

Racisme et pratique de la médecine: éléments pour un apprentissage nécessaire

Pr PATRICK BODENMANN^a, FARAH HRASNICA^b, DIMITRI PROD'HOM^b, ÈVE MARIE PERRIN^b, ALESSANDRO ISHII^b, RAPHAËL PORRET^b,
CÉDRIC FRICKER^b, Drs KEVIN MORISOD^a, JAVIER SANCHIS ZOZAYA^a, MARY E. MALEBRANCHE^a, ALEX GREEN^c et Pr PIERRE-ALEXANDRE BART^d

Rev Med Suisse 2020; 16: 1373-9

Le nouveau catalogue des objectifs d'enseignement de la médecine dans les universités suisses (PROFILES) souligne l'importance de l'enseignement de l'impact sur la santé et les soins des différences ethniques, culturelles, spirituelles, religieuses, et des déterminants socio-économiques de la santé et de la maladie. Parallèlement, la réalité sociale du moment nous rappelle que le racisme est toujours présent dans nos sociétés. Dès lors, un enseignement aux étudiant-e-s de médecine est nécessaire. Celui-ci devra intégrer des connaissances de base mais aussi et surtout la compréhension des mécanismes sous-jacents qui permettra d'appréhender les notions de préjugés, stéréotypes et discriminations. Enfin, l'introspection, l'acquisition de compétences transculturelles et d'humilité culturelle permettront de faire face à cette autre épidémie.

Racism and the practice of medicine: elements for a required learning

The new catalogue of objectives for medical education at Swiss universities (PROFILES) underlines the importance of teaching the impact of ethnic, cultural, spiritual and religious differences and the socio-economic determinants of health and illness on health and care. At the same time, the social reality of the moment reminds us that racism is still present in our societies. Therefore, education for medical students is necessary. This should include basic knowledge but also, and above all, an understanding of the underlying mechanisms that will enable them to grasp the notions of prejudice, stereotypes and discrimination. Finally, introspection, the acquisition of cross-cultural skills and cultural humility will help to deal with this other epidemic.

INTRODUCTION

En avril 2019, lors d'un événement festif, un épisode de grimace en noir du visage (*Blackface*) par des étudiant-e-s en

médecine lausannoise, médiatisé au travers des réseaux sociaux, a soulevé de multiples réactions d'indignation et d'inquiétude au sein de l'Université de Lausanne. Une réaction rapide des étudiant-e-s, de l'Association des étudiantes en médecine de Lausanne (AEML), du rectorat de l'université, puis du décanat de la faculté de biologie et de médecine et de l'École de médecine, a favorisé la création d'un enseignement prégradué sur le racisme dans la pratique médicale. L'article qui suit est un résumé de ce cours qui a été prétesté durant le 1^{er} semestre 2020 avec les étudiant-e-s de 3^e année de bachelor. Il est important de signaler que ce cours a été coconstruit par les différents auteurs et coauteurs de cet article, parmi lesquels des étudiant-e-s en médecine de 3^e année de Bachelor (BMed3) ainsi que des étudiant-e-s de 3^e année de Master (MMed3).

CONSTATS

Au cours de la dernière décennie, les actes sociétaux à caractère raciste n'ont cessé aux États-Unis, dans le monde, ainsi qu'en Suisse.¹ La mort de George Floyd et les manifestations planétaires qui en ont suivi illustrent tragiquement cette réalité.^{2,3} De même, l'épidémie récente liée au nouveau coronavirus a confirmé, une fois de plus, la présence d'un racisme structurel dans la société américaine, ainsi que son impact sur les iniquités de santé. En effet, les premières données ont montré que les personnes noires aux États-Unis étaient jusqu'à deux fois plus à risque que la population blanche de développer la *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) et d'en mourir.⁴

Toni Morrison, lauréate du prix Nobel de littérature en 1993, et seule femme afro-américaine à avoir obtenu cette consécration, soulignait lors d'un discours à l'Université de Princeton en avril 1994:⁵ «Je n'ai jamais vécu, ni aucun d'entre vous, dans un monde où la race n'importait pas. Un tel monde, monde dénué de hiérarchie des races, est souvent imaginé ou décrit comme un paysage onirique, édénique, utopique, tant ses perspectives d'accomplissement sont lointaines... le monde sans races a été postulé comme un monde idéal, millénaire, possible uniquement s'il se situait dans une réserve protégée plutôt qu'un parc sauvage... je préfère penser à un monde où la race n'importe pas.» Plus récemment, peu avant son décès en 2019, elle rappelait encore dans son dernier ouvrage: «il est plus urgent que jamais de développer une langue non messianique afin de repenser la communauté douée d'une race et ensuite de déchiffrer la suppression des races dans le monde».⁶

^aDépartement vulnérabilités et médecine sociale, Unisanté, 1011 Lausanne,

^bUniversité de Lausanne, 1015 Lausanne, ^cHarvard Boston, États-Unis, ^dService de médecine interne, Université de Lausanne, 1015 Lausanne
patrick.bodenmann@unisante.ch | farah.hrasnica@unil.ch
dimitri.prodhom@unil.ch | evemarie.perrin@unil.ch
alessandro.ishii@unil.ch | raphael.porret@unil.ch
cedric.fricke@unil.ch | kevin.morisod@unisante.ch
javier.sanchis-zozaya@unisante.ch | mary.malebranche@ucalgary.ca
argreen@mgh.harvard.edu | pierre-alexandre.bart@chuv.ch

Parallèlement, dès leur apprentissage de la médecine en pratique clinique, les étudiant-e-s et jeunes internes sont également confronté-e-s aux inégalités sociales en matière de santé, aux stéréotypes, préjugés et discriminations basés sur des différences de pigmentation cutanée.⁷ Même si cela semble à première vue essentiellement le fruit d'une histoire nord-américaine, PROFILES, le nouveau catalogue des objectifs d'enseignements de la médecine dans les universités suisses, souligne l'importance de l'enseignement de ces stéréotypes, de l'impact sur la santé et les soins des différences ethniques, culturelles, spirituelles, religieuses, de l'équité des soins, de l'humilité culturelle et des déterminants socio-économiques de la santé et de la maladie.⁸

ANALYSE DE SITUATION

Après une introduction qui a pour objectifs de présenter les raisons de cet enseignement, d'illustrer les enjeux liés au mot «race» à partir des écrits de Toni Morrison et de souligner l'importance d'un tel enseignement dans le cadre de l'apprentissage de la pratique médicale, une vidéo est proposée à l'ensemble des étudiant-e-s.

Vignette clinique

Cas illustratif à partir d'une vidéo utilisée lors du cours⁹

Il s'agit d'un homme afro-américain d'une quarantaine d'années, M. Robert Phillips, dialysé depuis deux ans et demi, à raison de 4 heures, 3 fois par semaine. Dans cette vidéo de 12 minutes, le patient donne son regard sur la dialyse dans son quotidien, manifeste sa déception par rapport au médecin, blanc, en mentionnant qu'il y a toujours eu au sein de sa famille un manque de confiance dans les médecins blancs, en particulier en raison de l'étude sur la syphilis de Tuskegee.¹⁰ Il estime que beaucoup de non-dits et d'affirmations fausses circulent quant aux greffes chez les Afro-Américains (manque de discipline chez des personnes considérées comme peu productives, génétique défavorable à recevoir une greffe d'une autre race, etc.). Il mentionne à quel point il est difficile d'être afro-américain, dialysé et sur liste d'attente de greffe actuellement aux États-Unis.

Les sentiments partagés par le patient sont à la fois de la tristesse, de la déception, de la colère et des questionnements.

Les étudiant-e-s peuvent ensuite exprimer leurs sentiments et des compléments d'information leur sont fournis sur l'étude de la syphilis de Tuskegee (1932-1972): étude clinique menée auprès de 600 métayers afro-américains pauvres à Tuskegee, Alabama, par des médecins américains pour mieux connaître l'évolution naturelle de la syphilis. Ces hommes ont reçu des soins médicaux gratuits, des repas, et une assurance gratuite pour leur participation à l'étude. Mais, alors qu'on leur avait affirmé qu'elle ne durerait que 6 mois, elle s'est en fait étalée sur 40 ans. Fait marquant, aucun d'entre eux ne fut traité avec de la pénicilline, même après que cet antibiotique eut fait la

preuve de son efficacité dans le traitement de la syphilis, et ce dès 1940.

Définitions et concepts¹¹

Afin de souligner l'importance d'une compréhension des mots justes et de leur usage adéquat, différents concepts et définitions sont présentés aux étudiant-e-s:

Racisme

Idéologie qui classe des personnes dans des groupes pré-tendument naturels appelés «races», en fonction de leur appartenance à une ethnie, un état ou une religion, et qui établit une hiérarchie entre ces groupes. L'idéologie classique du racisme, qui se fonde sur des caractéristiques biologiques pour établir une hiérarchie entre les êtres humains en fonction de la race dont ils ont hérité génétiquement, a été depuis largement discréditée. Ci-dessous figurent quelques définitions utiles pour la compréhension du cours (liste non exhaustive):

- *Racisme anti-Noirs*: il se base sur la couleur de la peau et la physiologie. Il s'agit de l'attribution de comportements ou de traits de caractère négatifs, de par la couleur noire de la peau. Cette posture date des 17^e et 18^e siècles, lors du colonialisme et de l'esclavagisme.
- *Xénophobie*: sentiment négatif à l'égard des personnes étrangères dans le cadre de l'altérité.
- *Antisémitisme*: même type de sentiment à l'égard des personnes juives.
- *Islamophobie*: hostilité à l'égard des personnes musulmanes.
- *Hostilité envers les Roms*.

Ethnie

Il s'agit du groupe social auquel une personne appartient et auquel elle s'identifie ou est identifiée par d'autres personnes, en raison d'un mélange de facteurs culturels tels que la langue, le régime alimentaire, la religion, l'ascendance et les caractéristiques physiques traditionnellement associées à la race. De plus en plus, le concept est utilisé comme synonyme de race, mais la tendance est plus «politiquement correcte» que scientifique.¹²

D'une façon générale, ces différentes définitions soulignent à la fois les défis liés aux mots, aux concepts, mais aussi ceux liés aux situations. En effet, dans le cadre de la pandémie de COVID-19, un réel racisme s'est établi à l'égard des personnes de type asiatique, postulant qu'elles seraient à l'origine du virus et de sa propagation^{13,14} (un peu comme pour le virus du sida et des communautés gays de San Francisco dans les années 80).

L'ÉVIDENCE (ET L'ABSENCE D'ÉVIDENCES)

Samuel George Morton, père du racisme scientifique,¹⁵ illustre sa classification des personnes en différentes races sur la base de la craniologie: les femmes noires, les hommes blancs (tous deux américains), l'homme indigène du Mexique, la femme chinoise, l'homme de la Malaisie, etc. Depuis lors, beaucoup d'évidences scientifiques ont permis de démontrer qu'il n'y a justement pas de base scientifique à la soi-disant «différence raciale».¹⁶ Des travaux dans le domaine de l'art et

en particulier de la photographie ont illustré combien il était arbitraire de vouloir classer les personnes selon la couleur de la peau: Angélica Dass, photographe brésilienne, a notamment illustré pendant 6 ans la palette des tonalités de couleurs de peau de l'être humain.¹⁷ Cependant, sur la base d'études épidémiologiques essentiellement nord-américaines, il apparaît que la prévalence de certaines maladies telles que des maladies oncologiques, cardiovasculaires, l'infection par le VIH, demeure nettement plus élevée dans la communauté afro-américaine. Il apparaît aussi que les membres de cette communauté sont moins souvent référés – aussi bien les femmes que les hommes – sur une liste de transplantation que leurs homologues caucasiens, et que face à une cardiopathie ischémique ayant nécessité une hospitalisation, ils reçoivent moins souvent, lorsqu'ils quittent l'hôpital, d'hypolipémiants.¹⁸ Ces différences sont dues en grande partie à des déterminants socio-économiques de la santé particulièrement défavorables, ce qui semble aussi expliquer l'incidence et la mortalité particulièrement élevée liées à la maladie COVID-19 auprès des populations afro-américaines aux États-Unis.^{4,19,20}

En Suisse, les incidents racistes sont recensés au sein de centres de conseil dont le dernier rapport, publié en 2020, a mis en évidence une recrudescence des actes racistes en 2019 (bon de 27% entre 2018 et 2019, les personnes noires ayant été les plus visées).²¹ Dans le milieu de la santé, bien que les chiffres semblent peu nombreux, il n'en demeure pas moins qu'ils sont en augmentation. La Commission fédérale contre le racisme, qui travaille sur ce sujet depuis plus de 20 ans, s'en inquiète périodiquement.²²

Toutefois, le manque de données nationales concernant les conséquences du racisme sur les iniquités de santé pose problème. En effet, l'absence de collectes de données sur l'origine raciale/ethnique des patient-e-s ne permet pas d'avoir une information précise sur l'amplitude du racisme et de ses conséquences sur la santé et l'accès aux soins. Or, ce *color blindness*, qui a priori semblerait positif, partant du principe qu'il n'y a pas de différences entre les ethnies, est paradoxalement contre-productif, voire nuisible. En empêchant la mise en évidence d'une réalité bien présente, il bloque la production de données indispensables pour justifier des réformes et mesures pour lutter contre le racisme et ses conséquences tout en favorisant les iniquités en santé et dans les soins sur des critères raciaux.²³

PÉDAGOGIE D'ENSEIGNEMENT

En 2018 paraît dans la revue *Family Medicine* un article intitulé «Addressing racism in medical education: an interactive training module» de Tanya White-Davis et coll. de différentes structures médicales académiques et non académiques des États-Unis.²⁴

On pourrait traduire le titre en français de cet article par «Adresser le racisme dans l'enseignement médical: un module de formation interactif»; mais le terme *addressing* est particulièrement adapté dans cette thématique car il peut aussi vouloir dire «répondre à», «lutter contre», «résoudre», «remédier».

Cet article mentionne trois étapes distinctes de l'enseignement de la thématique du racisme dans le cadre de la formation médicale dont nous nous sommes grandement inspirés dans l'enseignement médical prégradué développé à Lausanne.

Acquisition des connaissances de base (tableau 1)

Dans un pays comme les États-Unis, contextualiser l'histoire du racisme et de l'esclavage est essentiel. À nouveau, les événements récents entourant les décès d'Afro-Américains suite à des violences policières, ainsi que la surmortalité de ces populations lors de la pandémie de COVID-19 en sont une évidence criante. Déconstruire l'explication biologique au profit de la construction sociale, telle que mentionnée auparavant, est crucial. Insister sur les défis liés aux mots permet aux futur-e-s clinicien-ne-s de ne pas en faire mésusage. Enfin, souligner que le racisme favorise, amplifie et explique en grande partie les inégalités, voire les iniquités de prise en charge sanitaire, est indispensable. Parmi les connaissances essentielles à la pratique clinique figure également la notion de microagressions des patient-e-s mais aussi des clinicien-ne-s issus de ce qu'on appelle les minorités visibles.

La microagression peut être définie comme une déclaration, une action ou un incident de discrimination indirecte, subtile ou involontaire contre un groupe marginalisé ou un individu de ce groupe. Souvent, prises isolément, les microagressions paraissent inoffensives et les critiques ont laissé entendre qu'elles sont insignifiantes et négligeables, les assimilant à l'incivilité ou à l'impolitesse quotidiennes. Cependant, c'est la constance quotidienne des assaillants microagressifs qui conduit à l'érosion progressive du bien-être et de la résilience de la victime.²⁵

Reprenons l'histoire de Robert Phillips lorsqu'il mentionne avoir entendu que les Afro-Américains ne font pas attention à leur santé et qu'aucune greffe ne devrait être assignée à des personnes peu productives. Il ne s'agit pas ouvertement de commentaires racistes, mais de microagressions. Dans notre contexte suisse, en prenant l'exemple du genre, les microagressions apparaissent, par exemple, lorsque la cheffe de clinique est accompagnée d'un stagiaire et que, dès que le pas de la porte est franchi, la patiente ou le patient salue systématiquement le stagiaire en lui disant «bonjour docteur», alors qu'elle ou il n'aura pas forcément de considération pour la cheffe de clinique (pourtant médecin et responsable hiérarchique). Concernant les différences liées à la race, la microagression consistera, par exemple, en doute verbalisé de la

TABLEAU 1		Étapes de l'enseignement: connaissances de base
Contenu	Approche pédagogique	
Contexte, histoire	Chaque étudiant-e parle avec sa-son voisine-voisin pendant 1 minute puis partage de certains binômes avec l'auditoire	
Du biologique au social	Iconographie (photos)	
Importance des mots	Exemples de mots stigmatisant le fait de faire partie d'une minorité visible	
Racisme et iniquités	Évidences scientifiques	
Microagressions	Retour sur la vidéo et la vignette clinique	

patiente ou du patient que la personne qui se présente devant elle ou lui puisse être médecin en raison de sa couleur de peau.

Compréhension des mécanismes sous-jacents (tableau 2)

En 1990, Roger Shepard, psychologue, dessine les «tables trompeuses».²⁶ Il demande au lecteur d'évaluer leurs dimensions, le rapport entre leur largeur et leur longueur. Beaucoup diront que celle de gauche est beaucoup plus longue et étroite que celle de droite (la première étant trois fois plus longue que large, contre une fois et demie pour la seconde). En les mesurant, vous constaterez qu'elles sont identiques. Il s'agit d'une illusion d'optique, notre cerveau ayant de la peine à voir différemment ce qui lui semble évident; non seulement notre appréciation est fautive mais nous sommes convaincus qu'elle est exacte (figure 1).

Lorsqu'on se réfère à notre fonctionnement cognitif en tant que cliniciens, il faut se rappeler que nous fonctionnons fréquemment avec un *raisonnement analytique*, en particulier au début de notre carrière (pour arriver à formuler un diagnostic différentiel par exemple), mais également avec une *approche intuitive* se basant sur l'expérience grandissante. Dans certaines situations (lorsque nous sommes sous la pression du temps, lorsque nous sommes inconfortables du fait de difficultés communicationnelles ou sous l'effet du stress), nous aurons tendance à fonctionner plus fréquemment avec des systèmes intuitifs.^{27,28} Ainsi, les *stéréotypes* (catégorisation se basant sur des caractéristiques prétendues typiques des membres d'un groupe) et les *préjugés* (attitude positive ou négative envers les membres d'un groupe se basant sur un ou plusieurs stéréotypes) apparaissent. Cela peut amener à

une *action discriminante* où l'on traitera de manière différenciée les membres d'un groupe donné par rapport au reste de la collectivité, à partir de certains critères ou caractéristiques distinctifs se basant sur nos stéréotypes et préjugés (figure 2).²⁹

Pour mettre en évidence cette suite logique allant du stéréotype à la discrimination, l'exercice suivant est réalisé auprès des étudiant-e-s: il leur est demandé d'imaginer – les yeux fermés – ce que l'oratrice ou l'orateur leur indique oralement; un scénario possible est celui d'imaginer un exemple basé sur une image de femme, qui est latino-américaine, et qui gagne beaucoup d'argent.

De manière récurrente auprès de différents auditoires prétestés d'étudiant-e-s de médecine, les stéréotypes et préjugés qui apparaissent le plus fréquemment sont les suivants: il s'agit d'une femme sur une plage (figure 2.a) et travaillant très probablement dans la prostitution (précisons que pendant plusieurs années, les travailleuses du sexe de la ville de Lausanne venaient de pays latino-américains) (figure 2.b). À la fin de l'exercice, il leur est montrées différentes photos mettant en évidence leurs stéréotypes et préjugés (figures 2.a et 2.b), avec pour finir la photo d'une femme latino-américaine blanche âgée d'une soixantaine d'années, travaillant dans une ambassade à Bruxelles et gagnant beaucoup d'argent (figure 2.c). Cet exercice peut être répété sur la base d'autres vignettes (homme gay, d'ancêtres japonais, père de 2 enfants, qui vient d'avoir son 82^e anniversaire; homme ou femme athlète professionnel-le, ingénieur-e, qui nécessite une chaise roulante pour sa mobilité, etc.)

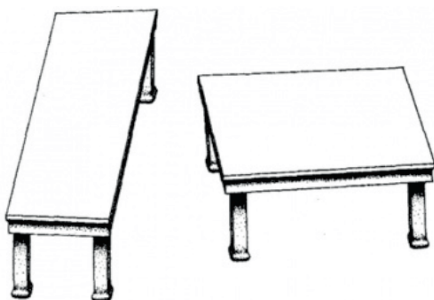
Pour chacun de ces exercices, les premières photos leur montreront ce à quoi ils pensent fréquemment, la dernière photo faisant état de la «réalité» de ce que l'oratrice ou l'orateur avait à l'esprit. Notons que ces exercices ne se basent pas exclusivement sur les stéréotypes et préjugés à l'égard de personnes noires, mais aussi à l'égard des femmes, des minorités sexuelles, des personnes porteuses de handicaps et de différences, etc., les mécanismes de codage cérébral étant les mêmes.

Que fait donc notre cerveau dans ces situations? Il crée une image d'une personne à partir d'une information limitée (information donnée par l'oratrice ou l'orateur), d'expériences antérieures et de stéréotypes. Lorsque l'image finale lui sera fournie en fin d'exercice, l'étudiant-e sera surpris-e puisque ses hypothèses se seront avérées incorrectes. De plus, ces suppositions inconscientes, fortement influencées par le contexte, peuvent être manipulées par des messages répétés ou des images «trompeuses» (se référer à l'exemple des tables trompeuses).

Les stéréotypes deviennent souvent des comportements évolutifs, adaptatifs et parfois nécessaires. En effet, nous sommes exposés à des millions d'informations par jour mais notre cerveau ne peut en traiter qu'une quarantaine de manière fonctionnelle. Alors comment filtrer le reste de ces informations? En utilisant notamment des catégories comme raccourcis intellectuels. Ainsi, le stéréotype (et la prise de décision qui en découle) est un processus cognitif normal, fonctionnel, adaptatif et inconscient. Il est surtout présent

TABLEAU 2		Étapes de l'enseignement: compréhension des mécanismes sous-jacents
Contenu	Approche pédagogique	
Illusion visuelle	Partage autour des «tables trompeuses»	
Du préjugé au stéréotype et à la discrimination	Trois exercices de photos	
Stress minoritaire	Cadre conceptuel	
Racisme structurel	Évidences scientifiques, et chaque étudiant-e parle avec sa-son voisine-voisin pendant 1 minute puis partage de certains binômes avec l'auditoire	

FIG 1 Exercice des tables trompeuses



(Selon R. Thaler et C. Sunstein, 2008).

FIG 2 Imaginez... vos stéréotypes!



avec des caractéristiques telles que la pigmentation cutanée, le sexe ou l'âge. Il est en particulier présent lors de situations de stress, lorsqu'on manque de temps et lors de la réalisation de plusieurs tâches en parallèle; des situations qui sont fréquentes dans l'exercice de la médecine.²⁹

Si nous comprenons bien ces mécanismes sous-jacents aux stéréotypes, préjugés et actes discriminatoires, il est important d'intégrer encore deux notions:

1. Tout d'abord celle du *stress minoritaire*,³⁰ modélisé dans la **figure 3**, qui conceptualise le fait que lorsqu'un individu appartient à un groupe minoritaire, il est à risque de subir des préjugés externes en plus de facteurs environnementaux pouvant exacerber le stress général vécu. En intégrant cette identité minoritaire, la personne va subir un stress internalisé à l'origine de comportements d'anticipation du rejet ou de dissimulation. Malgré une résilience importante et des soutiens, ce stress aura un impact sur la santé et en particulier sur la santé psychique.
2. Enfin, il est essentiel d'intégrer la notion de *racisme structurel*. Le racisme structurel fait référence à la manière dont les inégalités raciales historiques et contemporaines sont perpétuées par les systèmes sociaux, économiques et politiques, y compris les systèmes de santé, d'éducation, de logement et d'emploi, ainsi que les médias et la justice pénale. Il en résulte une variation systémique des chances

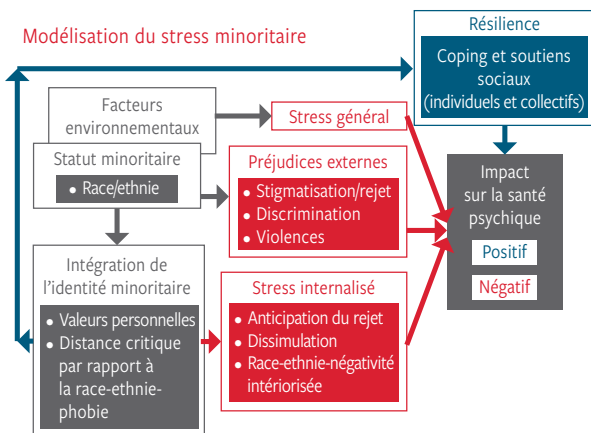
en fonction de la race, par exemple des différences raciales dans l'accès aux systèmes de soins, allant de la prévention au bilan jusqu'à la prise en charge.³¹

Apprentissage de solutions (tableau 3)

Face à ce qui précède, des solutions dans le cadre de l'apprentissage existent:

1. Il est important dans le cadre de l'enseignement de réaliser des *exercices d'introspection*. Quand bien même nous considérons qu'en tant que futur-e-s médecins, nous traiterons nos patients équitablement, et qu'il est hautement improbable que nous ayons des préjugés, stéréotypes et discriminations, de multiples études ont démontré que cela n'était pas le cas. L'introspection nous permet de mieux nous connaître pour mieux voir l'autre qui est toujours différent. Certains modèles conceptuels comme celui de Teal et coll. (**figure 4**) nous permettent de mieux comprendre ce qui peut arriver en nous: d'aller de la minimisation et la défense, voire le déni, à une forme d'acceptation, d'adaptation et d'intégration de l'existence de ces stéréotypes et de ces préjugés en chacun d'entre nous.³²
2. *L'acquisition de compétences cliniques transculturelles*, c'est-à-dire l'ensemble des savoirs, savoir-faire et savoir-être, qui vont nous permettre de prodiguer des soins de qualité à des patient-e-s de cultures différentes du fait de leur origine, leur race, leur ethnie, leur niveau socio-économique, leur religiosité, leur spiritualité, leur orientation sexuelle, etc. De telles compétences s'intéressent en particulier aux capacités communicationnelles dans le cadre de la négociation avec la patiente ou le patient «différent-e», l'intégration des déterminants sociaux et économiques de la santé et de la maladie dans l'anamnèse et la prise en charge,

FIG 3 Modèle du stress minoritaire adapté à la race



(Modèle de Teal modifié).

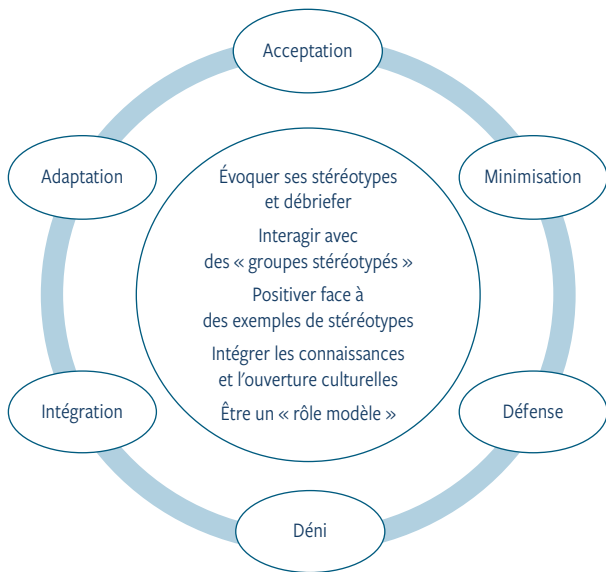
TABEAU 3

Étapes de l'enseignement: apprentissage de solutions

Contenu	Approche pédagogique
Exercices d'introspection	Introspection partagée avec l'auditoire sur la base du modèle de Teal
Acquisition de compétences cliniques transculturelles	Utilisation du trèfle transculturel de la formulation culturelle
Réalisation d'exercices pratiques	Implicit Association Test: www.implicit.harvard.edu/
Intégrer dans notre pratique l'humilité culturelle et le professionnalisme	Évidences scientifiques

FIG 4

Étapes et stratégies pour mieux appréhender les stéréotypes et préjugés



ainsi que les spécificités transculturelles et les croyances par rapport à la maladie et/ou au traitement.^{18,33}

3. La réalisation d'exercices pratiques tels que celui de l'Implicit Association Test de l'École de médecine d'Harvard est essentielle. En effet, ce test nous révélera un certain nombre d'a priori inconscients, de stéréotypes et de préjugés à l'égard par exemple de personnes de pigmentation raciale différente, d'ethnies différentes, de morphologies différentes, etc.³⁸
4. Enfin, il sera important d'intégrer dans la pratique clinique une *humilité culturelle*, modèle anglo-saxon bien connu qui intègre les 5Rs de la réflexion, du respect, du regard porté sur l'autre, de la pertinence (relevance) de ce qui est dit par l'autre, et de la résilience.³⁹ Cette humilité culturelle s'intégrera dans une réflexion plus large de notre *professionnalisme*, non seulement à l'égard de patient-e-s « différent-e-s », mais à l'égard de l'ensemble des patient-e-s.⁴⁰

CONCLUSION

L'enseignement prégradué du racisme dans la pratique de notre métier est essentiel et nécessaire (demande explicite dans le cadre du PROFILES). De plus, les évidences apparaissent progressivement en Suisse au sujet d'un phénomène social qui a tendance à s'aggraver. Enfin, les expériences pédagogiques – en particulier nord-américaines et anglophones – nous ont permis de créer de manière collaborative avec les étudiant-e-s de médecine de la faculté de biologie et médecine de Lausanne ce premier cours sur l'importance du racisme dans la pratique médicale.

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

À EMPORTER À LA FIN DU COURS

Nous retiendrons comme principaux messages:

- En Suisse aussi, même si les évidences ne sont pas aussi nombreuses que dans les pays anglo-saxons, les problèmes de racisme existent y compris dans le domaine des soins. Il s'agit de les documenter scientifiquement en particulier dans le domaine médical
- Les défis liés aux mots sont essentiels et il faut se garder d'utiliser ceux généralisateurs, emplies de préjugés et stéréotypants
- L'évidence montre l'interaction du racisme avec les inégalités sociales de santé
- Les connaissances de base de la psychologie nous permettent de prendre conscience que nous sommes toutes et tous à risque en tant que soignant-e-s d'avoir des stéréotypes, des préjugés et donc des actes discriminatoires
- La bonne nouvelle est qu'on peut y faire face, puisque... l'on doit y faire face, et ce notamment au travers de l'enseignement médical!

«I look to a day when people will not be judged by the color of their skin, but by the content of their character»

Martin Luther King, Jr.

1 Les cas de racisme battent un nouveau record. 24 Heures 26 avril 2020.
 2 Mort de George Floyd : l'Amérique défile contre le racisme. Euronews 7 juin 2020.
 3 Rassemblements en Europe contre le racisme et les violences policières. Euronews 6 juin 2020.
 4 Chowkwanyun M, Reed AL Jr. Racial Health Disparities and Covid-19 – Caution and Context. N Engl J Med 2020;epub ahead of print.
 5 Morrison T. L'origine des autres. Conférences Charles Eliot Norton, 2016.
 6 *Morrison T. La race. La source de l'amour-propre. Essais choisis, discours et méditations. Paris: Christian Bourgois Éditeur; 2019.
 7 Brooks KC. A piece of my mind. A silent curriculum. JAMA 2015;313:1909-10.
 8 PROFILES. Principal Relevant Objectives and a Framework for Integrated Learning and Education in

Switzerland 2017.
 9 DVD Maren Grainger-Monsen JH. WORLDS APART: A Four-Part Series on Cross-Cultural Healthcare. 2003.
 10 White RM. Driving Miss Evers' Boys to the Historical Tuskegee Study of Untreated Syphilis. J Natl Med Assoc 2019;111:371-82. doi: 10.1016/j.jnma.2019.01.002.
 11 Les défis liés aux mots. Racisme. Incidents racistes recensés par les centres de conseil. Janvier-Décembre 2018. Réseau de centres de conseil pour les victimes de racisme 2019, Berne : Organisation: Humanrights.ch et Commission fédérale contre le racisme (CFR), 2018.
 12 1st World Congress on Migration, Ethnicity, Race and Health. Diversity and Health: Édimbourg; 17-19 mai 2018.
 13 De Aragao M, Raccaud Y, Cheseaux F, et al. Contre tous les racismes. L'auditoire. Fédération des associations d'étudiant-e-s 2019;255.

14 *Devakumar D, Shannon G, Bhopal SS, Abubakar I. Racism and discrimination in COVID-19 responses. Lancet 2020;395:1194. doi: 10.1016/s0140-6736(20)30792-3.
 15 Black and White. These twin sisters make us rethink everything we know about race. National Geographic Avril 2018.
 16 There's No Scientific Basis for Race – It's a Made-Up Label. National Geographic Avril 2018.
 17 An Artist Finds True Skin Colors in a Diverse Palette. A Color Wheel of Humanity. National Geographic Avril 2018.
 18 *Betancourt JR, Green AR. Racial and Ethnic Disparities. In: Kasper DL, Fauci SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison's Principles of Internal Medicine, 19e éd. Volume 1. New-York McGraw-Hill Professional; 2015.
 19 Abrams EM, Szeferl SJ. COVID-19 and the impact of social determinants of

health. Lancet Respir Med 2020;epub ahead of print. doi: 10.1016/s2213-2600(20)30234-4.
 20 Bhalal N, Curry G, Martineau AR, Agyemang C, Bhopal R. Sharpening the global focus on ethnicity and race in the time of COVID-19. Lancet 2020;395:1673-6. doi: 10.1016/s0140-6736(20)31102-8.
 21 Incidents racistes recensés par les centres de conseil. Racisme en Suisse. Janvier-décembre 2019. Réseau de centres de conseil pour les victimes de racisme; 2020.
 22 *Commission fédérale contre le racisme. Liberté d'expression et lutte contre le racisme. Tangram 2019;43.
 23 Cleveland Manchanda E, Couillard C, Sivashanker K. Inequity in Crisis Standards of Care. N Engl J Med 2020;epub ahead of print. doi: 10.1056/NEJMp2011359.
 24 **White-Davis T, Edgoose J, Brown Speights JS, et al. Addressing Racism in Medical Education An Interactive Training

- Module. *Fam Med* 2018;50:364-8. doi: 10.22454/FamMed.2018.875510.
- 25 *Rimmer A. How can I tackle microaggressions in the workplace? *BMJ* 2020;368:m690. doi: 10.1136/bmj.m690.
- 26 Thaler R SC, Nudge. *La méthode douce pour inspirer la bonne décision*. Paris:Vuibert; 2010.
- 27 Groopman J. *How doctors think*. Mariner Books; Boston : Houghton Mifflin Harcourt; 2008.
- 28 Kahneman D. *Système 1 / Système 2 : Les deux vitesses de la pensée*. Paris: Flammarion; 2012.
- 29 **Dominice Dao M, Bodenmann P. Ce que l'autre peut susciter chez nous : stéréotypes, préjugés et discriminations dans la pratique clinique. In: Bodenmann P, Jackson Y, Vu F, Wolff H. *Vulnérabilités, équité et santé*. Genève: RMS éditions/Médecine et hygiène; 2018.
- 30 Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull* 2003;129:674-97. doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674.
- 31 *Pallok K, De Maio F, Ansell DA. Structural Racism – A 60-Year-Old Black Woman with Breast Cancer. *N Engl J Med* 2019;380:1489-93. doi: 10.1056/NEJMp1811499.
- 32 Teal CR, Gill AC, Green AR, et al. Helping medical learners recognise and manage unconscious bias toward certain patient groups. *Med Educ* 2012;46:80-8. doi: 10.1111/j.1365-2923.2011.04101.x.
- 33 Althaus F, Hudelson P, Domenig D, Green A, Bodenmann P. Compétences cliniques transculturelles et pratique médicale : quels besoins, quels outils, quel impact ? In: Bodenmann P, Jackson Y, Vu F, Wolff H. *Vulnérabilités, équité et santé*. Genève: RMS éditions/Médecine et hygiène; 2018.
- 34 Bodenmann P, Vu F, Dominicé Dao M, Jackson Y. Patients migrants : enjeux transculturels et compétences cliniques. In: Bodenmann P, Jackson Y, Vu F, Wolff H. *Vulnérabilités, équité et santé*. Genève: RMS éditions/Médecine et hygiène; 2018.
- 35 Sanchis Zozaya J, Tzartzas K, Dominicé Dao M, Bodenmann P, Marion-Veyron R. L'apport de la psychiatrie transculturelle aux soins de premier recours. *Forum médical suisse* 2018;18:325-32.
- 36 Casillas A, Paroz S, Green AR, et al. Cultural competency of health-care providers in a Swiss University Hospital: self-assessed cross-cultural skillfulness in a cross-sectional study. *BMC Med Educ* 2014;14:19. doi: 10.1186/1472-6920-14-19.
- 37 Casillas A, Paroz S, Green AR, et al. Is the Front Line Prepared for the Changing Faces of Patients? Predictors of Cross-Cultural Preparedness Among Clinical Nurses and Resident Physicians in Lausanne, Switzerland. *Teach Learn Med* 2015;27:379-86. doi: 10.1080/10401334.2015.1077127.
- 38 **Implicit Association Test-Harvard Medical School. Disponible sur : [implicit/harvard.edu/implicit/](http://implicit.harvard.edu/implicit/)
- 39 Stubbe DE. Practicing Cultural Competence and Cultural Humility in the Care of Diverse Patients. *Focus (Am Psychiatr Publ)* 2020;18:49-51. doi: 10.1176/appi.focus.20190041.
- 40 Medical professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. Charter on Medical Professionalism. *Ann Intern Med* 2002;136:243-6.

* à lire
** à lire absolument