

Disparités raciales dans le domaine médical

Chers étudiants en santé,
Chers éducateurs en santé,
Chers membres des comités d'éducation sanitaire,

Je m'appelle Lidvine Ngonseu Harpi. Je suis étudiante en dernière année de médecine à l'Université d'Anvers et membre du conseil d'administration d'AfroMedica, une organisation qui promeut la diversité dans le secteur des soins de santé. Au cours des 5 dernières années d'études de médecine, j'ai remis en question certains sujets abordés dans les cours de notre programme d'études. Sans être capable d'indiquer exactement ce qui sonnait faux, j'avais le sentiment que certaines choses n'étaient pas tout à fait correctes. Cet été, j'ai eu l'occasion de travailler à l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers avec l'équipe de recherche RECoRD (Race and Ethnic Conscious Research and Data), financée par le Population Data Science Hub du département de la santé publique. Ce job étudiant m'a finalement ouvert les yeux en me confrontant au racisme dans les soins de santé. Il m'a permis de trouver les mots pour décrire le sentiment étrange que je ressentais. Par cette lettre, je souhaite partager avec vous les informations que j'ai acquises ces derniers mois, vous sensibiliser aux disparités raciales dans le domaine médical, notamment ici en Belgique, et enfin vous inviter à réfléchir de manière critique au racisme dans les soins de santé. Car, je crois que la pensée critique est le premier pas vers un changement structurel très nécessaire.

Définitions clés

Il est essentiel de bien se comprendre lorsque l'on discute de questions importantes. C'est pourquoi, avant de poursuivre, j'estime nécessaire d'expliquer brièvement des termes tels que race, racisme, groupes racialisés (minoritaires), approches fondées sur la race et approches tenant compte de la race. Les définitions suivantes se trouvent également dans la liste plus complète des définitions clés du [RECoRD Review Protocol](#).

La race, selon *[l'Institut Canadien d'Information sur la Santé \(ICIS\)](#)*, désigne les différences socialement et politiquement construites entre les personnes, fondées sur des caractéristiques choisies arbitrairement. La couleur de la peau, les caractéristiques physiques, l'accent ou la façon de parler, le nom, les vêtements, le régime alimentaire, les croyances et les pratiques, les préférences en matière de loisirs, le lieu d'origine, etc. sont des exemples de ces caractéristiques. Bien que les sciences aient été (et soient toujours) fortement impliquées dans la production de la race et des catégorisations raciales, il n'existe aucune base biologique scientifiquement étayée pour la catégorisation raciale. Cependant, les sociétés considèrent les races comme "réelles". Cela a des implications différentes et inégales sur la vie économique, politique, sociale et culturelle.

Afin d'indiquer dans la suite de cette lettre que je parle de la race comme d'une construction sociale et politique et non comme d'une construction biologique, je placerai dorénavant la race entre guillemets. De cette manière, je souhaite préciser que les 'races' n'existent que parce qu'elles ont été créées par des personnes au cours de l'histoire (vous trouverez plus d'informations sur l'histoire de la 'race' plus loin dans cette lettre).

L'American Society for Human Genetics a fait plusieurs [déclarations sur la 'race'](#).

Par exemple, les humains ne peuvent pas être divisés en sous-catégories biologiquement distinctes. Ce constat est validé par plusieurs décennies de recherche (génétique). La plupart des variations génétiques humaines sont distribuées sous forme de gradient, de sorte qu'il est impossible de tracer des frontières distinctes entre les groupes de population. Il existe en fait un chevauchement génétique considérable entre les membres de différentes populations. Eneanya et.al [l'expriment clairement](#): "[Les études de population ne révèlent que](#) de faibles différences dans la répartition des gènes entre les groupes raciaux, tout en montrant une plus grande variation entre les individus d'une même race." Vous pouvez trouver plus d'informations sur la façon dont la génétique remodèle l'idée de 'race' [ici](#).

Puisqu'il n'existe aucune preuve scientifique de l'existence de races biologiques, [la 'race' est un mauvais substitut à l'hérédité ou à l'ascendance](#), car ces deux dernières notions sont en fait liées à la proximité génétique et sont de meilleures approximations des caractéristiques génétiques individuelles.

Le racisme est l'ensemble des systèmes organisés au sein des sociétés qui entraînent des inégalités évitables et injustes en matière de pouvoir, de ressources, de capacités et d'opportunités pour les groupes minoritaires racisés. [Paradies et son équipe de recherche déclarent ce qui suit](#): "Le racisme peut se manifester par des croyances, des stéréotypes, des préjugés ou des discriminations. Cela va des menaces et insultes ouvertes aux phénomènes profondément ancrés dans les systèmes et structures sociaux. Le racisme peut se manifester à de multiples niveaux, notamment intériorisé (l'incorporation d'attitudes, de croyances ou d'idéologies racistes dans la vision du monde d'une personne), interpersonnel (les interactions entre individus) et systémique, structurel et institutionnel (par exemple, le contrôle et l'accès racistes aux ressources de travail, matérielles et symboliques au sein d'une société)".

Contrairement à la croyance populaire, le racisme se manifeste souvent de manière subtile. J'oserais même dire que les formes explicites et conscientes de racisme représentent une minorité des cas aujourd'hui en Belgique. La discrimination fondée sur des préjugés inconscients, en revanche, est encore très courante. Tout le monde a des préjugés, nous mettons tous les gens dans des cases. (Si vous ne me croyez pas, je vous mets au défi de faire un [test d'association implicite](#)). Ces schémas de pensée nous aident à évaluer rapidement les situations. Il n'y a rien de mal à ces stéréotypes, pour autant que nous soyons conscients de nos propres idées préconçues. Toutefois, lorsque ces préjugés sont également mis en œuvre de manière inconsciente, ils peuvent conduire à la discrimination. L'[UNIA](#) définit la discrimination comme le fait de traiter une autre personne de manière inégale ou injuste en fonction de ses caractéristiques personnelles.

Les universités et les écoles supérieures sont des institutions influentes où sont formés, entre autres, les professionnels de santé de demain. L'enseignement qu'ils dispensent doit donc être sensible aux débats contemporains sur les fondements racistes de la médecine et de la science. Cela signifie qu'il faut s'éloigner d'une approche fondée sur la race (biologique) pour adopter une approche consciente de la 'race'.

Une approche de la santé et des soins de santé fondée sur la race repose sur une conception biologiquement essentialiste de la race, selon laquelle tous les membres d'une catégorie raciale sont censés avoir des caractéristiques physiques, ou génétiques communes

définies, ou une essence biologique spécifique. Cette hypothèse permet aux membres du groupe d'être perçus, par eux-mêmes et par les autres, non pas comme des individus aux traits personnels, mais plutôt comme des prototypes du collectif aux traits et caractéristiques identiques, ce qui conduit à des stéréotypes, une essentialisation, une fixité et une homogénéisation.

Une approche de la santé et des soins de santé tenant compte de la 'race' se concentre sur la discrimination raciale et le racisme en tant que questions centrales, contrairement à l'approche fondée sur la race. Comme point de référence, Cerdeña, Plaisime et Tsai présentent "la médecine consciente de la race comme une approche alternative qui met l'accent sur le racisme, plutôt que sur la race biologique, comme un déterminant clé de la maladie et de la santé, encourageant les prestataires à se concentrer uniquement sur les données les plus pertinentes pour atténuer les inégalités en matière de santé".

Vous trouverez [ici](#) de plus amples informations sur l'approche de la médecine fondée sur la race par rapport à l'approche tenant compte de la race.

Les groupes racialisés (minoritaires) désignent les groupes qui font l'objet d'une racialisation et qui sont également minorisés, marginalisés ou sous-représentés en raison de diverses caractéristiques telles que la couleur de la peau, le statut migratoire, la citoyenneté, la religion, la culture, la langue ou la situation géographique. Pour souligner le processus de racialisation, certains auteurs utilisent le terme "personnes racialement minorisées" ([Milner & Jumbé](#)) ou "groupes raciaux marginalisés" ([Barber](#)).

Impact du racisme

"**Le racisme est mauvais pour la santé**". Cette affirmation audacieuse peut être interprétée comme une vision à court terme. Cependant, j'ai découvert qu'il existe trois voies indépendantes qui contribuent à établir un lien entre le racisme et la qualité de la santé.

Tout d'abord, **les personnes qui appartiennent à des groupes racisés sont généralement en moins bonne santé à cause de leur condition socio-économique**. Le racisme est structurel et il se manifeste dans toutes les couches de la société et dans différents secteurs tels que le marché du travail, le marché du logement et l'éducation. Les personnes qui appartiennent à un groupe minoritaire racialisé sont, par définition, victimes de discrimination. Cela se traduit par une inégalité des chances et de l'accès aux ressources (par exemple, un revenu inférieur, un coût plus élevé pour un logement de moindre qualité, un niveau d'éducation inférieur). De cette façon, [la racialisation conduit à une condition socio-économique inférieure](#). Cette condition est fréquemment associée à plusieurs facteurs malsains tels que l'exposition à des facteurs de risque pour la santé au travail ou à la maison, une alimentation moins chère - souvent nuisible pour la santé -, des liens sociaux moins bénéfiques. Ainsi, [les personnes qui se trouvent dans des conditions socio-économiques défavorables sont généralement en moins bonne santé](#). Le diabète de type 2 est, [par exemple](#), plus fréquent chez les Belges d'origine turque et marocaine que dans la population native belge. Un niveau d'éducation plus faible au sein de ces groupes ethniques minoritaires est un facteur explicatif de cette différence de prévalence.

Deuxièmement, **toutes les formes de discrimination, même l'anticipation de la discrimination, peuvent entraîner des [conséquences physiologiques et psychologiques](#)**. Premièrement, la violence due à des motifs racistes peut être à l'origine de [blessures physiques](#). Deuxièmement, toutes les formes de racisme mentionnées dans la liste des définitions peuvent provoquer un stress psychologique. À son tour, ce stress peut avoir un effet négatif sur la santé mentale et physique. Des [recherches](#) ont notamment montré que le stress peut entraîner l'anxiété, la dépression, mais aussi des maladies cardiovasculaires. Troisièmement, des mécanismes d'adaptation nuisibles pour la santé peuvent être utilisés pour faire face à ce stress ou l'autorégulation peut être altérée en raison de ce stress. [Ces deux facteurs favorisent des habitudes nuisibles pour la santé](#) telles que le tabagisme et l'abus d'alcool.

Enfin, **les préjugés conscients, mais surtout inconscients, des professionnels de la santé lors du diagnostic et/ou du traitement entraînent une détérioration de la santé des patients racialisés**. Des [chercheurs états-uniens](#) ont constaté que le risque de mortalité néonatale est deux fois plus élevé chez les enfants noirs que chez les enfants blancs. Toutefois, [le risque de décès d'un enfant noir est réduit de moitié si son médecin est également noir](#). Cela illustre les effets des préjugés implicites sur les résultats en matière de santé. Malheureusement, les préjugés inconscients sont également présents dans notre pays. [Cet article](#), par exemple, traite des préjugés des médecins généralistes belges. L'étude a montré que leurs préjugés étaient à l'origine de disparités en matière de santé chez les patients souffrant de dépression.

J'aimerais illustrer ces défaillances en termes de conséquences sur le plan de la santé en prenant pour exemple la pandémie de COVID-19. Une [étude belge](#) a révélé d'importantes disparités en matière de mortalité, lors de la première vague de la pandémie de COVID-19. **Dans l'ensemble, les hommes issus de l'immigration présentaient des taux de mortalité plus élevés que les natifs Belges**. Plusieurs études (par exemple [The Color of COVID-19](#) en [The Racialized Pandemic](#)) ont montré comment les groupes minoritaires racialisés sont systématiquement plus à risque d'être exposés au virus COVID-19. Cela s'explique notamment par leur condition socio-économique inférieure, qui se traduit par des emplois ne permettant pas de travailler à domicile, par l'utilisation fréquente des transports publics et par le fait qu'ils vivent avec plus de personnes dans des logements plus petits. Les personnes appartenant à ces groupes sont plus susceptibles d'avoir une santé généralement moins bonne pour les raisons que j'ai mentionnées ci-dessus. Par conséquent, elles ont plus souvent un pronostic plus défavorable, avant une infection par le COVID-19, car elles souffrent de comorbidités comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, etc. Ce pronostic initial est pris en compte lors du triage lorsqu'il n'y a, [par exemple](#), pas assez de ventilateurs disponibles. Les patients présentant moins de comorbidités et ayant de meilleures chances de survie sont prioritaires dans ces situations. Heureusement, cela n'a jamais été le cas en Belgique. Car cela renforcerait en fait les inégalités existantes et contribuerait au taux de mortalité plus élevé des infections au COVID-19 chez les personnes racialement minorisées.

Par ailleurs, un oxymètre de pouls est souvent utilisé pour mesurer le taux d'oxygène dans le sang des patients hospitalisés COVID-19. Un oxymètre de pouls est un dispositif placé au bout du doigt, qui émet des signaux lumineux et les recapture après leur passage dans le doigt. **Des [recherches](#) montrent que l'appareil surestime les niveaux d'oxygène chez les patients à la peau plus foncée**. Cela peut avoir des implications importantes pour les

patients COVID-19 chez qui la saturation en oxygène est mesurée à un niveau inférieur à la normale. Les preuves concernant l'inexactitude des oxymètres de pouls en fonction de la couleur de la peau étaient déjà apparentes dans une [recherche publiée en 2005](#). Les oxymètres de pouls sont-ils aujourd'hui calibrés pour différentes couleurs de peau ? Et si ce n'est pas le cas, les médecins sont-ils conscients des valeurs incorrectes affichées par ces appareils ?

Dans les paragraphes précédents, j'ai clairement montré comment le racisme contribue aux inégalités en matière de santé. À mon avis, le résultat le plus important en matière de santé est la survie. C'est pourquoi je tiens à souligner qu'en général, **l'espérance de vie des groupes racialisés est inférieure**, même après ajustement des conditions socio-économiques. Étant donné qu'il n'existe pas de différences biologiques inhérentes entre les personnes de différentes 'races' (voir ci-dessus), le racisme reste une cause importante de cette mortalité plus élevée. Vous trouverez des informations plus approfondies [ici](#).

D'autres facteurs que le racisme jouent un rôle dans les inégalités en matière de santé. **Il est crucial de ne pas perdre de vue l'intersectionnalité**. En effet, chacun existe à une intersection unique de différents axes sociaux. Ces axes comprennent, entre autres, l'âge, le sexe, la religion, l'ethnicité et la 'race' sociopolitique. Ces caractéristiques individuelles ne sont pas simplement descriptives, mais ont un impact sur les expériences et les opportunités d'une personne dans la vie. Par exemple, deux personnes qui s'identifient comme des femmes peuvent vivre la même situation de manière complètement différente parce que leur 'race', leur condition socio-économique et/ou leur âge ne sont pas les mêmes. Les différentes positions désavantageuses se renforcent mutuellement. C'est pourquoi il est important de ne pas homogénéiser les groupes lorsqu'on parle de problèmes sociaux. Les personnes appartenant à un même groupe minoritaire racialisé auront des expériences communes en matière de soins de santé, mais au sein de ce groupe, certaines personnes se trouveront dans une position plus défavorable que d'autres. Il est donc important d'aborder les membres des groupes minoritaires racisés en tant qu'individus et non en tant que représentants d'un groupe entier de personnes.

Contexte historique

Les 'races' sont le produit du racisme et non l'inverse. (Relisez cela !) Utiliser les définitions biologiques de la race aujourd'hui, et non dans le contexte de personnes socialement racialisées, est raciste. Pour comprendre cette affirmation, remontons au 17^{ème} siècle. À cette époque, les 'races' ont été établies par les Européens de l'ouest comme un système de catégorisation hiérarchique des personnes pour justifier la colonisation, l'esclavage, l'exploitation et l'invasion de l'Amérique, de l'Afrique, de l'Océanie et de l'Asie. La supériorité de la 'race' blanche a d'abord été expliquée par des idéologies théologiques : L'Église chrétienne a diffusé l'idée que Dieu a créé des races physiquement distinctes. Les Blancs étaient prétendument créés à l'image de Dieu et les autres races étaient des dérivés et donc inférieures. Plus tard, au cours du siècle des Lumières, des preuves (pseudo)scientifiques ont été utilisées pour démontrer la hiérarchie des différentes races (soi-disant) biologiques. "L'infériorité de la race noire" a été "démontrée" de diverses manières. Par exemple, on pensait que les Noirs avaient un tour de crâne plus petit, ce qui les rendait moins intelligents.

Vous trouverez de plus amples informations sur l'histoire de la 'race' [ici](#) et [ici](#).

L'idée de l'infériorité des Noirs a été renforcée par des penseurs influents du siècle des Lumières, comme Thomas Jefferson. En 1787, il a écrit que [le travail forcé était bénéfique pour les Noirs](#), car les recherches avaient montré qu'ils avaient naturellement une fonction pulmonaire inférieure. Plus tard, aux 19e et 20e siècles, la recherche est toujours partie du paradigme selon lequel il existe des raisons biologiques inhérentes aux différences de fonction pulmonaire. Les études de cette période n'ont que rarement, voire jamais, pris en compte l'influence de facteurs environnementaux tels qu'un cadre de vie insalubre, l'activité physique et les conditions socio-économiques associées à la vie des personnes noires. Cette thèse soutenant la différence biologique entre les races est d'autant plus inquiétante qu'elle a encore des défenseurs jusqu'à présent. En effet, [les ajustements en fonction de la race\) sont encore appliqués pour l'utilisation de la spirométrie](#), un appareil permettant de mesurer la fonction pulmonaire.

Au 19e siècle, des expériences ont été menées sur des personnes asservies sans leur consentement. À cette époque, la croyance commune était que les Noirs ressentiraient moins la douleur, car leur peau était censée être plus épaisse et leurs terminaisons nerveuses moins sensibles. Au cours de cette période, le Dr J. Marion Sims, "le père de la gynécologie moderne", a jugé - de manière choquante - que le plus évident était de [pratiquer des procédures gynécologiques sur des femmes esclaves sans anesthésie](#). En effet, il voulait optimiser sa technique de chirurgie des fistules vésico-vaginales. Aujourd'hui encore, les personnes racisées (*people of color*) sont insuffisamment traitées pour leur douleur, en raison de [fausses croyances sur la sensibilité à la douleur](#). Vous trouverez [ici](#) de plus amples informations sur les recherches belges portant sur les différences raciales dans l'attention des observateurs et l'estimation de la douleur des autres.

Les ajustements en fonction de la race pour les tests de fonction pulmonaire et les fausses croyances sur la sensibilité à la douleur ne sont que [deux des nombreuses formes de racialisation en médecine](#). Les conséquences de siècles de racisme et d'une approche fondée sur la race dans les soins de santé sont [multiples](#). La race est sans cesse utilisée de manière inappropriée : comme une essence biologique et non comme une construction sociale et politique. Par exemple, la race (soi-disant) biologique est encore trop souvent considérée comme un déterminant de la santé. En outre, elle est encore fréquemment utilisée dans les données épidémiologiques, les diagnostics et les traitements, sans raison valable. De plus, le terme 'race' est souvent utilisé sans définition claire ni explication de sa pertinence supposée. Cette situation est problématique car lorsque la race (soi-disant biologique) est utilisée dans un mauvais contexte, elle est raciste.

Situation actuelle

Le racisme est un sujet qui a récemment suscité beaucoup d'attention dans la communauté médicale. Pour illustrer cela, je vais apporter un éclairage critique sur des évolutions intéressantes de ces dernières années.

Premièrement, les [recherches récentes concernant les résultats de la spirométrie](#) ont pris en compte les facteurs socio-économiques. Ces études montrent que les différences "raciales" dans les résultats de la spirométrie s'expliquent en grande partie par les conditions socio-économiques et les facteurs environnementaux tels que la pollution atmosphérique, une alimentation inadéquate, les risques professionnels, les infections pulmonaires et d'autres expositions. En tant que professionnels de la santé, il est important de toujours s'interroger sur les ajustements en fonction de la 'race' lors de l'utilisation d'outils cliniques comme la spirométrie : Comment tient-elle compte de la diversité au sein des communautés racisées ? Comment les personnes qui s'identifient comme multiraciales peuvent-elles entrer dans une seule catégorisation raciale ? Qui bénéficie réellement de ces "ajustements" ? [Par exemple](#), la fonction des organes des patients appartenant à un certain groupe racial peut être surestimée en raison des ajustements en fonction de la 'race'. Par conséquent, ces personnes seront moins bien classées sur une liste de transplantation. Est-ce en faveur du patient ?

Deuxièmement, on dit que les Noirs ont proportionnellement plus de masse musculaire. Cela entraîne des taux plus élevés de créatinine dans le sang, qui est filtrée par les reins. Par conséquent, les personnes noires auraient des résultats faussement élevés en matière de taux de filtration glomérulaire estimé (DFGe), qui devraient être ajustés. (Vous trouverez de plus amples informations [ici](#) et [ici](#)). L'utilisation d'ajustements en fonction de la 'race' dans le calcul du DFGe est remise en question depuis un certain temps. En 2021, la Fondation Nationale du Rein et la Société Américaine de Néphrologie ont [recommandé](#) de supprimer la race noire comme facteur dans le calcul du DFGe. Mais cela soulève une nouvelle question : Si les normes de DFGe sont basées sur une population de personnes blanches et non sur l'ensemble de la population, est-il correct de supprimer l'ajustement uniquement pour les personnes noires ? Ne serait-il pas préférable d'appliquer de nouvelles valeurs qui tiennent compte de l'ensemble de la population ?

Troisièmement, la version préliminaire de 2021 des [lignes directrices du NICE](#) proposait que les femmes et les personnes racisées en situation d'accouchement soient induits plus tôt que leurs homologues blancs. Le raisonnement derrière cela est le fait que les personnes racisées étaient plus susceptibles d'avoir des taux plus élevés de complications et de mortalité pendant et après la grossesse que les personnes blanches. Cependant, rien ne prouve que le déclenchement à 39 semaines au lieu de 41 semaines ait un effet bénéfique sur les complications et la mortalité dans ce groupe de personnes. Au contraire, le déclenchement de l'accouchement est une procédure qui s'accompagne de risques pour la santé. La version conceptuelle de cette directive insinuait que la cause de la morbidité et de la mortalité plus élevées est inhérente aux personnes racisées. Pendant ce temps, les facteurs sociaux contribuant à l'inégalité étaient complètement ignorés. Après [les critiques](#), la proposition, qui ne faisait que promouvoir le racisme systémique, a été retirée.

Enfin, en décembre 2022, la revue médicale The Lancet a publié [une série sur l'égalité raciale et ethnique dans la science, la médecine et la santé mondiale](#). Dans cette série, vous pouvez trouver des articles qui élucident comment "le racisme, la xénophobie et la discrimination (...) provoquent des maladies évitables et des décès prématurés parmi des groupes qui sont souvent déjà défavorisés." Je pense que c'est une ressource précieuse pour toute personne impliquée dans le secteur de la santé, que ce soit en tant qu'étudiant, enseignant, chercheur ou professionnel de la santé. C'est le recueil d'articles que nous attendions depuis trop longtemps.

Conseils pratiques

Avant de proposer des conseils concrets pour une approche plus respectueuse de la 'race' dans l'enseignement des soins de santé, je tiens à souligner que mon intention n'est pas de pointer du doigt qui que ce soit. J'ai plutôt l'intention de tendre la main, afin d'apporter ensemble des changements structurels. Je sais par expérience que la Faculté de Médecine et des Sciences de la santé de l'Université d'Anvers fait déjà plusieurs efforts pour être plus inclusive et pour améliorer ses programmes d'études. En outre, je suis sûre que d'autres établissements d'enseignement font également de leur mieux pour apporter des changements positifs.

Tout d'abord, j'invite chacun à s'engager dans **l'autoréflexion et la réflexion critique**.

Tant les enseignants que les élèves peuvent donner l'exemple. En tant que membre du corps enseignant, il est important de continuer à se former, d'oser regarder au-delà de son domaine d'expertise et de ne pas éviter les questions sociales. En tant qu'élèves, nous pouvons faire entendre notre voix, demander à aborder certains sujets en classe et demander des éclaircissements lorsque le terme 'race' (ou tout autre terme de substitution) est utilisé de manière inappropriée. Chaque fois que le mot 'race' (ou un autre terme de substitution) est utilisé, vous devez vous poser les questions suivantes : 1) Que signifie le terme 'race' (ou tout autre terme de substitution) ici ? et 2) Pourquoi est-il utilisé ici et quelle en est la pertinence ?

Deuxièmement, **une approche tenant compte de la 'race' devrait être appliquée dans chaque cours**. Le thème de la discrimination ne devrait pas se limiter aux cours sur les facteurs sociétaux en médecine, à la médecine familiale ou aux ateliers axés sur les compétences de communication. Le système éducatif est encore fondé sur la race lorsque, par exemple, dans les cours de cardiologie, on dit que les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA) ne doivent pas être administrés aux personnes de 'race' noire, sans réflexion critique à ce sujet, ni contexte scientifique. Dans chaque cours, nous devrions remettre en question les associations acquises entre la race (soi-disant biologique), d'une part, et les résultats cliniques et le diagnostic différentiel, d'autre part.

Troisièmement, **il faut utiliser une terminologie appropriée**. Lorsque vous faites une déclaration sur un groupe particulier, utilisez des adjectifs au lieu de noms. Par exemple, au lieu de dire "Noirs", dites "personnes noires" ou "patients noirs". Au lieu de réduire un groupe particulier à une seule caractéristique, en utilisant des adjectifs, vous reconnaissez qu'il s'agit, en premier lieu, de personnes.

Quatrièmement, **lorsque vous parlez de différences génétiques, ne parlez pas de race (soi-disant biologique), mais d'ascendance/hérédité**. Dans la pratique clinique, il n'est pas toujours possible d'examiner la génétique. C'est pourquoi des recherches supplémentaires sont nécessaires pour trouver de meilleures approximations des caractéristiques génétiques à l'origine des différences de prédisposition à certaines maladies et de réponse à certains médicaments. Dans tous les cas, la race (soi-disant biologique, ou sociopolitique) n'est pas une bonne mesure.

Cinquièmement, **les programmes d'enseignement pourraient être élargis**. Ce [billet de blog](#) de la revue médicale britannique fournit les meilleurs conseils :

- "Enseigner les causes structurelles du racisme et de l'inégalité ;
- Reconnaître et aborder 1) les privilèges, 2) les préjugés conscients et inconscients, et 3) le [concept de 'race' comme une construction sociale sans base génétique](#) ;
- Reconnaître l'eugénisme et les torts causés aux minorités ethniques et aux autres personnes marginalisées dans les domaines de la science et de la médecine dans l'histoire de la médecine ;
- Diversifier l'enseignement clinique pour y inclure les [signes cliniques sur les teintes de peau plus foncées](#)
- Faire de la compréhension et de la remise en cause des effets du racisme structurel sur la santé une [compétence médicale professionnelle essentielle](#), reconnue dans les domaines de la [bonne pratique médicale](#)."

Sixièmement, **il est important de ne pas sous-estimer le pouvoir de la représentation.** Les groupes racialisés entrent peu dans l'enseignement supérieur des soins de santé. Ils sont encore moins nombreux à occuper un poste d'enseignant dans le domaine des soins de santé. Les barrières du racisme structurel qui entravent actuellement ce flux doivent être levées, afin que l'enseignement (para)médical et la pratique clinique deviennent un reflet de la société.

Enfin, **des recherches supplémentaires dans un contexte belge sont nécessaires.** Lors de la rédaction de cette lettre, il a été difficile de trouver suffisamment de sources belges pour étayer mes arguments. Les études sur la 'race' dans un contexte américain, par contre, sont prédominantes. Il est important d'être très prudent lorsque l'on traduit une étude américaine dans un cadre belge, car le contexte actuel et l'histoire sont différents. Cependant, comme il existe actuellement relativement peu de preuves dans un contexte belge concernant les disparités raciales en matière de santé, nous sommes souvent obligés d'utiliser la littérature disponible.

Conclusion

Le racisme est une cause importante des disparités en matière de santé. Pour lutter contre ces inégalités, nous devons nous attaquer au racisme. Nous ne pouvons lutter contre le racisme que si nous reconnaissons que les gens sont systématiquement traités différemment sur la base de leur prétendue 'race'. En d'autres termes, nous devons parler davantage de la 'race' et de ses implications sociales et politiques. Par cette lettre, je souhaite soutenir cette conversation. Bien sûr, nous ne devons pas nous contenter d'en parler. Nous devons également agir. Je suis convaincue que nous pouvons apporter des changements structurels à long terme dans notre enseignement des soins de santé, en travaillant ensemble.