans la pratique quotidienne, elle ne suffit pas à elle seule à garantir une réelle équité. Pour que le système de santé dans son ensemble reflète les besoins et la diversité de la population, il est essentiel d'agir également sur la représentativité des minorités dans les instances de décision et de gouvernance.

5. Améliorer la représentativité des minorités dans les établissements et les institutions de santé pour renforcer la démocratie sanitaire

Pour que l'accès aux soins s'adresse à tous, il est important que les acteurs de la santé soient à l'image des usagers, qu'ils partagent leurs vécus et leurs expériences pour mieux les représenter. Il y a une grande richesse à tirer de la pluralité des acteurs dans le système de santé.

On constate que les professionnels de santé sont majoritairement des femmes : elles représentent 68% des pharmaciens, 46% des médecins et 87% des infirmiers. (153) (154) (155) Pour autant, elles sont toujours très minoritaires aux postes à fort pouvoir décisionnel : par exemple, elles ne représentaient que 9% des membres du CNOM en 2018 et seulement 27% de femmes étaient à la tête d'établissement de santé publics en 2024. (156) (157)

Il n'existe pas de statistiques similaires sur la proportion de personnes racisées ou porteuses de handicap dans les hautes sphères de santé, conseil ordinaux, structures ministérielles, hospitalières ou universitaires, mais il apparaît que la majorité de ces postes de direction est occupée par des hommes blancs valides et issus de classes sociales favorisées.

L'égalité dans les fonctions de direction favoriserait une meilleure santé pour tous. Une plus grande diversité dans les instances décisionnaires permettrait de prendre des mesures en accord avec la réalité de la population française.

Une autre piste à explorer pour construire un système sanitaire plus représentatif de ses usagers serait la promotion des filières de santé dans les milieux ruraux et les déserts médicaux. (119) On constate que les professionnels de santé viennent pour la plupart de

zones urbanisées plutôt riches ou de grandes villes disposant de facultés de santé, alors que les jeunes venant de territoires marqués par une offre de soins très insuffisante s'orientent peu vers les filières de soin.

Selon une étude de l'Insee, les médecins s'installent souvent à proximité de leur lieu de naissance ou du lieu où ils ont effectué leur internat. (158) Ainsi, promouvoir les filières de santé dans les lycées des zones rurales pourrait permettre de diversifier le profil des professionnels de santé et de faciliter une meilleure couverture du territoire.

Cette piste pourrait venir en complément des mesures prises depuis quelques années dans le but de libérer du temps médical : (5)

- Déléguer l'accueil, la gestion des tâches administratives ou le déshabillage des patients à des assistants médicaux ;
- Faire monter en compétence d'autres professionnels de santé et leur permettre d'effectuer des actes historiquement réservés aux médecins :
 - réalisation d'entretiens pharmaceutiques pour certaines pathologies chroniques et vaccination par les pharmaciens,
 - renouvellement d'ordonnances par les infirmiers de pratique avancée,
 - etc.

Un meilleur accès aux soins est de la responsabilité de tous les soignants, en faisant évoluer leurs pratiques et leurs métiers en fonction des besoins et du contexte de la société.

6. Accompagner les patients et leur donner les clés pour accéder à une santé juste

Le rôle des professionnels de santé est aussi d'accompagner les patients vers un accès aux soins optimal. Les difficultés pour être pris en charge et les discriminations subies peuvent impacter négativement la confiance des patients envers le système de santé, conduisant souvent à un renoncement aux soins. Elles peuvent provoquer des sentiments de frustration, de colère, d'angoisse, d'humiliation ou d'abandon et conduire dans les cas les plus extrêmes à un mal-être psychologique, un isolement voire des pensées suicidaires.

Il est donc du ressort des professionnels de santé de porter à la connaissance des patients les dispositifs d'aide dont ils peuvent bénéficier, qu'ils soient administratifs (AME par exemple),

financiers (CSS par exemple) ou juridiques (si refus de soin par exemple) et de leur véhiculer les messages de santé publique adaptés. Il est important que les acteurs de santé soient en collaboration étroite avec les travailleurs sociaux pour pouvoir orienter et accompagner les usagers.

Pour permettre au plus grand nombre d'accéder aux soins de manière équitable, une simplification des démarches administratives permettrait également d'offrir plus d'indépendance aux patients : (127)

- Formulaires de demande d'aides, telles que l'AME, traduits en plusieurs langues ;
- Échanges d'informations entre les administrations sans action de la part des usagers pour éviter des démarches supplémentaires, leur redondance et le risque qu'elles n'aboutissent pas ;
- Faciliter la domiciliation des personnes sans domicile stable afin qu'elles puissent prétendre à des prestations sociales ;
- Etc.

Enfin, les professionnels de santé se doivent de porter une attention particulière aux plus fragiles et de les empouvoirer, du terme anglais *empowerment*, c'est-à-dire d'augmenter leur pouvoir d'agir et la capacité des individus à s'impliquer dans les décisions qui les concernent. Les soignants peuvent suggérer aux patients qui seraient victimes de discrimination dans leur parcours de soin de : (56)

- demander un second avis s'ils pensent ne pas avoir été pris en charge de façon appropriée ;
- se rapprocher de spécialistes ou de consulter les listes de professionnels de santé recommandés par les associations de patients concernés ;
- venir accompagnés par un proche ou un représentant d'une association d'usagers de santé pouvant servir de témoin ;
- poser des questions sur la prise en charge, les choix de traitements, le suivi médical, etc. pour mieux comprendre les décisions prises pour leur santé ;
- dénoncer toute attitude discriminatoire subie grâce aux outils mis à leur disposition par l'Assurance maladie et les ordres professionnels.

En somme, les professionnels de santé occupent une place centrale dans la réduction des inégalités, tant dans leur pratique quotidienne que par leur capacité à faire de la relation de soin un espace d'écoute et d'équité. Leur rôle dépasse le seul acte médical et scientifique : il implique une vigilance éthique aux déterminants sociaux de la santé, une remise en question des biais implicites et un engagement actif en faveur d'un accès aux soins juste et inclusif.

C'est par leur exemplarité, leur capacité à reconnaître les vulnérabilités et à s'adapter aux besoins de chaque patient qu'ils peuvent contribuer concrètement à limiter les discriminations en matière de santé.

Cette responsabilité, aussi bien individuelle que collective, constitue l'un des leviers les plus puissants pour tendre vers une prise en charge réellement égalitaire et prépare ainsi le terrain aux évolutions systémiques nécessaires pour atteindre un système de santé inclusif et équitable.

Conclusion

L'ampleur et la persistance des discriminations dans le système de santé français, qu'elles soient liées au genre, à l'origine, au statut socio-économique, au handicap, à l'âge ou à l'orientation sexuelle, montrent qu'elles ne sont pas un problème marginal. Au contraire, elles structurent les parcours de soins, fragilisent les patients et creusent les inégalités de santé. Elles rappellent que la santé s'inscrit dans un contexte social, culturel et politique qui influence profondément la manière dont les individus sont perçus, écoutés et soignés. En cela, elles ne constituent pas seulement un problème individuel mais un véritable enjeu de santé publique et de justice sociale.

Ce constat doit inviter les soignants à une vigilance constante dans leur pratique. Les discriminations en santé sont rarement le fruit d'intentions explicites : elles résultent le plus souvent de biais inconscients, de stéréotypes profondément ancrés, d'organisations institutionnelles rigides et d'une histoire médicale marquée par des normes excluantes. Pourtant, leur impact est bien réel : elles altèrent la qualité de la relation thérapeutique, retardent certains diagnostics, limitent l'accès aux soins pour des groupes entiers de la population et alimentent parfois un sentiment de défiance envers le système de santé.

Face à ce constat, la responsabilité des soignants ne se limite pas au respect d'un principe d'égalité théorique, mais implique une prise de conscience et un véritable engagement vers l'inclusivité :

- reconnaître la singularité de chaque patient,
- déconstruire ses propres représentations,
- refuser la standardisation des corps et des expériences de santé,
- s'engager dans une prise en charge qui conjugue savoir scientifique et considération humaine.

Cet engagement est d'autant plus crucial dans un contexte où les inégalités sociales et territoriales de santé ne cessent de s'accroître.

Toutefois, la lutte contre les discriminations ne peut reposer uniquement sur la conscience individuelle des soignants. Elle suppose une transformation plus large des institutions, de la formation initiale et continue des soignants pour les sensibiliser aux discriminations, de la recherche biomédicale et de l'organisation des soins. La mise en place d'outils de sensibilisation, de protocoles inclusifs, de pratiques d'évaluation et de mécanismes de sanctions doit aller de pair avec une volonté politique affirmée de faire de l'égalité un principe effectif et non seulement proclamé.

Ainsi, tendre vers un système de santé plus inclusif et plus juste, c'est assumer que l'égalité n'est pas acquise mais à construire et que cette construction engage chaque soignant autant que la collectivité. Les discriminations en santé, loin d'être un simple déséquilibre d'accès, constituent une violence qui laisse des traces profondes dans les corps et dans les esprits.

Comme le résume Julien Talpin en 2021 dans son livre *L'épreuve de la discrimination* : « La discrimination est une violence, physique et symbolique. Elle tue, blesse, entraîne mal-être et dépression. Elle a des conséquences profondes sur la subjectivité et la santé des individus. [...] Ce qu'elle fait aux corps et aux âmes, la violence symbolique qu'elle constitue et ses incidences sociales et politiques demeurent insuffisamment investiguées, voire déniées par une société française qui refuse de regarder cette réalité en face. » (159)

RÉFÉRENCES

1. Habib, Marianne., et al. « Chapitre 4. Perception ». *Psychologie cognitive Cours, méthodologie, entraînement*, Armand Colin, 2018. p.96-127. CAIRN.INFO, shs.cairn.info/psychologie-cognitive--9782200621087-page-96?lang=fr
2. HECKETSWEILER, Philippe. *Histoire de la médecine, des malades, des médecins, des soins et de l'éthique biomédicale*. Ellipses, 2010.
3. Article L1110-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045212793
4. Article L1110-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045292687
5. Fabrique Territoires Santé. *Dossier ressources « Discriminations et santé: lutter contre les discriminations pour réduire les inégalités de santé »*, Juin 2022
6. 25 janvier : toutes et tous mobilisés contre le sexisme | Égalité-femmes-hommes [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/25-janvier-toutes-et-tous-mobilises-contre-le-sexisme>
7. Présentation et définitions du racisme et de l'antisémitisme | Égalité-femmes-hommes [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/presentation-et-definitions-du-racisme-et-de-lantisemitisme>
8. Egale Canada [Internet]. Termes / définitions : Systèmes d'oppression et de privilège. Disponible sur: <https://egale.ca/fr/awareness/systemes-oppression-privilege-termes/>
9. Grossophobie médicale : un danger pour la santé [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://open.spotify.com/episode/5kTPgFyhhMighDUREaXH53>
10. JEDRZEJEWSKI, Thibaut. EGaLe-MG: état des lieux des difficultés rencontrées par les homosexuels face à leurs spécificités de santé en médecine générale en France: réflexions sur le contexte et les données actuelles, l'histoire et les subjectivités gays et lesbiennes. 2016. Thèse de doctorat.
11. Lexique [Internet]. La Vigie des Imaginaires. Disponible sur: <https://lavigiedesimaginaires.fr/lexique/>
12. Criado Perez C. Femmes invisibles : comment le manque de données sur les femmes dessine un monde fait pour les hommes. F1RST éditions. 2020.
13. Aspinall E. Addressing the male standard in human anatomy texts [Internet]. UMN Libraries News & Events. 2018. Disponible sur: <https://libnews.umn.edu/2018/11/addressing-the-male-standard-in-human-anatomy-texts/>
14. ScienceDaily [Internet]. Medical Textbooks Use White, Heterosexual Men As A « Universal Model ». Disponible sur: <https://www.sciencedaily.com/releases/2008/10/081015132108.htm>
15. Kiefer B. La médecine et la norme. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2015/revue-medicale-suisse-486/la-medecine-et-la-norme>
16. Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. Les discriminations dans le système de santé français :un obstacle à l'accès aux soins - Espace presse. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/actualites/presse/les-discriminations-dans-le-systeme-de-sante-francais-un-obstacle-a-lacces-aux-soins/>
17. Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. Disponible sur: <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/actualites/article/prendre-en-compte-le-sexe-et-le-genre-pour-mieux-soigner-un-enjeu-de-sante>
18. Chez le médecin - Chroniques du sexisme ordinaire | Podcast on Spotify [Internet]. Disponible sur: <https://open.spotify.com/episode/4aJfIbid9SsmzewuXYfChS?si=1255a93236384648&nd=1&dlsi=b08e6da576e94f8e>
19. Salle, Muriel, and Catherine Vidal. Femmes et santé, encore une affaire d'hommes?. Belin éditeur, 2017.
20. Espérance de vie à divers âges | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631>

21. Espérance de vie en bonne santé : 67 ans (femmes), 65,6 ans (hommes) | vie-publique.fr [Internet]. 2023 Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/288403-esperance-de-vie-en-bonne-sante-67-ans-femmes-656-ans-hommes>
22. Gineste, Coline. "L'impact du sexisme sur la qualité des soins en gynécologie." Master en éthique du soin et recherche. Sous la direction de Flora Bastiani, Université de Toulouse Jean-Jaurès. Annexe IV. Enquête en ligne–12 14 (2016).
23. Mercer C. The Philosophical Roots of Western Misogyny. Disponible sur: https://www.academia.edu/44590863/The_Philosophical_Roots_of_Western_Misogyny
24. Moghaddam F. France Culture. 2020 "Santé des femmes : une très lente prise en compte depuis l'Antiquité." Disponible sur: <https://www.radiofrance.fr/franceculture/sante-des-femmes-une-tres-lente-prise-en-compte-depuis-l-antiquite-6713970>
25. Wirten S. Les cahiers de santé et de protection sociale. 2022 Le sexe et le genre à l'épreuve de la santé. Disponible sur: <https://cahiersdesante.fr/editions/le-sexe-et-le-genre-a-lepreuve-de-la-sante/>
26. Jackson G. The female problem: how male bias in medical trials ruined women's health. The Guardian [Internet]. 13 nov 2019 Disponible sur: <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2019/nov/13/the-female-problem-male-bias-in-medical-trials>
27. Doing Harm: Women's Health Disparities w/Maya Dusenbery [Internet]. 2022 Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=5ObA_6_uEm8
28. History of Women's Participation in Clinical Research [Internet]. Disponible sur: <https://orwh.od.nih.gov/toolkit/recruitment/history>
29. Sen. Kennedy EM [D M. S.1 - 103rd Congress (1993-1994): National Institutes of Health Revitalization Act of 1993 [Internet]. 1993 Disponible sur: <https://www.congress.gov/bill/103rd-congress/senate-bill/1>
30. BASTERRECHEA BB. RAPPORT sur la promotion de l'égalité des genres en matière de santé mentale et de recherche clinique | A8-0380/2016 | Parlement européen [Internet]. Disponible sur: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-8-2016-0380_FR.html
31. Office USGA. UNT Digital Library. United States. General Accounting Office.; 2001 Drug Safety: Most Drugs Withdrawn in Recent Years Had Greater Health Risks for Women. Disponible sur: <https://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc297960/>
32. Winchester N. Women's health outcomes: Is there a gender gap? 1 juill 2021 Disponible sur: <https://lordslibrary.parliament.uk/womens-health-outcomes-is-there-a-gender-gap/>
33. Justice MJ. Sex matters in preclinical research. Dis Model Mech. 7 mars 2024;17(3):dmm050759.
34. Inserm [Internet]. Qu'est-ce que la règle des 3 R ? · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/modeles-animaux/qu-est-regle-3-r/>
35. Soldin OP, Chung SH, Mattison DR. Sex Differences in Drug Disposition. J Biomed Biotechnol. 2011;2011:187103.
36. Inserm [Internet]. Genre et Santé : attention aux clichés ! · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/actualite/genre-et-sante-attention-cliches/>
37. Santé des femmes [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
38. Dusenbery M. Medical research has a woman problem [Internet]. New York Post. 2018 Disponible sur: <https://nypost.com/2018/04/21/medical-research-has-a-woman-problem/>
39. V A. Le syndrome de Yentl ou La cardiologie est-elle de sexe masculin ? [Internet]. Ligue Cardiologique Belge. 2022 Disponible sur: <https://liguecardioliga.be/le-syndrome-de-yentl-ou-la-cardiologie-est-elle-de-sexe-masculin/>
40. Al B, Sk M, Rh S, S M, Lj M, Tp A, et al. Gender Disparities Among Adult Recipients of Bystander Cardiopulmonary Resuscitation in the Public. PubMed [Internet]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30354377/>
41. Une campagne pour sensibiliser au risque de maladies cardiovasculaires chez les femmes [Internet]. 2024 Disponible sur: <https://www.ameli.fr/hauts-de-seine/assure/actualites/une-campagne-pour-sensibiliser-au-risque-de-maladies-cardiovasculaires-chez-les-femmes>

42. Accoucher avec ou sans péridurale ? Naissance d'un débat. 30 août 2017 Disponible sur: https://www.lemonde.fr/maternite/article/2017/08/30/accoucher-avec-ou-sans-peridurale-naissance-d-un-debat_5178710_1655340.html
43. Dominicé Dao M, Gerosa D, Pélieu I, Haller G. Allophone immigrant women's knowledge and perceptions of epidural analgesia for labour pain: a qualitative study. *BMJ Open*. 15 avr 2022;12(4):e057125.
44. Reby D, Levréro F, Gustafsson E, Mathevon N. Sex stereotypes influence adults' perception of babies' cries. *BMC Psychology*. 14 avr 2016;4(1):19.
45. Hoffmann DE, Tarzian AJ. The Girl Who Cried Pain: A Bias Against Women in the Treatment of Pain. 2001;29.
46. Samulowitz A, Gremyr I, Eriksson E, Hensing G. "Brave Men" and "Emotional Women": A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. *Pain Res Manag*. 25 févr 2018;2018:6358624.
47. Inter L pôle É de F. France Inter. 2023 Aux origines du préjugé sexiste de « la femme hystérique ». Disponible sur: <https://www.radiofrance.fr/franceinter/aux-origines-du-prejugé-sexiste-de-la-femme-hysterique-5611374>
48. Yu S. Uncovering the hidden impacts of inequality on mental health: a global study. *Transl Psychiatry*. 18 mai 2018;8:98.
49. Ogrodniczuk JS, Oliffe JL. Les hommes et la dépression. *Can Fam Physician*. févr 2011;57(2):e39-41.
50. Chronique du sexisme ordinaire : Chez le médecin [Podcast]. 2022 Disponible sur: <https://open.spotify.com/episode/4aJFbld9SsmzewuXYfChS>
51. imind. TSA et genre : pourquoi les femmes autistes sont-elles sous-diagnostiquées ? [Internet]. IMIND. 2022 Disponible sur: <https://centre-imind.fr/femmes-autistes/>
52. Une infographie sur les femmes autistes : principales spécificités [Internet]. Comprendre l'autisme. 2019 Disponible sur: <https://comprendrelautisme.com/une-infographie-sur-les-femmes-autistes-principales-specificites/>
53. Weyand AC, James PD. Sexism in the management of bleeding disorders. *Research and Practice in Thrombosis and Haemostasis*. 2021;5(1):51-4.
54. Fairweather D, Frisancho-Kiss S, Rose NR. Sex Differences in Autoimmune Disease from a Pathological Perspective. *Am J Pathol*. sept 2008;173(3):600-9.
55. Schwartzman-Morris J, Putterman C. Gender Differences in the Pathogenesis and Outcome of Lupus and of Lupus Nephritis. *Journal of Immunology Research*. 2012;2012(1):604892.
56. Gender bias in medical diagnosis: Facts, causes, and impact [Internet]. 2021 Disponible sur: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/gender-bias-in-medical-diagnosis>
57. Gortázar AR, Ardura JA. The Conversation. 2023. Ostéoporose masculine : un danger réel... et trop souvent sous-estimé. Disponible sur: <http://theconversation.com/osteoporose-masculine-un-danger-reel-et-trop-souvent-sous-estime-198341>
58. Winckler M. Libération. Tous égaux devant la médecine... Surtout les hommes. Disponible sur: https://www.liberation.fr/debats/2017/03/22/tous-egaux-devant-la-medecine-surtout-les-hommes_1557628/
59. Zaafrane F, Faleh R, Melki W, Sakouhi M, Gaha L. Le syndrome prémenstruel : revue générale. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1 nov 2007;36(7):642-52.
60. The Independent [Internet]. 2016 One in five men have erectile dysfunction. 90% of women experience PMS. Guess which one researchers study more? Disponible sur: <https://www.independent.co.uk/news/science/pms-erectile-dysfunction-studies-penis-problems-period-pre-menstrual-pains-science-disparity-a7198681.html>
61. Bianchi-Demicheli F. Le trouble dysphorique prémenstruel : diagnostic et stratégie thérapeutique. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2006/revue-medicale-suisse-52/le-trouble-dysphorique-premenstruel-diagnostic-et-strategie-therapeutique>
62. Candau Y. Association EndoFrance. 2020 L'endométriose enfin introduite dans les cours de 2nd cycle des études médicales • Association EndoFrance. Disponible sur: <https://endofrance.org/lendometriose-enfin-introduite-dans-les-cours-de-2nd-cycle-des-etudes-medicales/>

63. Le parcours de soins et la qualité de vie des femmes atteintes d'endométriose • Association EndoFrance [Internet]. Association EndoFrance. Disponible sur: <https://endofrance.org/nos-actions/le-parcours-de-soins-et-la-qualite-de-vie-des-femmes-atteintes-dendometrioise/>
64. Candau Y. Association EndoFrance. 2022 La prise en charge de l'endométriose en ALD 31 : les critères d'obtention • Association EndoFrance. Disponible sur: <https://endofrance.org/la-prise-en-charge-de-lendometrioise-en-ald-31-les-criteres-dobtention/>
65. NICM HRI | Pregnancy doesn't « cure » endometriosis, so where does this advice come from? [Internet]. Disponible sur: https://www.westernsydney.edu.au/nicmhri/news/pregnancy_doesnt_cure_endometriosis_so_where_does_this_advice_come_from
66. DGS_Céline.M, DGS_Céline.M. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. La ménopause : s'informer et en parler. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/sante-des-femmes/article/la-menopause-s-informer-et-en-parler>
67. How Gaps in Research Lead to Gaps in Care for Aging Women | Harvard Medical School [Internet]. 2024 Disponible sur: <https://hms.harvard.edu/news/how-gaps-scientific-data-lead-gaps-care-aging-women>
68. Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/syndrome-ovaires-polykystiques-sopk/>
69. Le lipoedème – Pour une approche pluridisciplinaire [Internet]. REVUE GENESIS. 2024 Disponible sur: <https://www.revuegenesis.fr/le-lipoedeme-pour-une-approche-pluridisciplinaire/>
70. Intersectionality: Amplifying Impacts on Health Equity [Internet]. Disponible sur : <https://www.mathematica.org/blogs/intersectionality-amplifying-impacts-on-health-equity>
71. Défenseur des Droits [Internet]. Lutter contre les discriminations dans l'accès aux soins : les recommandations de la Défenseure des droits. Disponible sur: <https://www.defenseurdesdroits.fr/lutter-contre-les-discriminations-dans-lacces-aux-soins-les-recommandations-de-la-defenseure-des>
72. F C, G O, Fx A, H G, M R, F B, et al. Do emergency medicine health care workers rate triage level of chest pain differently based upon appearance in simulated patients? PubMed [Internet]. Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38100643/?mynclbshare=ifrunillib&otool=ifrunillibdds&holding=ifrunillib_fft
73. European Union Agency for Fundamental Rights. Being Muslim in the EU: experiences of Muslims : EU Survey on immigrants and descendants of immigrants. [Internet]. LU: Publications Office; 2024 Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2811/2893>
74. Le Serment d'Augusta | Je regarderai la « race » en face - Programme B | Podcast on Spotify [Internet]. Disponible sur: <https://open.spotify.com/episode/64eqFURbR8tNXrUXAS14LJ?si=OSK6uGZkR22-L8u4I3v5fA&nd=1&dlsi=60426bd73f774b81>
75. Georges Cuvier, « Extraits d'observations faite sur le cadavre d'une femme connue à Paris et à Londres sous le nom de Vénus Hottentotte », dans les Mémoires du Muséum d'histoire naturelle, Vol. 3, Belin, Paris 1817, p. 271.
76. Paul Broca - Emblème de la raciologie « républicaine » [Internet]. Disponible sur: <https://www.education-racisme.fr/de-la-classification-arbitraire/autour-des-scientifiques-lelite-intellectuelle-mobilisee/paul-broca-1842-1882-embleme-de-la-raciologie-republicaine/>
77. France Culture [Internet]. Ce que fait le racisme à la santé : épisode 4/4 du podcast La santé autrement. Disponible sur: <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/lse-la-serie-documentaire/ce-que-fait-le-racisme-a-la-sante-7988796>
78. Sauvegrain P. Les parturientes « africaines » en France et la césarienne: Analyses sociologiques d'un conflit de quatre décennies avec les équipes hospitalières. as. 13 mars 2014;37(3):119-37.
79. Shema M. La santé est politique. Belfond. 2025.
80. Article 8 - Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000037090124/2018-05-25

81. Article 1 - Constitution du 4 octobre 1958 - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000019240997/2023-10-18
82. Section 5 : Des atteintes aux droits de la personne résultant des fichiers ou des traitements informatiques. (Articles 226-16 à 226-24) - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006165313?init=true&page=1&query=article+226-19+du+code+p%C3%A9nal&searchField=ALL&tab_selection=all&anchor=LEGIARTI000037825496#LEGIARTI000037825496
83. 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. 9 janv 2020;20(1):31.
84. Beauchemin C, Hamel C, Simon P. Trajectoires et origines. Ined Éditions; 2016.
85. Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. Les discriminations dans le système de santé français : un obstacle à l'accès aux soins - Espace presse. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/actualites/presse/les-discriminations-dans-le-systeme-de-sante-francais-un-obstacle-a-lacces-aux-soins/>
86. Franceinfo [Internet]. 2018 Ce que l'on sait de l'histoire de Naomi Musenga, morte après avoir été raillée par une opératrice du Samu. Disponible sur: https://www.franceinfo.fr/sante/ce-que-l-on-sait-de-l-histoire-de-naomi-musenga-morte-apres-avoir-tente-d-appeler-a-l-aide-le-samu_2743789.html
87. Article L1111-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721051
88. Haute Autorité de Santé - Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2746031/fr/interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante
89. Fawzy A, Wu TD, Wang K, Robinson ML, Farha J, Bradke A, et al. Racial and Ethnic Discrepancy in Pulse Oximetry and Delayed Identification of Treatment Eligibility Among Patients With COVID-19. JAMA Internal Medicine. 1 juill 2022;182(7):730-8.
90. Choy T, Baker E, Stavropoulos K. Systemic Racism in EEG Research: Considerations and Potential Solutions. Affect Sci. 26 mai 2021;3(1):14-20.
91. Nadin D. Massive Science. 2020. EEG research is racially biased, so undergrad scientists designed new electrodes to fix it. Disponible sur: <https://massivesci.com/articles/racial-bias-eeeg-electrodes-research/>
92. Masson E. EM-Consulte. Inadéquation du facteur ethnique pour l'estimation du débit de filtration glomérulaire en population générale noire-africaine : résultats en Côte d'Ivoire. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1089754/inadequation-du-facteur-ethnique-pour-l-estimation>
93. Le HuffPost [Internet]. 2021 Cette illustration d'un fœtus noir ravive le débat sur la diversité en médecine. Disponible sur: https://www.huffingtonpost.fr/life/article/cette-illustration-d-un-f-tus-noir-ravive-le-debat-sur-la-diversite-en-medecine_189654.html
94. Dissecting racial bias in an algorithm used to manage the health of populations | Science [Internet]. Disponible sur: <https://www.science.org/doi/10.1126/science.aax2342>
95. Tong M, Published SA. Use of Race in Clinical Diagnosis and Decision Making: Overview and Implications [Internet]. KFF. 2021. Disponible sur: <https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/use-of-race-in-clinical-diagnosis-and-decision-making-overview-and-implications/>
96. Accès aux soins et inégalités de santé [Internet]. 2017 Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=m9ufYfwECCM>
97. Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV – Économie et Statistique n° 469-470 - 2014 | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2122367?sommaire=1377989>
98. Renoncement aux soins pour raisons financières | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites->

sante.gouv.fr/publications/dossiers-solidarite-et-sante-1998-2016/renoncement-aux-soins-pour-raisons-financieres

99. Les Echos [Internet]. 2019 Pourquoi 59 % des Français ont-ils déjà dû renoncer à des soins ? Disponible sur: <https://www.lesechos.fr/thema/sante-accompagnement/pourquoi-59-des-francais-ont-ils-deja-du-renoncer-a-des-soins-1148978>
100. Allonier C, Dourgnon P, Rochereau T. Santé, soins et protection sociale en 2004 : Enquête Santé et protection sociale (ESPS).
101. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. La stratégie nationale de santé 2018-2022. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>
102. Qu'est-ce que le ticket modérateur ? [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/reste-charge/ticket-moderateur>
103. Quels sont les tarifs d'un médecin (conventionné ou non) ? [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17042>
104. Article R4127-53 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042795663
105. Article 1 - Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000006758101?fonds=LEGI&page=1&pageSize=10&query=couverture+maladie+universelle&searchField=ALL&searchType=ALL&tab_selection=all&typePaging=DEFAULT
106. URPS Chirurgiens-dentistes des Hauts-de-France. CMU, CMU-C, PUMA, C2S, AME...comment s'y retrouver ? [Internet]. Disponible sur: <https://urpscd-hdf.fr/wp-content/uploads/2023/05/Dossier-droits-sociaux-mai-juin-2022.pdf>
107. Contamines M. Inégalités en santé: étude de l'influence du gradient d'exposition à la précarité sur les prescriptions médicamenteuses des médecins généralistes de la Vienne, de 2019 à 2021. [Internet]. Disponible sur: <https://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/d5ec0fd1-2a7a-45b1-813c-44a0cbcd53d6>
108. F J, P D, J W, J S. Questions d'économie de la santé 245 : Le recours à l'Aide médicale de l'état des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas. IRDES. Institut de Recherche en Economie de la santé. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/2019/qes-245-le-recours-a-l-aide-medicale-de-l-etat-des-personnes-en-situation-irreguliere-en-france-enquete-premiers-pas.html>
109. Rapport, n° 4665 [Internet]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cemigrants/l15b4665_rapport-enquete
110. Article L711-7-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006694658/1998-07-31
111. Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'état | Institut des Politiques Publiques – IPP [Internet]. 2023 Disponible sur: <https://www.ipp.eu/publication/les-refus-de-soins-opposes-aux-beneficiaires-de-la-complementaire-sante-solidaire-et-de-laide-medicale-de-letat/>
112. Défenseur des Droits [Internet]. Etude - Les refus de soins discriminatoires : tests dans trois spécialités médicales. Disponible sur: <https://www.defenseurdesdroits.fr/etude-les-refus-de-soins-discriminatoires-tests-dans-trois-specialites-medicales-363>
113. Complémentaire santé solidaire avec participation financière : un taux de non-recours en baisse pour la première fois en 2021 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/jeux-de-donnees-communique-de-presse/complementaire-sante-solidaire-avec-participation-financiere>
114. Enquête Premiers pas sur l'accès aux soins des personnes étrangères sans titre de séjour - Irdes [Internet]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/enquetes/premiers-pas/actualites.html>
115. Qu'est-ce qu'un désert médical, quelles actions des pouvoirs publics ? | vie-publique.fr [Internet]. 2022 Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/fiches/37859-quest-ce-quun-desert-medical-queelles-actions-des-pouvoirs-publics>

116. Professionnels de santé au 1^{er} janvier 2023 | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677>
117. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/deserts-medicaux-comment-les-definir-comment-les-mesurer>
118. Sous-section 1 : Création, transfert ou regroupement (Articles R5125-1 à R5125-7) - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006196571>
119. #16: L'accès aux médecins en France. [Internet]. 2024 Disponible sur: <https://open.spotify.com/episode/4WtjwMIGLRJF8ftEglzoU>
120. CNC DH [Internet]. Avis sur les inégalités sociales de santé. Disponible sur: <https://www.cncdh.fr/publications/avis-sur-les-inegalites-sociales-de-sante-2022-1>
121. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. Disponible sur: https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/8/2025_8_1.html
122. SPF. Perception, compréhension et utilisation du Nutri-Score dans l'objectif d'informer sur l'évolution de son algorithme. Une étude qualitative française incluant une observation des achats. [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/enquetes-etudes/perception-comprehension-et-utilisation-du-nutri-score-dans-l-objectif-d-informer-sur-l-evolution-de-son-algorithme.-une-etude-qualitative-francaise>
123. Nutri-Score [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/articles/nutri-score>
124. Hojjat TA. The Economics of Obesity: Poverty, Income Inequality, and Health [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2021 Disponible sur: <https://link.springer.com/10.1007/978-3-030-78487-4>
125. Recours à la vaccination contre le Covid- 19 : de fortes disparités sociales | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/recours-la-vaccination-contre-le-covid-19-de>
126. Les inégalités sociales en matière de santé sont un peu plus marquées en France qu'en Europe – France, portrait social | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7666907?sommaire=7666953#onglet-1>
127. adsp n° 113 - Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution [Internet]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=1174>
128. En 2021, les inégalités et la pauvreté augmentent - Insee Première - 1973 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7710966>
129. La santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité | Égalité-femmes-hommes [Internet]. 2017 Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/la-sante-et-lacces-aux-soins-une-urgence-pour-les-femmes-en-situation-de-precarite>
130. Photographie statistique de la sinistralité au travail en France selon le sexe | Anact [Internet]. Disponible sur: <https://www.anact.fr/photographie-statistique-de-la-sinistralite-au-travail-en-france-selon-le-sexe>
131. Loretta A. Les logiques sociales de la décision médicale. Étude des critères de prescription médicale en cancérologie des voies aérodigestives supérieures. Disponible sur: <https://stm.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2019-4-page-37>
132. Article R4235-6 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913656
133. 1. Article R4127-7 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912868

134. BRUNI T. Mediapart. 2020 « GLOBULE NOIR » : Le CRAN menace de déposer plainte contre le CNOM et le CNOI. Disponible sur: <https://blogs.mediapart.fr/thiaba-bruni/blog/071220/globule-noir-le-cran-menace-de-deposer-plainte-contre-le-cnom-et-le-cnoi>
135. Trouver un médecin Gay-friendly [Internet]. Association STOP homophobie. 2025 Disponible sur: <https://www.stophomophobie.com/trouver-un-medecin-gay-friendly/>
136. MEDECIN GAY LGBT FRIENDLY [Internet]. MEDECINS LGBT-FRIENDLY Professionnels de Santé Gay-friendly. Disponible sur: <https://www.medecin-gay-friendly.fr/>
137. Listes soignant.e.s [Internet]. Disponible sur: <https://graspolitique.fr/listes-soignant-e-s-2/>
138. Mosaic toolkit to end stigma and discrimination in mental health [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289061384>
139. VIDAL [Internet]. 2023 La pilule du lendemain. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/sexualite-contraception/contraception-feminine/pilule-lendemain.html>
140. DU - prise en charge de la transidentité [Internet]. Formation Continue Sorbonne Université. Disponible sur: <https://fc.sorbonne-universite.fr/nos-offres/prise-en-charge-de-la-transidentite/>
141. Médecine de la diversité (EAD) [Internet]. 2025 Disponible sur: <https://formations.unistra.fr/fr/formations/diplome-d-universite-du-diu-DU/du-et-diu-medecine-maieutique-et-sciences-de-la-sante-FH190/medecine-de-la-diversite-ead-PR1685.html>
142. AJNS – African Journal of Neurological Sciences | » RECHERCHE MÉDICALE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE : SES CONTRAINTES ET SES POTENTIALITÉS [Internet]. Disponible sur: <https://ajns.paans.org/recherche-medecale-en-afrique-subsaharienne-ses-contraintes-et-ses-potentialites/>
143. Cancer colorectal et facteurs de risque • Cancer Environnement [Internet]. Cancer Environnement. Disponible sur: <https://www.cancer-environnement.fr/fiches/cancers/cancer-colorectal/>
144. Mars Bleu - Dépistage du cancer colorectal | ICM Montpellier [Internet]. Disponible sur: <https://www.icm.unicancer.fr/fr/l'institut-du-cancer-de-montpellier/mars-bleu>
145. Je cherche un appareil d'IRM à champ ouvert ou à large tunnel | Cité des sciences et de l'industrie [Internet]. Disponible sur: <https://www.cite-sciences.fr/index.php?id=5622&L=1>
146. DermatoExpert [Internet]. DermatoExpert - Votre Expert Dermatologique en Pharmacie. Disponible sur: <https://www.dermatoexpert.fr/>
147. TEXTE consolidé: 32001L0083 — FR — 26.07.2019 [Internet]. Disponible sur: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:02001L0083-20190726>
148. HandiCaPZéro: notices de médicaments • Confort de lecture [Internet]. Disponible sur: <https://www.handicapzero.org/cdl/fs/sante/notices-de-medicaments>
149. NIGEN CL. Préservatifs et contraception d'urgence : ce qui change au 1er janvier 2023 [Internet]. Fédération des Pharmaciens de France. 2023. Disponible sur: <http://www.fspf.fr/preservatifs-et-contraception-durgence-ce-qui-change-au-1er-janvier-2023/>
150. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2020 Discriminations et soins. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/discriminations-soins>
151. Article 225-2 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033975382
152. Female patients operated on by male surgeons more likely to die, suffer complications: U of T study | University of Toronto [Internet]. Disponible sur: <https://www.utoronto.ca/news/female-patients-operated-male-surgeons-more-likely-die-suffer-complications-u-t-study>
153. FEHAP [Internet]. Femmes et métiers de la santé et de l'accompagnement : 18 femmes témoignent. Disponible sur: https://www.fehap.fr/jcms/navigation-internet/femmes-et-metiers-de-la-sante-et-de-l-accompagnement-18-femmes-temoignent-et-donnent-un-regard-inedit-sur-leur-metier-pfehapp_138241

154. CNOP [Internet]. Démographie des pharmaciens 2022 : principales tendances. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/demographie-des-pharmaciens-2022-principales-tendances>
155. La démographie des professionnels de santé | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/la-demographie-des-professionnels-de-sante>
156. Le Quotidien du Médecin [Internet]. Où sont les femmes à l'Ordre des médecins ? Disponible sur: <http://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/ou-sont-les-femmes-lordre-des-medecins>
157. Plus de femmes médecins oui, mais toujours pas à hauts postes [Internet]. 2025 Disponible sur: <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/plus-de-femmes-medecins-oui-mais-toujours-pas-hauts-postes>
158. Les médecins généralistes libéraux s'installent souvent à proximité de leurs lieux de naissance ou d'internat - Insee Première - 2024 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8281726?continue>
159. Julien Talpin et al., L'épreuve de la discrimination, enquête dans les quartiers populaires, PUF, 2021, pp. 1-2.

LES SYMPTÔMES ATYPIQUES DE L'INFARCTUS CHEZ LES FEMMES

Au-delà du symptôme classique chez les hommes, douleur brutale en étau dans la poitrine irradiant dans le bras gauche et la mâchoire, près de la moitié des femmes victimes d'un infarctus ressentent d'autres symptômes atypiques, souvent associés, pouvant parfois aussi précéder la douleur dans la poitrine.

Essoufflement
progressif
à l'effort



Palpitations



Symptômes digestifs
récurrents : nausées,
gêne ou brûlure
gastrique...



Epuisement ou grande
fatigue au quotidien



Sensation
d'angoisse
et de danger
imminent



Douleur aigue
dans le haut du
dos, entre les
omoplates ou
dans le cou



Sueurs
froides



SOYEZ PARTICULIÈREMENT VIGILANTE

si vous avez plusieurs facteurs de risque cardio-vasculaire :
tabac, inactivité physique, surpoids-obésité, stress,
vulnérabilité sociale, hypertension artérielle, diabète,
cholestérol, contraception avec oestrogènes de synthèse...

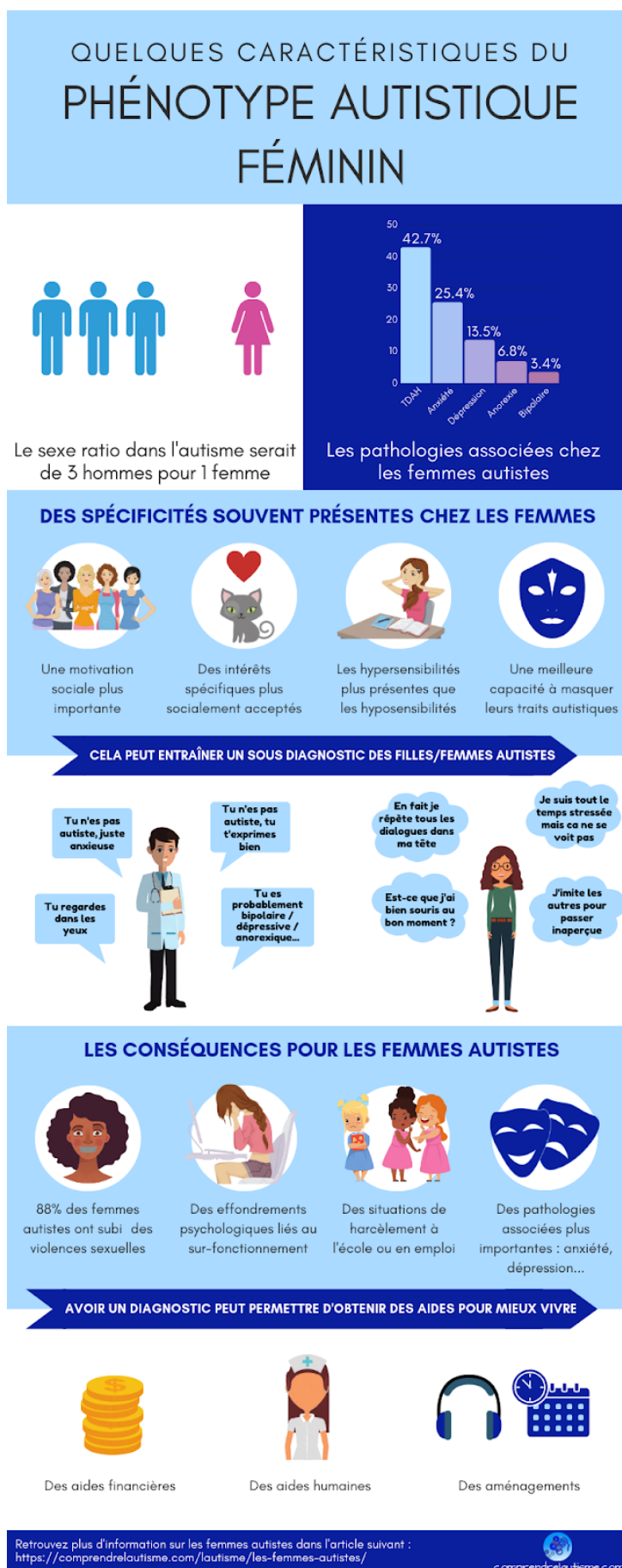
N'hésitez pas à appeler le 15 ou le 112.



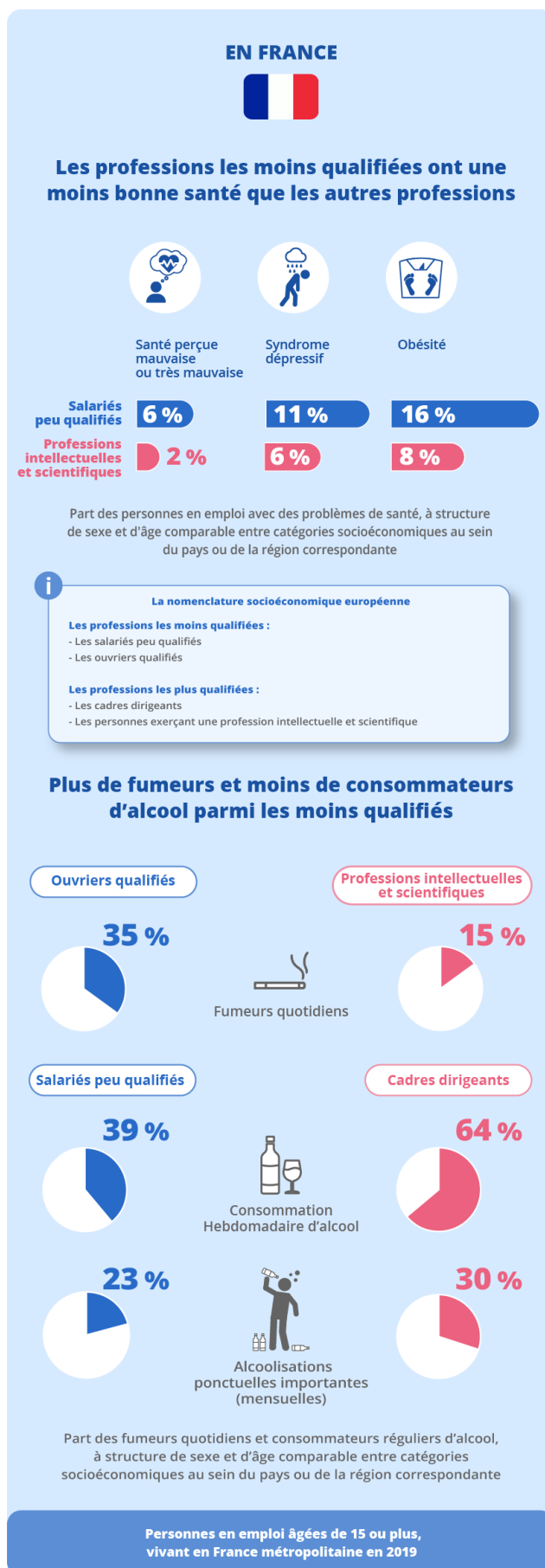
**Agir pour
le Cœur
des Femmes**

Women's Cardiovascular Healthcare Foundation

www.agirpourlecoeurdesfemmes.com



Annexe 3 : Les inégalités sociales en matière de santé sont un peu plus marquées en France qu'en Europe, Insee, 2023



Saisine pour refus de soins discriminatoire

Vous estimant victime d'un refus de soins, vous saisissez par ce courrier l'une des autorités compétentes pour la mise en place d'une conciliation

1 - Votre identité et vos coordonnées	
Nom Prénom	
Adresse postale	
N° de téléphone	
Adresse électronique	
Moyen par lequel vous souhaitez recevoir votre convocation	<input type="checkbox"/> Courrier <input type="checkbox"/> Courriel

2 – Le professionnel de santé mis en cause	
<i>Si vous ne connaissez pas l'identité du professionnel de santé, merci de renseigner les informations permettant de l'identifier, par exemple sa spécialité et le numéro de téléphone du secrétariat médical</i>	
Nom Prénom	
Spécialité exercée	
Adresse du lieu d'exercice	
Numéro de téléphone du secrétariat médical	
Autre information permettant d'identifier le professionnel de santé mis en cause	

2 – Les faits reprochés	
Date des faits	
Description des faits reprochés	

Cette saisine est à adresser :

- soit **au directeur de la caisse d'assurance maladie** à laquelle vous êtes rattaché (Caisse primaire d'assurance maladie [CPAM], Caisse générale de sécurité sociale [CGSS], caisse de la Mutualité sociale agricole [MSA] ou Caisse de sécurité sociale de Mayotte [CSSM]) ;
- soit **au président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel** dont dépend le professionnel de santé mis en cause (le conseil départemental ou interdépartemental de l'ordre concernant les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, le conseil régional ou interrégional de l'ordre concernant les pédicures-podologues et les pharmaciens).

La séance de conciliation sera organisée dans **un délai de trois mois** suivant la réception de la plainte.

La personne qui s'estime victime d'un refus de soins discriminatoire peut saisir d'une plainte le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil de l'ordre professionnel dont dépend le professionnel mis en cause.

Ce refus de soins discriminatoire peut prendre la forme d'une des pratiques suivantes, non exhaustives :

- *l'orientation répétée ou abusive sans justification médicale vers un autre professionnel, centre ou établissement de santé ;*
- *la fixation d'un délai de rendez-vous manifestement excessif au regard des délais habituellement pratiqués par le professionnel ;*
- *le non-respect des tarifs opposables pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (anciennement la couverture maladie universelle complémentaire [CMU-c] et l'aide au paiement d'une complémentaire santé [ACS]), des limitations d'honoraires ou des plafonds tarifaires ;*
- *le refus d'appliquer le tiers payant ou d'élaborer un devis dans les situations où ils sont prévus par la loi ou la voie conventionnelle ;*
- *les pratiques, attitudes et comportements, intentionnels ou non, conduisant à un traitement différencié du patient, un motif discriminatoire cités tel que l'origine, la religion, le handicap, l'orientation sexuelle, le bénéfice de la complémentaire santé solidaire ou de l'aide médicale de l'État, etc.*



L'affiche est divisée en deux parties principales par une diagonale. La partie supérieure, sur un fond photographique d'une main posée sur une poitrine avec un pictogramme d'avertissement, contient les logos de l'Ordre National des Médecins et de l'Assurance Maladie. La partie inférieure, sur un fond orange, contient le titre principal, le texte de la loi, des explications sur le refus de soins discriminatoire, des conseils de protection, une procédure de signalement et des contacts utiles.

LE REFUS DE SOINS DISCRIMINATOIRE EST INTERDIT

La loi précise qu'« aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins » (article L. 1110-3 du code de la santé publique).

Qu'est-ce qu'un refus de soins discriminatoire ?
Il s'agit d'une discrimination si un professionnel de santé :

- refuse de vous recevoir ou vous traite d'une façon irrespectueuse, en raison, par exemple, de votre nationalité, votre religion, votre orientation sexuelle, votre âge, votre état de santé, votre handicap, votre couverture maladie (Complémentaire santé solidaire ou Aide médicale d'État);
- vous demande des dépassements d'honoraires ou refuse de vous appliquer le tiers payant alors que vous êtes bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire ou de l'Aide médicale d'État.

La loi vous protège, ne restez pas seul !
Si vous pensez être victime d'un refus de soins discriminatoire, parlez-en :

- à votre médecin;
- à une association d'usagers : elle peut vous aider, vous accompagner dans vos démarches.

Une procédure spécifique existe pour signaler un refus de soins discriminatoire.
Vous pouvez contacter le conseil départemental de l'Ordre des médecins (voir les adresses des conseils départementaux sur le site **www.conseil-national.medecin.fr**) **ou encore votre organisme local d'assurance maladie** (www.ameli.fr/assure/droits-demarches/reclamation-mediation-voies-de-recours/plainte-refus-soins-discriminatoire).

Contacts utiles

- Mouvement français pour le planning familial : planning-familial.org
- Santé Info Droits : 01 53 62 40 30 – la ligne de France Assos Santé
- Unapei : 01 44 85 50 50 – public@unapei.org
- APF – France handicap : contactez la délégation APF la plus proche de chez vous pour partager votre situation avec nos référents Handi-droits – www.apf-francehandicap.org/carte – 01 40 78 69 00
- AIDES, association de lutte contre le VIH/sida et les hépatites virales : refus-de-soins@aides.org

Commission d'évaluation des pratiques de refus de soins auprès du Conseil national de l'Ordre des médecins - Mars 2022

Université de Lille
UFR3S-Pharmacie
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2024/2025

Nom : PAGNUCCO

Prénom : Claire

Titre de la thèse : Promouvoir un système de sante plus équitable et inclusif :
Rôle des soignants dans la lutte contre les discriminations

Mots-clés :

Discriminations – Inclusion – Sexisme – Racisme – Inégalités socio-économiques – Accès aux soins – Stéréotypes – Biais systémiques – Intersectionnalité – Rôle des soignants

Résumé :

Cette thèse explore la manière dont les discriminations influencent l'accès et la qualité des soins et le rôle déterminant des soignants pour construire un système de santé plus équitable. Les inégalités liées au genre apparaissent d'abord à travers l'exclusion historique des femmes des essais cliniques et la persistance de stéréotypes qui biaisent la prise en charge, retardent les diagnostics et aggravent certaines pathologies. Les discriminations raciales, issues d'un héritage colonial, nourrissent également des représentations erronées : sous-estimation de la douleur, protocoles inadaptés, matériel médical pensé pour des patients blancs, ou encore absence de recours à l'interprétariat, renforçant la défiance vis-à-vis du système de soins. À cela s'ajoutent les inégalités socio-économiques, où les obstacles financiers, administratifs et territoriaux limitent l'accès aux soins pour les populations défavorisées et entraînent un renoncement fréquent à la prévention et à la prise en charge. Face à ces biais systémiques, les professionnels de santé disposent de leviers essentiels : questionner et dépasser leurs propres préjugés, garantir l'égalité dans les prises en charge et exiger une meilleure représentativité de la population dans tous les domaines de la santé. L'engagement des soignants apparaît ainsi comme une condition indispensable pour garantir à chaque patient un accès équitable et respectueux aux soins.

Membres du jury :

Président du jury et directeur de thèse : Monsieur Éric Sergheraert, Professeur des Universités, Faculté de Pharmacie, Université de Lille

Membres extérieurs : Madame Pauline Claeys, Docteure en Pharmacie –
Pharmacienne dans l'industrie, Paris
Madame Mathilde Quesselaire, Docteure en Pharmacie –
Pharmacienne dans l'industrie, Paris