

Black (or Colored) lives matter, en médecine également

Dre SOPHIE DURIEUX-PAILLARD

Rev Med Suisse 2020; 16: 1840

C'est l'autre actualité de cette fin de printemps 2020. D'ailleurs elle interfère avec celle du COVID-19, puisque, dans les pays où on peut les calculer spécifiquement, la prévalence et la mortalité de cette maladie touchent de manière disproportionnée les minorités ethniques: Afro-américains et Amérindiens aux États-Unis, Hazara en Afghanistan et au Pakistan, foyers de migrants dans divers pays européens, par exemple.¹ Il est donc utile de rappeler que le racisme, et plus généralement les discriminations, ont un impact majeur sur la santé de ceux qui les subissent, et de se poser la question du rôle que les systèmes de santé ont à jouer pour contrer ces «facteurs de risque». D'aucuns diront que cette thématique est éminemment nord-américaine (comme le mouvement Black lives), nous leur répondrons qu'elle a récemment fait descendre des milliers de personnes dans les rues de villes européennes, dont 1000 à ... Bienne. Deux articles nous aident à faire le point. Une revue de littérature² nous introduit dans le vif du sujet. Dans nos sociétés, les discriminations s'organisent selon 3 niveaux: structurel, culturel et individuel.

Le premier est lié à l'organisation de nos démocraties: même si les lois condamnent le racisme, dans les faits, la ghettoïsation des minorités (dans le logement, les écoles, à travers l'accès à l'enseignement supérieur, aux emplois...), les différences dans l'application des règlements par les fonctionnaires (police, justice, éducation...) sont en soi discriminatoires et maintiennent de fait une inégalité de traitement. Rappelons d'ailleurs qu'en Suisse, il n'existe pas à proprement parlé de loi «antiraciste», mais une «norme pénale contre la discrimination raciale».

Le deuxième est plus insidieux, il est lié à l'impact répété des stéréotypes culturels sur le développement des individus. Même si les choses évoluent avec la mondialisation, nous grandissons avec ces clichés issus de la culture dominante, ils nous imprègnent et nous devons faire des efforts, dans nos rapports aux autres, pour nous en défaire. Les histoires drôles

mettant en scène «un Noir, un Juif, un Arabe, un Chinois...» ou les caricatures satiriques en sont un bon exemple: encore maintenant elles font sourire, nous parlent *implicitement*. Ainsi, ces stéréotypes maintiennent les individus des deux bords dans des rôles prédéterminés. Pour en sortir, il faut, soit ajouter un niveau (je pense à un patient, Noir et sans statut légal, qui ne sortait jamais sans une chemise et une veste de costume, pour minimiser le risque de contrôle policier au faciès), soit faire un effort intellectuel.

Enfin, le troisième échelon est individuel: on pense à la difficulté, pour un même niveau de compétences ou de revenus, qu'ont les individus issus de minorités à obtenir un emploi, un appartement, un prêt auprès d'une banque etc., parce que leur interlocuteur a des idées préconçues liées à leur couleur de peau, leur patronyme ou leur religion.

En médecine également, cette tendance nous imprègne. Même si le «syndrome méditerranéen» (ou transalpin) n'est plus de mise, qui n'a jamais «culturalisé» l'expression de la douleur d'un patient («c'est comme ça, ils en font des tonnes»), passé moins de temps et mis moins d'empathie pour expliquer un diagnostic à un patient à faible niveau d'éducation («de toute façon, il n'y comprend rien»), ou examiné approximativement la lésion cutanée d'une peau noire («trop difficile»)? Je... caricature un peu, mais suis certaine que ces exemples parleront à beaucoup. Quels remèdes à cette discrimination dans la pratique médicale? Il y en a trois, selon Deborah Cohan:³

- Les biais «implicites» ne le sont plus quand on en prend conscience. Analyser de manière critique nos pratiques avec des patients «différents», nous permet de reconnaître ces biais et de les corriger.
- Engager des professionnels de santé issus de la diversité et travailler en équipe multiethnique. Non pas pour «appareiller» patients et médecins de même culture, mais pour élargir nos regards, entendre d'autres discours qui nous permettront de mieux comprendre les patients

«différents».

- Promouvoir l'équité dans les soins. Le discours égalitaire: «je ne suis pas raciste: avec ce patient, je fais comme pour les autres» est un leurre. Lorsque l'on soigne des patients «différents», il faut bien souvent passer plus de temps à s'informer, manifester plus d'empathie, contacter plus de personnes de l'entourage pour obtenir le même résultat.

Les vies comptent: c'est finalement le propre de la science médicale.

1 Guadagno L. Migrants and the COVID-19 pandemic: an initial analysis. Migration research serie n°60. IOM 2020. ISBN 978-92-9068-833-4.

2 William DR, Lawrence JA, Davis BA, Vu C. Understanding how discrimination can affect health. Health Serv Res. 2019;54 (Suppl. 2):1374-88.

3 Cohan D. Racist like me- A call to Self-reflection and action for white physicians. N Engl J Med 2019;380:805-7.

DRE SOPHIE DURIEUX-PAILLARD

Programme santé migrants,
Service de médecine de premier recours,
HUG, 1211 Genève 14
sophie.durieux@hcuge.ch