Louay Bou Imad
Université Libre de Bruxelles
Faculté de Médecine
Année académique 2022-2023

Les biais raciaux et/ou représentations racistes dans les soins de santé en Belgique

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de master en médecine et du titre de médecin

Promoteur : Dr. V. Huberland
Avec l'appui méthodologique et scientifique de Dr. Sarah Demart, sociologue.

Remerciements

Au Docteur Vincent Huberland, pour sa supervision et ses conseils précieux tout au long du travail en tant que promoteur.

Au Docteur Sarah Demart, pour son aide à la création du questionnaire.

A l'ensemble des participants au questionnaire.

A mes parents, Adel, Jamila, ma sœur Abir et mes amis pour leur soutien inconditionnel tout au long de mes études.

Table des matières

Liste des abréviations utilisées 2
Lise tes figures et tableaux 3
Résumé 4
Introduction 5
Matériel et méthode..... 8

- Méthodologie de la recherche bibliographique..... 8
- Méthodologie de la recherche scientifique 8

Résultats 12

- Description de la population d'étude 12
- Connaissance du sujet..... 14
- Stéréotypes sur les patients 14
- Stéréotypes sur le personnel soignant 16
- Possibles manifestations du racisme 16
- Vécu à propos du racisme dans les soins de santé 18
- Éléments pouvant mener au racisme dans les soins de santé 19
- Quelques commentaires généraux 20

Discussion 22

- Forces et limites 22
- Discussion des principaux résultats 22

Conclusion..... 25
Références 26
Annexes 29

Liste des abréviations utilisées

Médecins en spécialisation de médecine générale = PG (post-gradués)

Médecins généralistes = MG

Liste des figures et tableaux

Tableaux :

Tableau 1 : Description de la population d'étude ……12
Tableau 2 : Les sujets évoqués en texte libre ……20

Figures :

Figure 1 : Nuage de mots illustrant les termes utilisés ……14
Figure 2 : Stéréotypes sur les patients - PG ……15
Figure 3 : Stéréotypes sur les patients - MG ……15
Figure 4 : Stéréotypes sur le personnel soignant – PG ……42
Figure 5 : Stéréotypes sur le personnel soignant – MG ……42
Figure 6 : Possibles manifestations du racisme – PG ……16
Figure 7 : Possibles manifestations du racisme – MG ……16
Figure 8 : Exemples pratiques – PG ……17
Figure 9 : Exemples pratiques – MG ……17
Figure 10 : Exemples pratiques ……17
Figure 11 : Témoignage de racisme ……18
Figure 12 : Vécu MG ……51
Figure 13 : Vécu PG ……51
Figure 14 : Témoignage racisme par les patients ……53
Figure 15 : Difficultés spécifiques avec certains publics ……54
Figure 16 : Type de racisme dont les médecins ont été auteurs ……54
Figure 17 : Éléments pouvant mener au racisme – PG ……19
Figure 18 : Éléments pouvant mener au racisme – MG ……20
Figure 19 : D'autres éléments expliquant le racisme ……57

Résumé

- ## Introduction

Le concept de « racisme » est souvent sujet à débat dans nos sociétés. Plusieurs études aux Etats-Unis et Royaume Uni, mais peu dans le reste de l'Europe, ont mis en évidence des biais racistes et actes de racisme dans les soins. Ainsi, nous avons choisi d'explorer ce sujet en interrogeant les professionnels de la santé ainsi que les futurs professionnels.

- ## Matériel et méthode

Nous avons réalisé une étude mixte par un questionnaire en ligne, distribué à un échantillon de médecins généralistes francophones recrutés par mail au travers de plusieurs listes de diffusion. Les réponses ont été analysées en utilisant des méthodes statistiques descriptives et inférentielles pour les réponses quantitatives, ainsi qu'un codage simple pour les réponses qualitatives.

- ## Résultats

Un total de 148 questionnaires a été rempli, révélant que 84,9% des MG et 93,6% des PG sont convaincus de l'existence du racisme dans les soins de santé en Belgique et ont déjà été confrontés à ce problème dans leur pratique. Plus de 50% d'entre eux sont en accord sur le fait que les différentes manifestations de racisme mentionnées sont considérées comme du racisme. Cependant, il y a une différence entre leur point de vue théorique et leur reconnaissance des exemples pratiques. Selon eux, l'existence du problème est le résultat d'un ensemble de facteurs.

- ## Conclusion

Un nombre important de médecins généralistes semble s'intéresser à la question du racisme. Celle-ci semble être présente de diverses manières dans les soins de santé primaires. Cependant, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre la nature de ces biais. Le développement de formations pratiques et d'interventions universitaires est une perspective importante pour ouvrir le débat et trouver des solutions.

Introduction

Dans sa série sur le « racism, xenophobia, discrimination, and health » publiée en décembre 2022, le Lancet invite les professionnels de la santé à “s’engager et à lutter contre les forces omniprésentes du racisme, de la xénophobie et de la discrimination ainsi que la violence structurelle qu’ils ont causés pour assurer une meilleure santé publique et la promotion de l’équité sociale.” [1-5]

Par-là, les auteur-rices évoquaient le racisme comme déterminant de santé. A ce jour, en effet, le racisme continue d’avoir des conséquences sur la santé et le système de soins. [6-7]

Il n’existe pas de définition absolue du racisme ce qui conduit à plusieurs débats concernant la signification de ce terme.
La Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, entrée en vigueur le 4 janvier 1969, définit le racisme comme :
“Dans la présente Convention, l’expression «discrimination raciale» vise toute distinction, exclusion, restriction ou préférence fondée sur la race, la couleur, l’ascendance, ou l’origine nationale ou ethnique, qui a pour but ou pour effet de détruire ou de compromettre la reconnaissance, la jouissance ou l’exercice, dans des conditions d’égalité des droits de l’homme et des libertés fondamentales dans les domaines politique, économique, social et culturel, ou dans tout autre domaine de la vie publique.”[8]

Paradies et al. ont revu 138 études empiriques quantitatives basées sur le racisme auto-déclaré et la santé dont 12 en Europe et 118 aux Etats-Unis. Les concepts utilisés pour mesurer le racisme auto-déclaré sont les expériences vécues de discrimination (comportement raciste) comme les attaques racistes, le harcèlement, l’exclusion, des évènements de la vie (licenciement), discrimination quotidienne (ne pas être servi) et les stéréotypes. Le résultat de son étude était la forte association entre le racisme et une mauvaise santé, particulièrement la santé mentale. [9]

Des dynamiques racistes existent à plusieurs niveaux dans nos sociétés, entre autres dans les soins de santé. [10-11] Il existe différents types de racisme qui interviennent dans les soins de santé :

- Le racisme direct qui a lieu lorsque des personnes sont traitées moins favorablement à cause de leur race, ethnie, religion, …

Par exemple, une personne du personnel médical qui traite mal un patient ou une discrimination lors de l'interview de postulation à un poste sur base de préjugés ou un sentiment de supériorité. Ce racisme conduit à l'application de la loi et à des mesures administratives.

- Le racisme indirect lorsque le service proposé à la population favorise la majorité ethnique et ne prend pas en compte la population minoritaire ce qui crée une inégalité.

Le concept de racisme institutionnel explique le racisme indirect appliqué aux différentes organisations. Le « Macpherson report » définit le racisme institutionnelle comme étant : L'échec collectif d'une organisation à fournir un service approprié et professionnel aux personnes en raison de leur couleur, de leur culture ou de leur origine ethnique. Elle peut être vue ou détectée dans des processus, des attitudes et des comportements qui s'apparentent à une discrimination involontaire.
Les préjugés, l'ignorance, l'insouciance et les stéréotypes racistes qui désavantagent les minorités ethniques. Macpherson (1999; para 6.34, p8).[12]

Un exemple de racisme institutionnel serait l'échec du système de santé d'établir des diagnostics précis parce qu'il ne fournit pas la formation et les capacités d'interprétation nécessaires pour établir des communications permettant d'obtenir une histoire médicale complète.[13]

A l'heure actuelle, la majorité des recherches traitant le sujet du racisme dans les soins de santé nous viennent des États-Unis et la plupart des travaux européens nous viennent du Royaume Uni.[13]

Plusieurs études américaines ont montré une discrimination quant à la gestion de la douleur des patients entrainant des souffrances inutiles pour tant de patients à cause de leur race/ethnie ainsi qu'une plus grande mortalité et un stade plus avancé de cancer lors du diagnostic pour les minorités ethniques.[14-16]

De plus, des études américaines ont mis en évidence la présence de stéréotypes implicites chez les soignant(e)s et les infirmier(e)s au même degré que dans la population générale basé sur la race/ethnie, le sexe, statut socio-économique, âge, santé mentale, poids, HIV, handicapés, consommateurs de drogue IV et circonstances sociales. Il existe une corrélation négative entre le niveau de stéréotype implicite et la qualité des soins. Il est important de souligner que des patients peuvent également interagir avec le corps médical avec des stéréotypes implicites rendant l'interaction encore plus complexe.

La recherche de corrélation entre stéréotype implicite chez le corps médical et la qualité de soins est un sujet relativement nouveau et très peu recherché en Europe.[17]

Il existe peu de travaux sur le sujet du racisme dans les soins de santé en Europe et encore moins en Belgique. Avec le nombre croissant de migrants au cours des dernières années en Belgique[18], on peut s'attendre à une augmentation de racisme dans les soins de santé.

Comme il a été démontré ailleurs qu'il existe du racisme dans les soins de santé avec un effet sur la santé, on se demande s'il existe dans le réseau ULB des représentations du racisme parmi les soignant(e)s qui pourraient avoir un effet sur la santé.

Matériel et méthode

- ## Méthodologie de la recherche bibliographique

Pour faire l'état des lieux de la question des biais raciaux et des éventuelles représentations racistes dans les soins de santé en Belgique, nous avons réalisé une revue de la littérature.

Pour étudier notre question de recherche, nous avons utilisé les mots-clés suivants :

Mots-clés	Mots associés	Anglais
Racisme	Biais raciaux, inégalités, représentations racistes	Racism
Soins de santé	Santé globale, santé physique, santé mentale	Healthcare, physical health, mental health
Professionnels de santé	Médecins, prestataires de soins, personnel soignant, dispensateurs de soins	Health personnel, physicians, health care provider
Belgique	Royaume de Belgique	Belgium
Déterminants de la santé	Impact sur la santé	Determinants of health
Santé publique		Public health

Nous avons utilisé différentes combinaisons de ces mots-clés dans les moteurs de recherche suivants : KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé), HAS (Haute Autorité de santé), NICE (National Institute for health and Care Excellence), SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale) et OMS (Organisation Mondiale de la Santé) pour la littérature quaternaire. Pubmed et TripDataBase pour la littérature tertiaire. Cismef, Google Scholar et The Lancet pour la littérature primaire et secondaire.

Nous avons sélectionné les différents articles en privilégiant les articles de haut niveau de preuve, récents, et un degré de proximité avec notre contexte, avec une préférence pour les articles européens et belges de préférence avant de se tourner vers la littérature américaine qui est la plus prédominante concernant notre sujet.

- ## Méthodologie de la recherche scientifique

Dans le but d'étudier les biais raciaux et représentations racistes dans les soins de santé en Belgique, nous avons réalisé un questionnaire en ligne composé de réponses quantitatives et qualitatives afin de permettre aux participants une certaine liberté d'expression et d'éviter

des biais de réponses et une limitation des réponses présentes dans les questionnaires fermés, un biais de l'interviewer, le coup et le temps et la difficulté de standardisation présents dans les entretiens semi-dirigés et les études qualitatives.

Notre étude mixte permet une complémentarité et une exploration approfondie des données quantitatives et une augmentation de la crédibilité de nos résultats.

Création et envoi du questionnaire

Le questionnaire a été créé à partir de la littérature et de discussions entre chercheur-ses.[19-21]

Notre revue de la littérature n'ayant pas permis d'identifier de questionnaires validés explorant de manière exhaustive le sujet, nous avons créé notre propre questionnaire. Nous avons pour cela commencé par identifier dans la littérature les différentes situations cliniques pour lesquels l'influence de biais et représentations racistes a été proposée. Ensuite, pour chacune de ces situations, nous avons identifié des questions déjà utilisées dans des questionnaires ou en avons formulées par nous-même.
Nous avons ensuite discuté de ce questionnaire avec Dr. Sarah Demart, sociologue à l'ULB, effectuant ses recherches sur la question des biais racistes dans les soins de santé.

Nous avons ensuite effectué un pré-test auprès de 10 médecins pendant une dizaine de jours, jusqu'à saturation des commentaires.

Le questionnaire (annexe 1) a été diffusé sur la plateforme Surveymonkey afin d'assurer une bonne confidentialité et garder l'anonymat des participant-es.

Échantillonnage

Les critères d'inclusion étaient :

- Être médecin généraliste ou se spécialiser pour devenir un médecin généraliste (1er, 2e, 3e année de spécialisation en médecine générale).
- Travailler en Belgique.

Les critères d'exclusion étaient :

- Être un spécialiste autre que médecin généraliste ou se spécialiser pour devenir un médecin autre que généraliste.
- Travailler en dehors de la Belgique.

En supposant que la taille de la population cible est de 19729 médecins (MG+PG)[22] et un niveau de confiance de 95%, la marge d'erreur de notre échantillon de 148 participants est de 8%.

Recrutement

Afin de constituer l'échantillonnage le plus représentatif possible de la profession, nous avons diffusé ce questionnaire à un maximum de médecins généralistes, au travers de plusieurs listes de diffusion (via les associations de médecins généralistes belge (Bruxelles, Liège, Namur, …) et le secrétariat du DMG (Département de médecine générale)).

Le questionnaire a été diffusé à partir du 29 mars jusqu'au 25 avril accompagné d'un mail de recrutement et d'un lien direct vers le questionnaire digitalisé (annexe 2).
Nous avons effectué 1 rappel après 2 semaines du lancement du questionnaire.

Analyse des données récoltées

Deux groupes ont été créés, les médecins généralistes (médecins) et les médecins en spécialisation de médecine générale (PG).

Nous avons utilisé le logiciel JAMOVI version 23.21 pour réaliser l'analyse statistique de l'étude. Les variables quantitatives ont été mesurées en utilisant les moyennes et les écarts-types. Pour tester les différences statistiques dans les réponses entre les deux groupes de médecins, nous avons utilisé les tests paramétriques classiques tels que le test du Chi2, le test de Ficher (si nécessaire) et le test de Student en analyse univariée. Le niveau de signification a été maintenu à <0,05 pour toutes les analyses.
Nous avons utilisé un test du Chi2 pour examiner l'association entre le genre, l'âge, le niveau d'étude du père et de la mère et les différentes variables, ainsi que pour la comparaison entre les deux groupes. Nous avons utilisé le test de Holm-Bonferroni pour la correction de

la pvalue. En ce qui concerne l'analyse des questions qualitatives, nous avons opté pour un codage simple, suivi d'une analyse quantitative des thèmes récurrents.

Résultats

Le questionnaire a été complété par 148 participants, composés de 82 médecins généralistes et 59 médecins en spécialisation de médecine générale, 7 personnes n'ayant pas répondu à la question concernant leur profession.

- ## Description de la population d'étude

La population d'étude est principalement composée de participants de moins de 40 ans avec une expérience moyenne de 16,4 ans pour les MG et 1,8 an pour les PG.

La majorité des participants sont des femmes (68% pour les MG et 76% pour les PG), de nationalité belge, avec le français comme langue maternelle. Le niveau d'éducation du père est généralement supérieur à celui de la mère.

Les participants ont principalement obtenu leur diplôme en Belgique, en particulier à l'ULB et à l'UCL, et travaillent dans des cabinets en milieu urbain.

Tableau 1 : Description de la population d'étude

		Médecin généraliste n = 82	**Médecin en spécialisation de médecine générale n = 59**
Âge		N (%)	N (%)
	< 40 ans	43 (53,7)	57 (96,6)
	> 40 ans	37 (46,3)	2 (3,4)
Genre	Femme	56(68,3)	45 (76,3)
	Homme	22 (26,8)	12 (20,3)
	Autre	4 (4,8)	2 (3,4)
Langue maternelle	Français	77 (93,9)	50 (84,7)
	Autre	5 (6,1)	9 (15,3)
Nationalité	Belge	79 (96,3)	41 (69,5)

	Autre	3 (3,7)	18 (30,5)
Nationalité du père	Belge	67 (81,7)	27 (45,8)
	Afrique	7 (8,5)	13(22)
	Union Européenne	5 (6,1)	16 (27,1)
	Autre	3 (3,6)	3 (5,1)
Nationalité de la mère	Belge	67 (81,7)	29(49,2)
	Afrique	7(8,5)	8(13,6)
	Union Européenne	6(7,3)	18(30,5)
	Autre	2 (2,4)	4 (6,8)
Niveau d'étude du père	Master étude supérieur	26(31,7)	24(40,7)
	Bachelier étude supérieur	17 (20,7)	17(28,8)
	Doctorat	14(17,1)	3(5,1)
	Secondaire	16(19,5)	9(15,3)
	Primaire	6(7,3)	5(8,5)
	Aucun	3 (3,7)	1(1,7)
Niveau d'étude de la mère	Master étude supérieur	17 (20,7)	17(28,8)
	Bachelier étude supérieur	28 (34,1)	19(32,2)
	Doctorat	4(4,9)	3(5,1)
	Secondaire	20(24,4)	16(27,1)
	Primaire	9(11)	4(6,8)
	Aucun	3(3,7)	-
Lieu des études supérieures ou d'obtention du diplôme	Belgique	79(96,3)	54 (93,1)
	Autre	3(3,6)	4(6,8)
Lieu du travail	Cabinet	48 (60)	29 (50,9)
	Maison Médicale	21(26,3)	23(40,4)
Milieu du travail	Rurale	13(16,3)	2 (3,5)
	Urbain	41(50)	36(63,2)
	Semi urbain ou semi rural	13(15,9)	19(33,3)

- Connaissance du sujet

75,6% des MG et 74,6% des PG pensent qu'il existe du racisme dans les soins de santé en Belgique (annexe 3).

Les MG ont évalué le problème comme moyennement important, avec une cote de 46/100. En revanche, les PG ont attribué une importance plus élevée à ce problème, avec une cote de 62/100.

La définition du racisme ne fait pas l'unanimité parmi les participants mais certains termes ressortent pour définir le racisme (figure 1).

Figure 1 : Nuage de mots illustrant les termes utilisés

La plupart des participants n'ont pas suivi de formation sur le racisme (annexe 3). Pour ceux qui ont suivi une formation, cela a inclus des formations associatives (ONG, Planning, …) ainsi qu'une formation autodidacte.

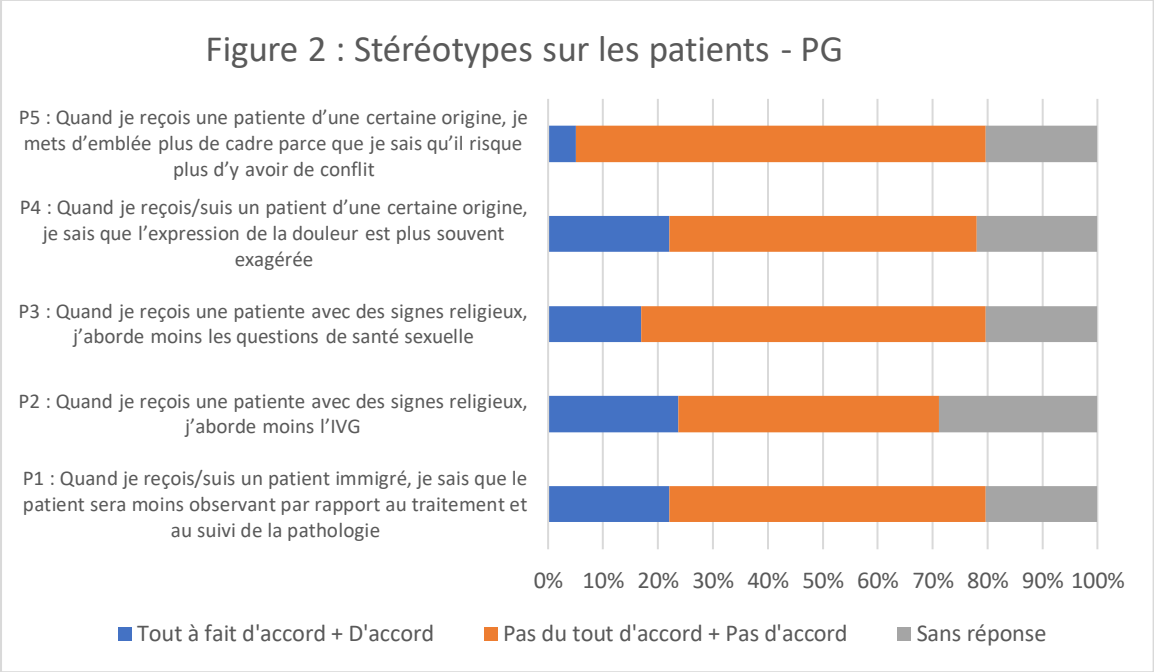
- Stéréotypes sur les patients

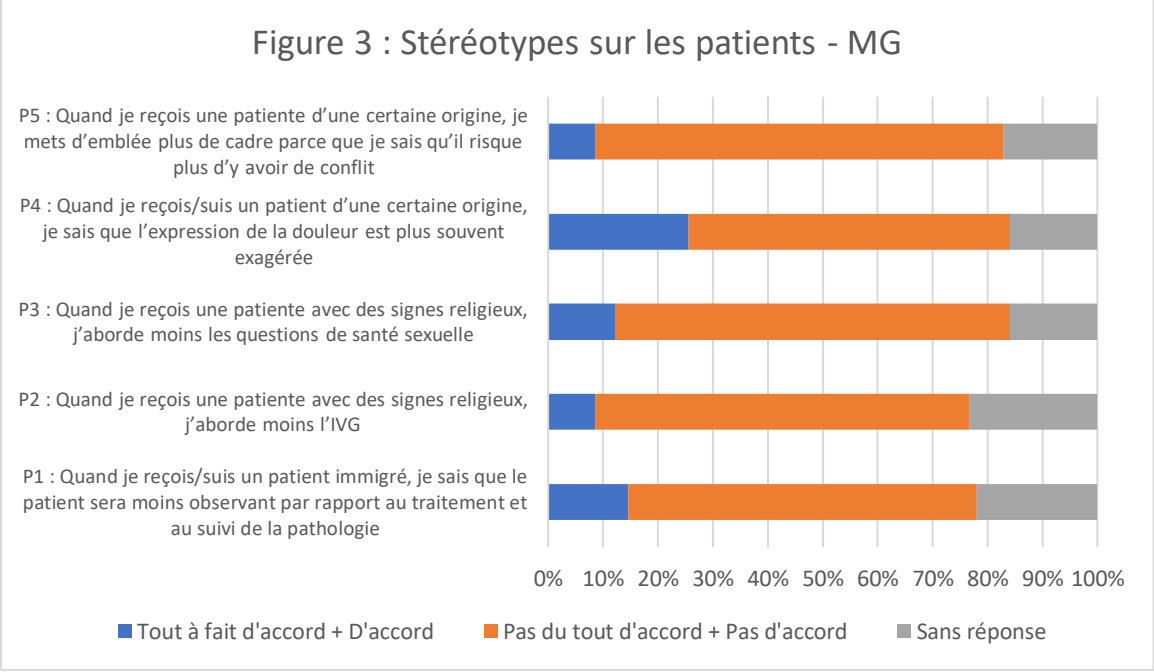
Nous avons débuté en soumettant aux participants différentes situations tirées de la littérature, où le patient est victime de racisme, présentées sous forme d'échelle de Likert, afin de mesurer leur niveau d'accord et de comparer les deux groupes.

On note que plus de 50% des participants ne se sentent pas représentés dans ces situations. Bien que le taux de désaccord varie selon les propositions, il atteint 74,4% pour les MG et 74,6% pour les PG lorsqu'il s'agit de la cinquième proposition, soit le pourcentage le plus élevé.

Néanmoins, on note que les taux d'accord des PG varient de 5,1% à 23,7% tandis qu'ils varient de 8,5% à 25,6% chez les MG.

Il n'y a pas d'association statistiquement significative (annexe 4 et 5).





- ## Stéréotypes sur le personnel soignant

Nous avons ensuite présenté aux participants différentes situations tirées de la littérature, où le personnel soignant est cette fois-ci victime de racisme.

Les taux de désaccord sont très élevés dans les deux groupes, ils varient de 45,8% à 69,5% chez les PG et de 59,8% à 76,8% chez les MG

On note que 23,7% de PG sont d'accord avec la P3 traitant de mesures disciplinaires différentes selon l'origine (annexe 6).

Les réponses des deux groupes ont été comparées et il existe une association statistiquement significative (pvalue 0,006) pour la P3 (correction de la pvalue 0,01), les PG (70%) étant plus susceptibles d'être d'accord avec cette affirmation (annexe 7 et 8).

- ## Possibles manifestations du racisme

Nous avons par la suite évoqué les possibles manifestations du racisme, issus de la littérature, et on constate que les PG sont plus d'accord que les MG sur tous les éléments. On note également qu'il y a plus de MG qui se sont abstenus de répondre aux questions (figure 6 et 7).

Figure 6 : Possibles manifestations du racisme - PG

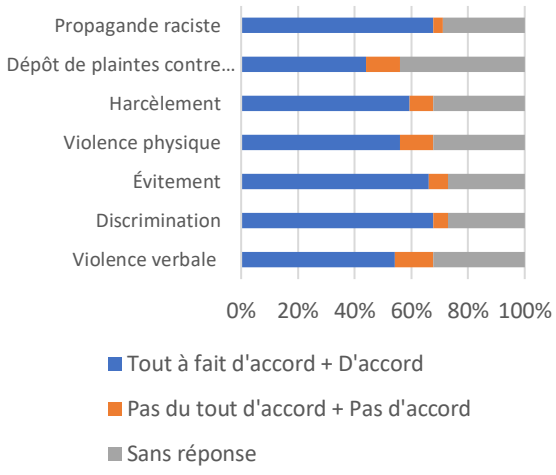
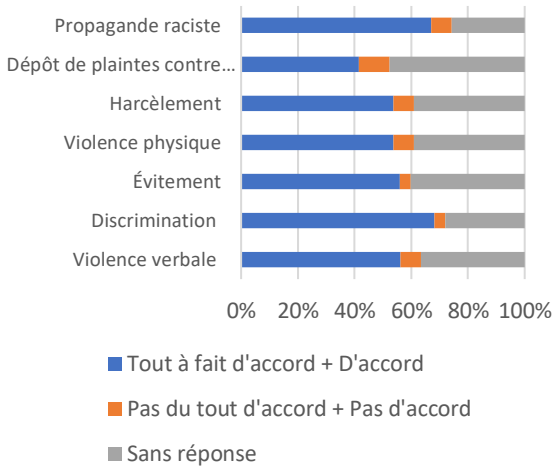
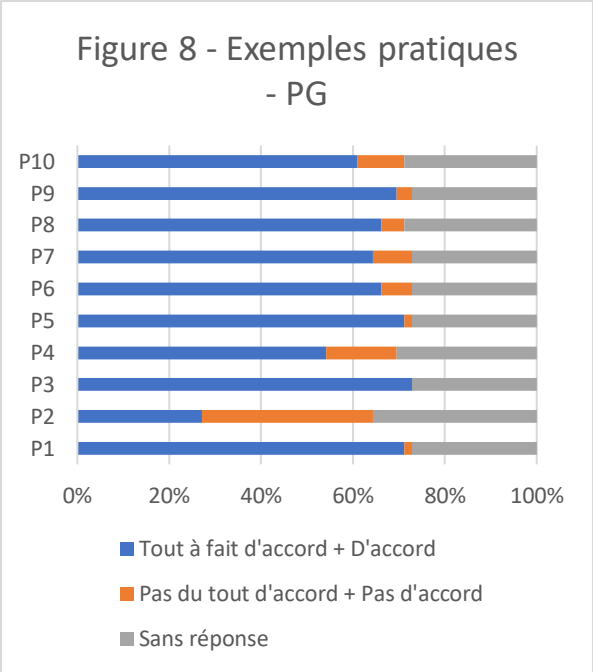
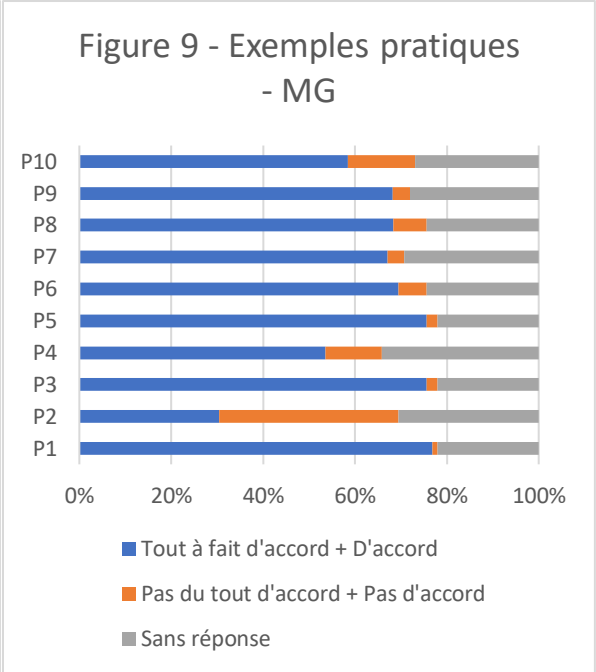


Figure 7 : Possibles manifestations du racisme - MG







P1 : Un médecin refuse de prendre en charge un patient à cause de son origine
P2 : Un médecin refuse de prendre en charge un patient d'origine étrangère parce qu'il n'a pas de mutuelle
P3 : Un médecin insulte un patient ou est insulté par un patient à cause de son origine
P4 : Un médecin ne fait pas d'effort de communication avec le patient (en l'absence de traducteur)
P5 : Un médecin dit au patient : « sale étranger », « retourne chez toi », « tu n'as pas le droit d'être ici », …
P6 : Un médecin donne moins d'antidouleurs au patient sur base de son origine
P7 : Un médecin n'explique pas au patient ce qui se passe parce qu'il estime qu'il ne va pas comprendre d'après son origine
P8 : Un médecin ne cherche pas le consentement éclairé du patient à cause de son origine
P9 : Un médecin refuse la présence d'un accompagnant à cause de l'origine du patient
P10 : Un médecin prend une décision clinique différente à cause de l'origine du patient

Figure 10. Exemples pratiques

Ensuite, nous avons présenté plusieurs scénarios pratiques pour illustrer ces éléments (figure 10), en nous appuyant sur la littérature, et nous constatons que les participants sont principalement d'accord pour considérer ces situations comme étant du racisme. Les taux d'accord varient de 54,2% à 72,9% pour les PG et de 53,7% à 76,8% pour les MG excepté la P2 ou les taux baissent respectivement à 27,1% et 30,5%.

On note que 37,3% des PG et 39% des MG ne sont pas d'accord pour dire que la P2 représente du racisme (figure 8 et 9).

On note que les participants sont plus d'accord pour dire que c'est du racisme quand il s'agit des situations pratiques.

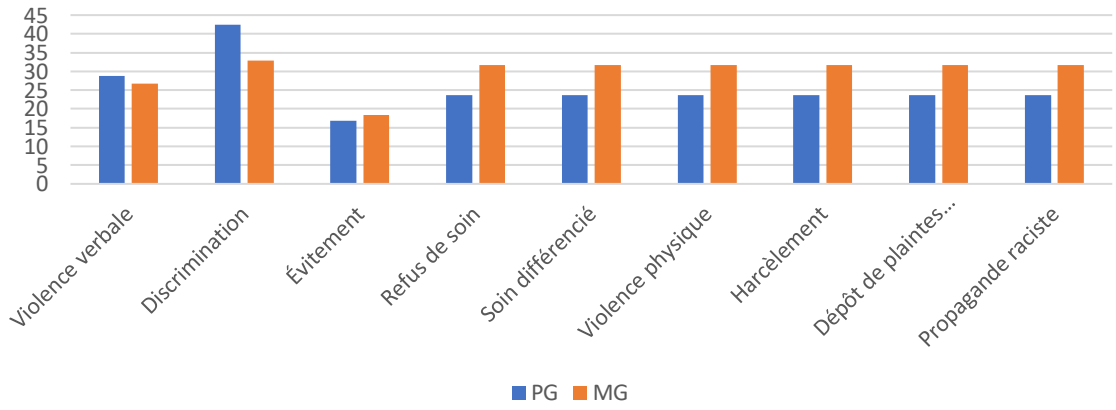
Il n'y a pas d'association statistiquement significative (annexe 9 à 12).

- ## Vécu à propos du racisme dans les soins de santé

52,4% des MG et 49,2% des PG disent avoir été témoins de racisme dans leur pratique médicale (annexe 13 et 14)

La catégorie de discrimination est celle qui est la plus évoquée, avec 78,1% des PG et 60% des MG, suivie de la violence verbale qui est citée par 53,1% des PG et 48,9% des MG. Les autres catégories ont des pourcentages plus ou moins équivalents chez les deux groupes, et la catégorie d'évitement est celle qui est la moins mentionnée, par 31,3% des PG et 33,3% des MG (figure 11 et annexe 15).

Figure 11 : Témoignage de racisme



33,9% des PG et 57,3% des MG ont déclaré que leurs patients leur ont déjà parlé de situations de racisme qu'ils ont subies ou observées (annexe 13 et 14). La discrimination est la forme de racisme la plus fréquente, rapportée par 90% des PG et 88% des MG. On note que la forme de dépôt de plaintes contre les victimes est la moins représentée dans les deux groupes, 5,30% chez les PG et 2% chez les MG (annexe 16 et 17).

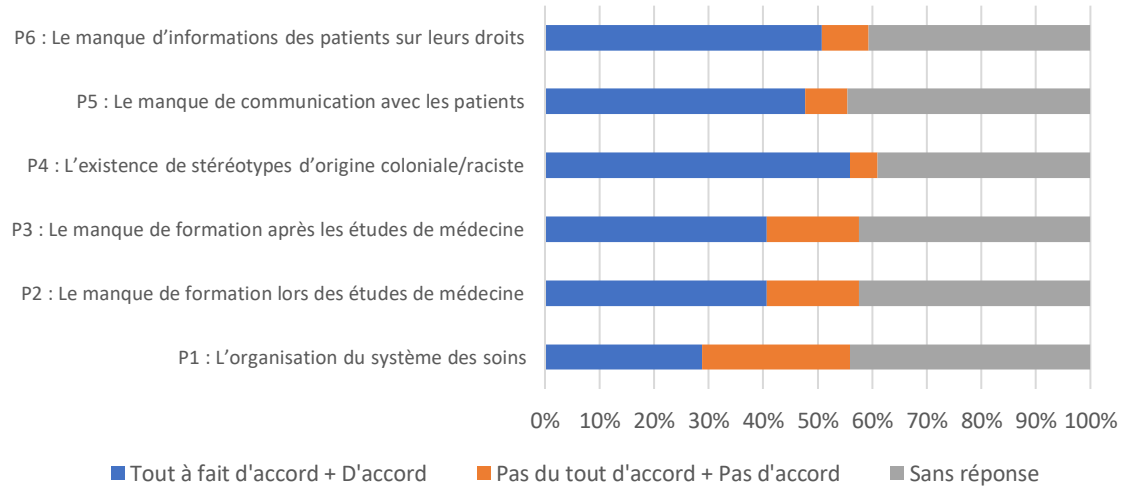
Les résultats montrent que 23,7% des PG signalent des difficultés particulières avec certains types de patients, tandis que ce chiffre est de 19,5% pour les MG (annexe 18).
Les participants ont identifié la barrière linguistique comme la principale difficulté, suivie des croyances religieuses de certaines communautés, en particulier les musulmans, et le manque de temps lié à la surcharge de travail.

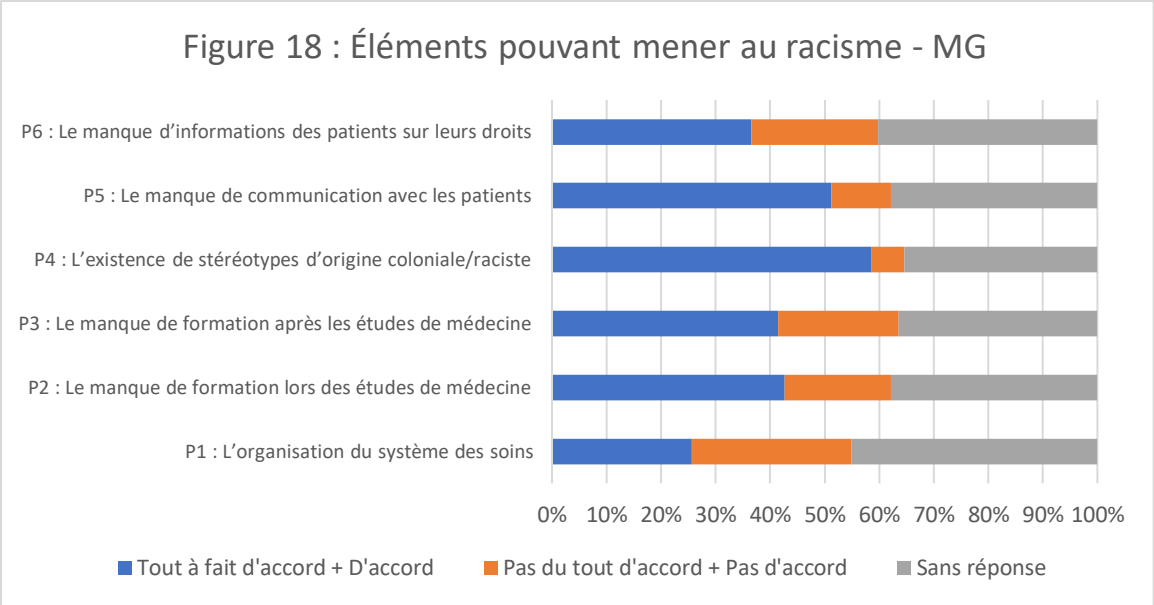
On note que 24% des MG pensent avoir fait quelque chose de raciste, tandis que ce chiffre est de 18% chez les PG (annexe 13 et 14).
50% de MG disent avoir été auteurs d'évitements comparé à 42,90% de PG. 50% de PG disent avoir été auteurs de discrimination comparé à 20% de MG. 57,10% de PG disent avoir été auteurs de soin différencié comparé à 35% de MG (annexe 19 et 20).

- ## Éléments pouvant mener au racisme dans les soins de santé

Enfin, nous avons sollicité l'avis des participants sur les différents éléments identifiés dans la littérature comme pouvant conduire au racisme dans les soins de santé. Nous avons observé que les deux groupes étaient globalement d'accord sur tous les éléments, à l'exception de P6. En effet, 50,8% des PG ont indiqué que c'était un élément important, tandis que ce chiffre diminue à 36,6% chez les MG.
Les participants des deux groupes ont identifié P4 comme étant le plus pertinent. Le deuxième élément en termes d'importance, P5, a été considéré important par près de 52,5% des PG et 51,2% des MG (figures 17 et 18).

Figure 17 : Éléments pouvant mener au racisme - PG





Il existe une association statistiquement significative concernant la P1, P5 et P6, les médecins âgées de moins de 40 ans sont plus susceptibles d'être d'accord avec ces éléments (pvalue (pvalue corrigée) 0,008 (0,0125), 0,002 (0,008) et 0,004 (0,01)) (annexe 22).

39% de MG et 20,3% de PG pensent que d'autres éléments peuvent mener au racisme dans les soins de santé (annexe 23).
Les éléments les plus souvent proposés par les participants sont la propagande politique, la barrière linguistique et la pression due à la surcharge de travail.

- Quelques commentaires généraux

Grâce aux nombreuses questions ouvertes posées et à la possibilité offerte aux participants d'expliquer leur point de vue en détail, la plupart des réponses donnent des exemples concrets de leur expérience et fournissent une perspective personnelle sur le sujet. Dans le texte libre, plusieurs thématiques ont été évoquées et nous les reprenons dans le tableau ci-dessus avec quelques exemples (tableau 2).

Tableau 2 : Les sujets évoqués en texte libre

Les sujets les plus fréquents	Quelques exemples
Modèle de rôle	« Quand vous venez ici vous pouvez retirer le voilé vous êtes plus belle sans » » « Mes maîtres de stage voulaient éviter d'avoir des patients étranger »

Incompréhension	« Musulmans, j'ai du mal comprendre certains préceptes de la religion surtout envers les femmes et les personnes LGBTAQI+. » « Qu'on se calme un peu avec ça et au lieu de stigmatiser dans un sens comme dans l'autre en se repliant sur sa communauté, qu'on vive vraiment ensemble ! Pas replié dans sa communauté en revendiquant sa culture et en condamnant sans cesse l'histoire et les personnes qui ont fait ce pays dans lequel on est accueilli ! C'est du racisme inversé !! »
Déni	« Le « syndrome méditerranéen » est une invention raciste ! » « Je ne suis pas raciste. J'ai par contre, des difficultés avec une certaine représentation du voile imposé à certaines femmes pour soumission de la part des hommes ou afin de ne pas se faire agresser par les hommes »
Difficultés cliniques	« Dermatologie sur peau noire. Je trouve qu'on apprend la dermatologie majoritairement sur peau claire. »
Questionnements sur des évènements de leurs propres pratiques	« C'était une personne roumaine, on ne se comprenait pas, j'ai perdu patience et à cause de cela, elle n'a pas eu l'information complète qu'elle méritait. » « Patiente arabophone qui vient à 18h avec sa fille. J'ai admis à la fille qu'il était trop tard pour que je fasse la consultation moi-même en arabe pour des raisons de fatigue. Patiente noire qui vient pour des lombalgies. J'ai proposé des antalgiques sans moins insister que pour des patientes blanches. »
Vécu	« Une patiente ne voulait pas que j'accompagne le maître de stage en visite à domicile parce que « les gens qui l'ont volé quand elle n'était pas chez elle me ressemble elle en est sûre... » aucune réponse du maître de stage si ce n'est 1 jour plus tard « la barbe faut la couper ça ne va pas aller avec les patients pour tes visites à domicile une fois diplômé... » »

Discussion

Notre étude avait pour but d'étudier les biais raciaux et représentations racistes dans les soins de santé en Belgique via un questionnaire composé de questions quantitatives et qualitatives. Nous avons obtenu 148 réponses et nous avons montré que la problématique est reconnue par les MG et PG.

- Forces et limites

Forces : A travers la revue de littérature effectuée, nous avons trouvé qu'il y a peu d'études traitant ce sujet en Europe et encore moins en Belgique. L'approche mixte (quantitative et qualitative) nous a permis d'avoir un plus grand nombre de participants et d'assurer une certaine liberté d'expression aux participants.
La création d'un questionnaire avec l'aide d'une sociologue spécialisée dans le sujet nous permet de lancer possiblement les débats en Belgique et permettre une étude plus poussée du sujet dans les années à venir avec un premier questionnaire de la sorte.

Limites : La participation volontaire au questionnaire marque un biais de sélection des répondants intéressés par le sujet.
Le questionnaire a été créé à partir de la littérature et l'aide de sociologue. Il n'y a pas de questionnaire validé qui traite de ce sujet. Malgré notre prétest, il reste la possibilité de biais méthodologique dans la formation des questions et des biais dans l'interprétation des questions par les participants.
Notre étude est basé sur les réponses auto-déclaratives, il y a donc la possibilité de biais de désirabilité sociale.

- Discussion des principaux résultats

Selon nos questions quantitatives et qualitatives, les professionnels interrogés ont exprimé leur conviction que le racisme est présent dans les soins de santé.

Près d'un quart des PG ont dit avoir des stéréotypes sur les patients, surtout en ce qui concerne la perception de la douleur et la compliance des patients issus de minorités. Ces

résultats sont en accord avec la littérature qui montre que non seulement les résidents, mais aussi les étudiants en médecine, ont la fausse croyance qu'il existe une différence biologique dans la perception de la douleur entre les personnes noires et blanches.[23] On sait également que le racisme perçu par les patients détériore la relation médecin-patient ce qui conduit à la non-compliance au traitement et une mauvaise prise en charge de la pathologie.[24-25]

Environ un tiers des PG estiment qu'il n'y a pas d'égalité dans les mesures disciplinaires au sein de l'hôpital, ce qui est cohérent avec les conclusions d'une revue de littérature, publié dans le *International Journal of Environmental Research and Public Health,* traitant des biais raciaux éprouvés par les étudiants en médecine. Les étudiants sont exposés à des attitudes biaisées de la part de leurs collègues, de l'université, des professeurs et de l'équipe médicale, ce qui peut avoir un impact négatif sur leurs performances et leur faire sentir qu'ils représentent leur groupe minoritaire. **[26]**

Nous avons observé une disparité entre les niveaux d'adhérence des participants aux manifestations théoriques et pratiques du racisme. En théorie, les répondants sont d'accord avec toutes les manifestions, surtout la propagande raciste et la discrimination, mais nous avons constaté une augmentation significative de leur adhérence face à des situations pratiques. Il est possible que les participants trouvent plus facile de se projeter dans des situations concrètes, alors que la théorie peut être justifiée en fonction du contexte.

La plupart des participants ont été témoins de comportements racistes dans le milieu de la santé et environ un quart d'entre eux reconnaissent avoir adopté des attitudes racistes. Selon un article portant sur la discrimination basée sur le genre chez les chirurgiens vasculaires en tant que prédicteur de burnout, 65 % des médecins ont rapporté avoir été témoins ou avoir fait l'expérience de discriminations ou de préjugés liés au genre.[27]
Les « biais implicites », décrits dans la littérature scientifique, peuvent expliquer ces comportements racistes inconscients souvent observés chez les professionnels de santé.[28]

Les participants estiment que le racisme pourrait s'expliquer par plusieurs éléments, notamment les stéréotypes d'origine raciste/coloniale. Cette notion est également présente dans la littérature.[29]
Dans le texte libre, les participants pensent que la propagande politique, la barrière linguistique et la surcharge de travail sont des éléments qui pourraient également induire au racisme dans les soins de santé.

Implications : Le développement de formations pratique et l'intervention au niveau universitaire, durant la formation des futurs médecins, est essentiel. Cela permettrait de donner au problème son importance, d'ouvrir le débat et trouver des solutions.

Perspectives : On devrait viser à augmenter le nombre de participants à l'étude et faire cette étude chez d'autres professionnels de santé comme les infirmier-es afin de compléter les résultats. On peut également approfondir la vision pratique des participants via des entretiens pour compléter l'étude et possiblement modifier le questionnaire selon les remarques reçus. D'autres études doivent voir le jour à plus grand échelle pour lancer les débats des biais raciaux dans le monde médical belge et essayer de trouver une solution.

Conclusion

Dans cette étude, nous avons examiné les biais raciaux dans les soins de santé en Belgique à l'aide d'un questionnaire mixte en ligne.

Nos résultats ont révélé que les médecins généralistes (MG et PG) considèrent qu'il existe des biais raciaux dans les soins de santé en Belgique et admettent même en être parfois auteurs.

Cependant, il convient de noter que notre étude repose sur la participation volontaire des participants et sur des données auto-déclarées, ce qui peut entraîner des biais de sélection et de désirabilité sociale. De plus, le questionnaire a été entièrement créé par nos soins, ce qui pourrait introduire des biais méthodologiques.

Nous suggérons de mener d'autres études sur ce sujet en utilisant des échantillons plus diversifiés et en essayant de développer un questionnaire validé. Il est également crucial d'intervenir au niveau universitaire et de développer des formations pratiques afin de trouver des solutions à la problématique des biais raciaux et améliorer la relation entre les médecins et les patients.

Références

1. Devakumar D, Abubakar I, Tendayi Achiume E, Muraya K, Paradies Y, Saini A, et al. Executive summary. The Lancet [Internet]. déc 2022 [cité 16 mai 2023];400(10368):2095-6. Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673622024850

2. Devakumar D, Selvarajah S, Abubakar I, Kim SS, McKee M, Sabharwal NS, et al. Racism, xenophobia, discrimination, and the determination of health. The Lancet [Internet]. déc 2022 [cité 16 mai 2023];400(10368):2097-108. Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673622019729

3. Selvarajah S, Corona Maioli S, Deivanayagam TA, De Morais Sato P, Devakumar D, Kim SS, et al. Racism, xenophobia, and discrimination: mapping pathways to health outcomes. The Lancet [Internet]. déc 2022 [cité 16 mai 2023];400(10368):2109-24. Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673622024849

4. Shannon G, Morgan R, Zeinali Z, Brady L, Couto MT, Devakumar D, et al. Intersectional insights into racism and health: not just a question of identity. The Lancet [Internet]. déc 2022 [cité 16 mai 2023];400(10368):2125-36. Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673622023042

5. Abubakar I, Gram L, Lasoye S, Achiume ET, Becares L, Bola GK, et al. Confronting the consequences of racism, xenophobia, and discrimination on health and health-care systems. The Lancet [Internet]. déc 2022 [cité 16 mai 2023];400(10368):2137-46. Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673622019894

6. Fanta M, Ladzekpo D, Unaka N. Racism and pediatric health outcomes. Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care [Internet]. oct 2021 [cité 16 mai 2023];51(10):101087. Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1538544221001425

7. Crear-Perry J, Correa-de-Araujo R, Lewis Johnson T, McLemore MR, Neilson E, Wallace M. Social and structural determinants of health inequities in maternal health. Journal of Women's Health [Internet]. 1 févr 2021 [cité 16 mai 2023];30(2):230-5. Disponible sur: https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2020.8882

8. Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale [Internet]. OHCHR. [cité 16 mai 2023]. Disponible sur: https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-elimination-all-forms-racial

9. Paradies Y. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. International Journal of Epidemiology [Internet]. 1 août 2006 [cité 16 mai 2023];35(4):888-901. Disponible sur: http://academic.oup.com/ije/article/35/4/888/686369/A-systematic-review-of-empirical-research-on

10. Hamed S, Bradby H, Ahlberg BM, Thapar-Björkert S. Racism in healthcare: a scoping review. BMC Public Health [Internet]. 16 mai 2022 [cité 16 mai 2023];22(1):988. Disponible sur: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-022-13122-y

11. Williams DR, Lawrence JA, Davis BA. Racism and health: evidence and needed research. Annu Rev Public Health [Internet]. 1 avr 2019 [cité 16 mai 2023];40(1):105-25. Disponible sur: https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-publhealth-040218-043750

12. MacPherson W. The Stephen Lawrence inquiry: report of an inquiry. London: The Stationery Office; 1999. 335 p. (Command papers).

13. Bhopal RS. Racism in health and health care in Europe: reality or mirage? The European Journal of Public Health [Internet]. 5 janv 2007 [cité 16 mai 2023];17(3):238-41. Disponible sur: https://academic.oup.com/eurpub/article-lookup/doi/10.1093/eurpub/ckm039

14. Maina IW, Belton TD, Ginzberg S, Singh A, Johnson TJ. A decade of studying implicit racial/ethnic bias in healthcare providers using the implicit association test. Social Science & Medicine [Internet]. févr 2018 [cité 16 mai 2023];199:219-29. Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953617303039

15. Kreling MCGD, Pimenta CADM, Garanhani ML. Racial discrimination in pain management. Revista Dor [Internet]. 2014 [cité 16 mai 2023];15(3). Disponible sur: http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1806-0013.20140049

16. Ghoshal M, Shapiro H, Todd K, Schatman ME. Chronic noncancer pain management and systemic racism: Time to move toward Equal Care Standards [Internet]. U.S. National Library of Medicine; 2020 [cité 16 mai 2023]. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7654542/

17. FitzGerald C, Hurst S. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. BMC Med Ethics [Internet]. déc 2017 [cité 16 mai 2023];18(1):19. Disponible sur: http://bmcmedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-017-0179-8

18. Statistiques d'asile : aperçu 2022 [Internet]. CGVS. 2023 [cité 16 mai 2023]. Disponible sur: https://www.cgra.be/fr/actualite/statistiques-dasile-apercu-2022

19. Campbell B, Schellenberg EG, Senn CY. Evaluating measures of contemporary sexism. Psychology of Women Quarterly [Internet]. mars 1997 [cité 16 mai 2023];21(1):89-102. Disponible sur: http://journals.sagepub.com/doi/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00102.x

20. Gaudron JP. L'échelle de conscience des rapports sociaux de sexe en orientation. osp [Internet]. 20 juin 2020 [cité 16 mai 2023];(49/2):339-66. Disponible sur: http://journals.openedition.org/osp/12273

21. Fraboni M, Saltstone R, Hughes S. The fraboni scale of ageism (Fsa): an attempt at a more precise measure of ageism. Can J Aging [Internet]. 1990 [cité 16 mai 2023];9(1):56-66. Disponible sur: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0714980800016093/type/journal_article

22. HWF STATAN 2021 (Statistiques détaillées) [Internet]. Santé Publique. 2022 [cité 16 mai 2023]. Disponible sur: https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/hwf-statan-2021-statistiques-detaillees

23. Hoffman KM, Trawalter S, Axt JR, Oliver MN. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. Proc Natl Acad Sci USA [Internet]. 19 avr 2016 [cité 16 mai 2023];113(16):4296-301. Disponible sur: https://pnas.org/doi/full/10.1073/pnas.1516047113

24. Pugh M, Perrin PB, Rybarczyk B, Tan J. Racism, mental health, healthcare provider trust, and medication adherence among black patients in safety-net primary care. J Clin Psychol Med Settings [Internet]. mars 2021 [cité 16 mai 2023];28(1):181-90. Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/s10880-020-09702-y

25. Cuffee YL, Hargraves JL, Rosal M, Briesacher BA, Schoenthaler A, Person S, et al. Reported racial discrimination, trust in physicians, and medication adherence among inner-city african americans with hypertension. Am J Public Health [Internet]. nov 2013 [cité 16 mai 2023];103(11):e55-62. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3828720/

26. Joseph OR, Flint SW, Raymond-Williams R, Awadzi R, Johnson J. Understanding healthcare students' experiences of racial bias: a narrative review of the role of implicit bias and potential interventions in educational settings. IJERPH [Internet]. 3 déc 2021 [cité 16 mai 2023];18(23):12771. Disponible sur: https://www.mdpi.com/1660-4601/18/23/12771

27. Wang LJ, Tanious A, Go C, Coleman DM, McKinley SK, Eagleton MJ, et al. Gender-based discrimination is prevalent in the integrated vascular trainee experience and serves as a predictor of burnout. Journal of Vascular Surgery [Internet]. janv 2020 [cité 16 mai 2023];71(1):220-7. Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0741521419310298

28. VAN RYN M. Avoiding unintended bias. Minn Med [Internet]. 2016 [cité 16 mai 2023];99(2):40-6. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5476527/

29. McLane P, Mackey L, Holroyd BR, Fitzpatrick K, Healy C, Rittenbach K, et al. Impacts of racism on First Nations patients' emergency care: results of a thematic analysis of healthcare provider interviews in Alberta, Canada. BMC Health Serv Res [Internet]. déc 2022 [cité 16 mai 2023];22(1):804. Disponible sur: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-08129-5

Annexes

- Annexe 1 : Questionnaire

Questionnaire

PRÉSENTATION ÉTUDE

Bonjour, dans le cadre de mon travail de fin d'études de médecine à l'Université Libre de Bruxelles, nous menons une étude visant à identifier d'éventuelles biais raciaux et/ou représentations racistes existant dans les soins de santé en Belgique, nous sollicitons des médecins généralistes qui ont une pratique en Belgique pour répondre à un questionnaire sur l'accès aux soins et sur les prises en charge des personnes dites de minorité ethnique. Sachez qu'il n'est pas nécessaire d'avoir déjà rencontré ce type de patientBelgiques pour répondre au questionnaire. Celui-ci ne prendra que 15 min de votre temps. Merci pour votre participation !

CONSENTEMENT

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité à participer à un projet d'enquête dans le cadre d'un travail de fin d'étude de médecine de Mr Bou Imad Louay sous la supervision de Dr Vincent Huberland.
Ce projet d'enquête est destiné à identifier d'éventuels biais raciaux et représentations et pratiques racistes dans les soins de santé en Belgique à partir d'un questionnaire avec questions fermées et ouvertes.
Si vous acceptez de participer à cette enquête, vous devez savoir que :

- Les données recueillies sont **confidentielles et votre anonymat est garanti** dans la mesure où rien ne permettra aux responsables de cette enquête de vous identifier.
- Votre participation est **volontaire**. Rien ne vous oblige à répondre au questionnaire qui vous a été remis et vous pouvez l'arrêter à tout moment.
- Nous vous demandons simplement de répondre le plus précisément possible aux questions posées de façon à nous permettre un recueil de réponses les plus représentatives possibles des représentations dans les soins de santé. Remplir ce questionnaire ne devrait pas vous prendre plus de 15 minutes.
- Vous pouvez toujours contacter Mr Bou Imad Louay (0495 36 46 50) si vous avez besoin d'informations complémentaires.

Nous vous remercions de l'attention portée à notre projet et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos meilleurs sentiments.

Dr Huberland Vincent, médecin généraliste
Promoteur de l'étude

Mr Bou Imad Louay
Étudiant en MA3 MED

QUESTIONS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Âge : 20-29/30-39/40-49/50-59/60-69

Genre : H/F/Non binaire/Ne souhaite pas répondre

Langue maternelle : Français/Néerlandais/Allemand/Autre

Nationalité : Belge/UE/Hors UE (préciser : Afrique/Asie/Amérique du Nord/Amérique du Sud)

Nationalité du père : Belge/UE/Hors UE (préciser : Afrique/Asie/Amérique du Nord/Amérique du Sud)

Nationalité de la mère : Belge/UE/Hors UE (préciser : Afrique/Asie/Amérique du Nord/Amérique du Sud)

Niveau d'étude du père : Primaire/Secondaire/Bachelier étude supérieur/Master étude supérieur/Doctorat/Aucun/Inconnu

Niveau d'étude de la mère : Primaire/Secondaire/Bachelier étude supérieur/Master étude supérieur/Doctorat/Aucun/Inconnu

QUESTIONS OCCUPATIONNELLES

Quelle est votre profession ?

- Médecin en spécialisation de médecine générale 1ère année (PG)
- Médecin en spécialisation de médecine générale 2e année (PG)
- Médecin en spécialisation de médecine générale 3e année (PG)
- Médecin généraliste

Depuis combien d'années (depuis votre diplôme de fin de master de spécialisation en médecine ?) ? …

Ou avez-vous fait vos études supérieures ou obtenu (ou en cours) votre diplôme lié à votre métier actuel ?

- Belgique
  - ➔ **Quelle Université ? …**
- UE
- Hors UE : Afrique/Asie/Amérique du Nord/Amérique du Sud

Avez-vous déjà suivi une formation concernant le racisme ? Oui/Non

➔ **Si oui, laquelle ?** …

Vous travaillez en (plusieurs réponses possibles) :

- Milieu hospitalier
- Centre de consultation de type Planning Familial, PMS, Centre/Service de santé mentale, …
- Cabinet
- Maison médicale
- Centre médical
- Mixte (Cabinet + Hôpital)
- Autre

Vous travaillez dans :

- Milieu Urbain
- Milieu rural
- Milieu semi urbain ou semi rural

Activités complémentaires :

- Maitre-sse de stage
- Recherche
- Autre

QUESTIONS RACISME

Donnez votre définition du racisme en quelques mots :

…….

Pensez-vous qu'il existe du racisme dans les soins de santé en Belgique ?
Oui/Non/Sans réponse

Sur une échelle de 0 à 100, pensez-vous qu'il s'agit d'un problème important en Belgique ? …….

Indiquez votre degré d'accord avec les phrases suivantes :

(Merci de répondre le plus **honnêtement et spontanément** possible à ces affirmations ci-dessous. Pour rappel, ce questionnaire est **anonyme** et nous essayons d'évaluer la situation au plus près)

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Sans réponse
Quand je reçois/suis un patient immigré, je sais que le patient sera moins observant par rapport au traitement et au suivi de la pathologie Si possible, explicitez :					
Quand je reçois une patiente avec des signes religieux, j'aborde moins l'IVG Si possible, explicitez :					
Quand je reçois une patiente avec des signes religieux, j'aborde moins les questions de santé sexuelle Si possible, explicitez :					
Quand je reçois/suis un patient d'une certaine origine, je sais que l'expression de la douleur est plus souvent exagérée Si possible, explicitez :					
Quand je reçois une patiente d'une certaine origine, je mets d'emblée plus de cadre parce que je sais qu'il risque plus d'y avoir de conflit Si possible, explicitez :					

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Sans réponse
Quand un personnel de l'équipe soignante est d'origine étrangère, on peut s'amuser à imiter l'accent					
Quand un personnel de l'équipe soignante est d'origine étrangère, on peut changer son nom pour simplifier la prononciation					
Quand un personnel de l'équipe soignante d'origine étrangère est responsable d'un problème, les mesures disciplinaires seront plus sévères que leurs collègues blancs					
Quand un personnel de l'équipe soignante est d'origine étrangère, il peut y avoir une certaine nonchalance lors du travail					
Quand un personne de l'équipe soignante est victime de racisme de la part du patient, il faut mettre ça sur le dos de la pathologie du patient					

Si possible, explicitez :	

Existe-Belgiqueil certains publics pour lesquels vous avec des difficultés spécifiques en fonction de leur race/origine/couleur de peau ? Oui/Non/Sans réponse

➔ **Si oui, quel(s) public(s) et quelle(s) difficulté(s) ? …**

Selon vous, ces éléments représentent-ils des manifestations de racisme si elles sont dirigées vers certaines personnes de certaines caractéristiques raciales ou ethniques ?

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Sans réponse
Violence verbale (insultes et vexations)					
Discrimination (le refus d'une prestation, la ségrégation, le non-respect des droits civils ou un traitement inégal)					
Évitement					
Violence physique					
Harcèlement					
Dépôt de plaintes contre les victimes					
Propagande raciste					

Si possible, explicitez :	

Selon vous, les situations suivantes représentent-elles du racisme ?

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Sans réponse

Un médecin refuse de prendre en charge un patient à cause de son origine					
Un médecin refuse de prendre en charge un patient d'origine étrangère parce qu'il n'a pas de mutuelle					
Un médecin insulte un patient ou est insulté par un patient à cause de son origine					
Un médecin ne fait pas d'effort de communication avec le patient (en l'absence de traducteur)					
Un médecin dit au patient : « sale étranger », « retourne chez toi », « tu n'as pas le droit d'être ici », …					
Un médecin donne moins d'antidouleurs au patient sur base de son origine					
Un médecin n'explique pas au patient ce qui se passe parce qu'il estime qu'il ne va pas comprendre d'après son origine					
Un médecin ne s'assure pas de la bonne compréhension du patient à cause de son origine					
Un médecin ne cherche pas le consentement éclairé du patient à cause de son origine					
Un médecin refuse la présence d'un accompagnant à cause de l'origine du patient					

Un médecin prend une décision clinique différente à cause de l'origine du patient					

Si possible, explicitez :	

Avez-vous été témoin de racisme dans votre pratique médicale ? Oui/Non/Sans réponse

➔ **Si oui, quel type de racisme ?**

- Violence verbale
- Discrimination
- Évitement
- Refus de soin
- Soin différencié
- Violence physique
- Harcèlement
- Dépôt de plaintes contre les victimes
- Propagande raciste

➔ **Si oui, qu'avez-vous fait ?**

…

Est-ce que vos patients vous ont parlé de racisme qu'ils ont vécus ou dont ils ont été témoins ? Oui/Non/Sans réponse

➔ **Si oui, quel type de racisme ?**

- Violence verbale
- Discrimination
- Évitement
- Refus de soin
- Soin différencié
- Violence physique
- Harcèlement
- Dépôt de plaintes contre les victimes
- Propagande raciste

➔ **Si oui, qu'avez-vous fait ?**

…

Pensez-vous avoir déjà fait quelque chose qui peut être perçu comme raciste ? Oui/Non/Sans réponse

➔ **Si oui, quel type de racisme ?**

- Violence verbale
- Discrimination
- Évitement
- Refus de soin
- Soin différencié
- Violence physique
- Harcèlement
- Dépôt de plaintes contre les victimes
- Propagande raciste

➔ **Si oui, qu'avez-vous fait ?**
…

Si oui, pensez-vous que ces éléments peuvent expliquer la présence de racisme dans les soins de santé ?

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Sans réponse
L'organisation du système des soins					
Le manque de formation lors des études de médecine					
Le manque de formation après les études de médecine					
L'existence de stéréotypes d'origine coloniale/raciste					
Le manque de communication avec les patients					
Le manque d'informations des patients sur leurs droits					

Si possible, explicitez :	

Pensez-vous que d'autres éléments peuvent expliquer la présence de biais raciaux dans les soins de santé ? Oui/Non/Sans réponse

➔ **Si oui, lesquels ? …**

REMARQUES ET QUESTIONS

Merci d'avoir participé.
Avez-vous des remarques et/ou questions éventuelles ?

MESSAGE DE FIN

Merci beaucoup pour votre participation !
Voulez-vous recevoir le résultat du travail une fois la recherche terminée ?
Si oui, indiquez votre mail :

Louay.bou.imad@ulb.be

- Annexe 2 : Email de recrutement

Objet : Enquête TFE : Biais raciaux et/ou représentations racistes dans les soins de santé en Belgique

Madame, Monsieur,

Le terme « racisme » évoque beaucoup de débat dans nos sociétés et reste un sujet tabou dans les soins de santé en Europe.
Ce concept est très recherché du côté américain mais très peu en Europe et encore moins en Belgique.

Votre point de vue nous intéresse !

Dans le cadre de mon TFE en médecine, je souhaite étudier le sujet via un questionnaire adressé aux médecins généralistes (PG et résidents)
Nous vous invitons à participer en cliquant sur le lien ci-dessous. Cela ne vous prendra que 15 minutes. https ://fr.surveymonkey.com/r/8TFH52N

Nous vous remercions de l'attention portée à notre projet et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos meilleurs sentiments.

Dr Huberland Vincent, médecin généraliste
Promoteur de l'étude

Mr Bou Imad Louay
Étudiant en MA3 MED

• Annexe 3 : Connaissance du sujet

		Médecin généraliste N = 82	**Médecin en spécialisation de médecine générale N = 59**
Pensez-vous qu'il existe du racisme dans les soins de santé en Belgique ?		N (%)	N (%)
	Oui	62 (75,6)	44 (74,6)
	Non	5 (6,1)	2 (3,4)
	Sans réponse	15 (18,3)	13 (22)
Importance du phénomène (de 0 à 100)		46	62
		N (%)	N (%)
Avez-vous déjà suivi une formation concernant le racisme ?	Oui	3 (3,7)	2 (3,4)
	Non	78 (95,1)	56 (94,9)

• Annexe 4 : Comparaison entre les réponses des deux groupes MG et PG sur les stéréotypes sur les patients

	Groupes		p-value
	Médecin en spécialisation	Médecin généraliste	

Quand je reçois/suis un patient immigré, je sais que le patient sera moins observant par rapport au traitement et au suivi de la pathologie	D'accord	13(52%)	12(48%)	0,358
	Pas d'accord	34(39,5%)	52(60,5%)	
Quand je reçois une patiente avec des signes religieux, j'aborde moins l'IVG	D'accord	11(61,1%)	7(38,9%)	0,057
	Pas d'accord	31(37,3%)	52(62,7%)	
Quand je reçois une patiente avec des signes religieux, j'aborde moins les questions de santé sexuelle	D'accord	10(50%)	10(50%)	0,241
	Pas d'accord	37(38,5%)	59(61,5%)	
Quand je reçois/suis un patient d'une certaine origine, je sais que l'expression de la douleur est plus souvent exagérée	D'accord	13(38,2%)	21(61,8%)	0,486
	Pas d'accord	33(40,7%)	48(59,3%)	
Quand je reçois une patiente d'une certaine origine, je mets d'emblée plus de cadre parce que je sais qu'il risque plus d'y avoir de conflit	D'accord	3(30%)	7(70%)	0,353
	Pas d'accord	44(41,9%)	61(59,1%)	

• Annexe 5 : Influence de l'âge, genre et niveau d'études des parents sur les stéréotypes sur les patients

		Tranche d'âge			Genre		
		<40ans	>=40ans	P-value	Femme	Homme	P-value
Quand je reçois/suis un patient immigré, je sais que le patient sera moins observant par rapport au traitement et au suivi de la pathologie	D'accord	23 (88,5%)	3 (11,5%)	0,075	13(72,2%)	5(27,8%)	1
	Pas d'accord	59 (68,6%)	27 (31,4%)		60(70,6%)	25(29,4%)	
Quand je reçois une patiente avec des signes religieux, j'aborde moins l'IVG	D'accord	17 (85%)	3(15%)	0,265	13(72,2%)	5(27,8%)	1
	Pas d'accord	61(70,1%)	26(29,9%)		60(70,6%)	25(29,4%)	
Quand je reçois une patiente avec des signes religieux, j'aborde moins les questions de santé sexuelle	D'accord	19(90,5%)	2(9,5%)	0,058	15(78,9%)	4(21,1%)	0,783
	Pas d'accord	65(67,7%)	31(32,3%)		71(75,5%)	23(24,5%)	
Quand je reçois/suis un patient d'une certaine origine, je sais que l'expression de la douleur est plus souvent exagérée	D'accord	24(68,6%)	11(31,4%)	0,453	26(81,3%)	6(18,8%)	0,269
	Pas d'accord	58(71,6%)	23(28,4%)		58(73,4%)	21(26,6%)	
Quand je reçois une patiente d'une certaine origine, je mets d'emblée plus de cadre parce que je sais qu'il risque plus d'y avoir de conflit	D'accord	4 (40%)	6(60%)	0,062	5(55,6%)	4 (44,4%)	0,157
	Pas d'accord	78 (73,6%)	28(26,4%)		79(76,7%)	24(23,3%)	

		Niveau d'étude du père				Niveau d'étude de la mère			
		Bachelier	Doctorat	Master	p-value	Bachelier	Doctorat	Master	p-value
Quand je reçois/suis un patient immigré, je sais que le patient sera moins observant par rapport au traitement et au suivi de la pathologie	D'accord	7(41,2%)	3(17,6%)	7(41,2%)	0,804	10(58,8%)	2(11,8%)	5(29,4%)	0,208
	Pas d'accord	22(36,1%)	8(13,1%)	31(50,8%)		26(49,1%)	2(3,8%)	25(47,2%)	
Quand je reçois une patiente avec des signes religieux, j'aborde moins l'IVG	D'accord	6(40%)	0(0%)	9(60%)	0,148	7(53,8%)	2(15,4%)	4(30,8%)	0,260
	Pas d'accord	17(29,3%)	12(20,7%)	29(50%)		29(54,7%)	2(3,8%)	22(41,5%)	
Quand je reçois une patiente avec des signes religieux, j'aborde moins les questions de santé sexuelle	D'accord	7(43,8%)	1(6,3%)	8(50%)	0,341	9(60%)	0(0%)	6(40%)	0,682
	Pas d'accord	22(32,8%)	15(22,4%)	30(33,8%)		32(52,5%)	6(9,8%)	23(37,7%)	
Quand je reçois/suis un patient d'une certaine origine, je sais que l'expression de la douleur est plus souvent exagérée	D'accord	5(21,7%)	6(26,1%)	12(52,2%)	0,205	13(52%)	3(12%)	9(36%)	0,499
	Pas d'accord	23(39,7%)	8(13,8%)	27(46,6%)		26(54,2%)	2(4,2%)	20(41,7%)	
Quand je reçois une patiente d'une certaine origine, je mets d'emblée plus de cadre parce que	D'accord	1(16,7%)	0(0%)	5(83,3%)	0,306	4(66,7%)	1(16,7%)	1(16,7%)	0,218
	Pas d'accord	26(34,7%)	14(18,7%)	35(46,7%)		35(52,2%)	4(6%)	28(41,8%)	

• Annexe 6 : Stéréotypes sur le personnel soignant

Figure 4 - Stéréotypes sur le personnel soignant - PG

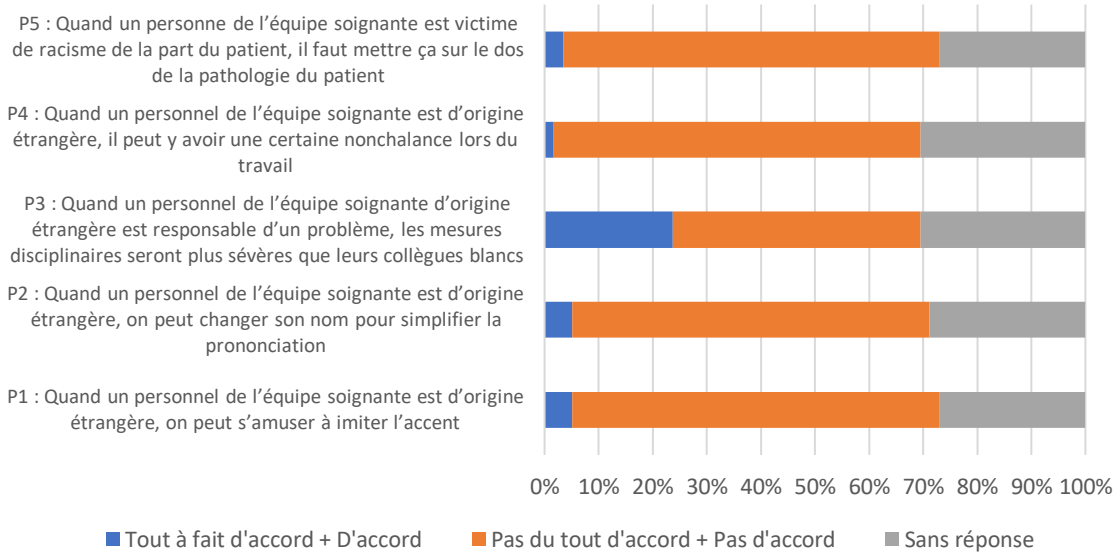
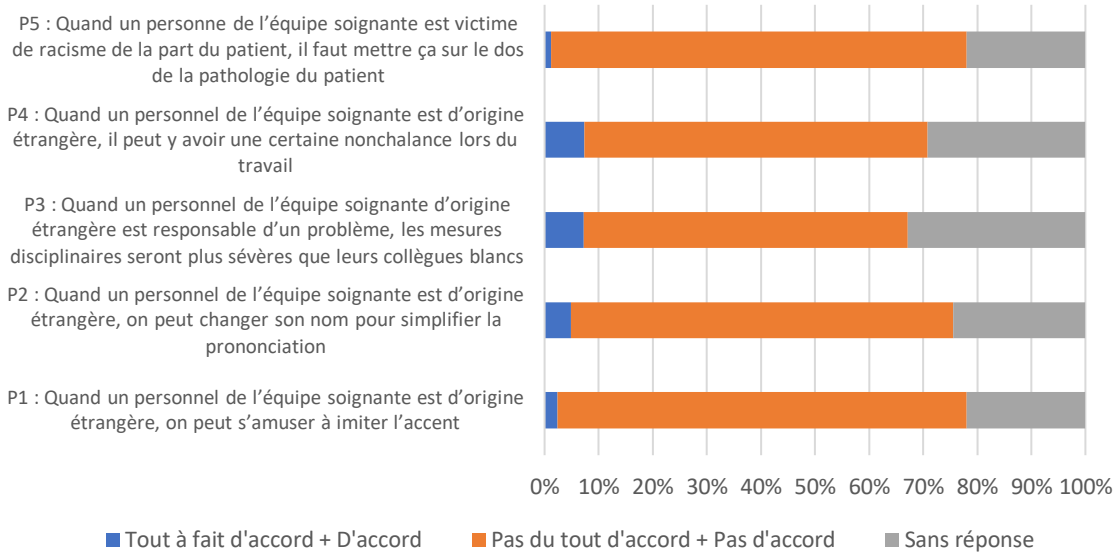


Figure 5 - Stéréotypes sur le personnel soignant - MG



• Annexe 7 : Comparaison entre les réponses des deux groupes MG et PG sur les stéréotypes sur le personnel soignant

	Groupes	p-value

		Médecin en spécialisation	Médecin généraliste	(p-value corrigée)
Quand un personnel de l'équipe soignante est d'origine étrangère, on peut s'amuser à imiter l'accent	D'accord	3(60%)	2(40%)	0,317
	Pas d'accord	40(39,2%)	62(60,8%)	
Quand un personnel de l'équipe soignante est d'origine étrangère, on peut changer son nom pour simplifier la prononciation	D'accord	3(42,9%)	4(57,1%)	0,593
	Pas d'accord	39(40,2%)	58(59,8%)	
Quand un personnel de l'équipe soignante d'origine étrangère est responsable d'un problème, les mesures disciplinaires seront plus sévères que leurs collègues blancs	D'accord	14(70%)	6(30%)	**0,006 (0,01)**
	Pas d'accord	27(35,5%)	49(64,5%)	
Quand un personnel de l'équipe soignante est d'origine étrangère, il peut y avoir une certaine nonchalance lors du travail	D'accord	1(14,3%)	6(85,7%)	0,132
	Pas d'accord	40(43,5%)	52(56,5%)	
	D'accord	2(66,7%)	1(33,3%)	0,353

Quand un personne de l'équipe soignante est victime de racisme de la part du patient, il faut mettre ça sur le dos de la pathologie du patient	Pas d'accord	41(39,4%)	63(60,6%)	

• Annexe 8 : Influence de l'âge, genre et niveau d'études des parents sur les stéréotypes sur le personnel soignant

		Tranche d'âge			Genre		
		<40ans	>=40ans	p-value	Femme	Homme	p-value
Quand un personnel de l'équipe soignante est d'origine étrangère, on peut s'amuser à imiter l'accent	D'accord	2(40%)	3(60%)	0,321	2(50%)	2(50%)	0,570
	Pas d'accord	72(70,6%)	30 (29,4%)		74(75,5%)	24(24,5%)	
Quand un personnel de l'équipe soignante est d'origine étrangère, on peut changer son nom pour simplifier la prononciation	D'accord	4(57,1%)	3(42,9%)	0,671	4(66,7%)	2(33,3%)	1
	Pas d'accord	69(71,1%)	28(28,9%)		69(74,2%)	24(25,8%)	
Quand un personnel de l'équipe soignante d'origine étrangère est responsable d'un problème, les mesures disciplinaires seront plus sévères que leurs collègues blancs	D'accord	16(80%)	4(20%)	0,412	14(73,7%)	5(26,3%)	1
	Pas d'accord	52(68,4%)	24(31,6%)		54(74%)	19(26%)	
Quand un personnel de l'équipe soignante est d'origine étrangère, il peut y avoir une certaine nonchalance lors du travail	D'accord	4(57,1%)	3(42,9%)	0,387	5(83,3%)	1(16,7%)	1
	Pas d'accord	68(73,9%)	24(26,1%)		67(76,1%)	21(23,9%)	
Quand une personne de l'équipe soignante est victime de racisme de la part du patient, il faut mettre ça sur le dos de la pathologie du patient	D'accord	3(100%)	0(0%)	0,553	2(66,7%)	1(33,3%)	1
	Pas d'accord	72(69,2%)	32(30,8%)		74(75,7%)	25(25,3%)	

		Niveau d'étude du père				Niveau d'étude de la mère			
		Bachelier	Doctorat	Master	p-value	Bachelier	Doctorat	Master	p-value
Quand un personnel de l'équipe soignante	D'accord	1(50%)	1(50%)	0(0%)	0,301	2(66,7%)	1(33,3%)	0(0%)	0,190

est d'origine étrangère, on peut s'amuser à imiter l'accent	Pas d'accord	26(34,2%)	15(19,7%)	35(46,1%)		34(50%)	5(7,4%)	29(42,6%)	
Quand un personnel de l'équipe soignante est d'origine étrangère, on peut changer son nom pour simplifier la prononciation	D'accord	1(33,3%)	1(33,3%)	1(33,3%)	0,771	2(40%)	1(20%)	2(40%)	0,477
	Pas d'accord	25(34,7%)	13(18,1%)	34(47,2%)		33(52,4%)	5(7,9%)	25(39,7%)	
Quand un personnel de l'équipe soignante d'origine étrangère est responsable d'un problème, les mesures disciplinaires seront plus sévères que leurs collègues blancs	D'accord	3(30%)	1(10%)	6(60%)	0,817	6(54,5%)	1(9,1%)	4(36,4%)	0,887
	Pas d'accord	21(35%)	11(18,3%)	28(46,7%)		24(47,1%)	4(7,8%)	23(45,1%)	
Quand un personnel de l'équipe soignante est d'origine étrangère, il peut y avoir une certaine nonchalance lors du travail	D'accord	1(100%)	0(0%)	0(0%)	0,527	1(50%)	1(50%)	0(0%)	0,175
	Pas d'accord	24(32,9%)	14(19,2%)	35(47,9%)		30(46,9%)	5(7,8%)	29(45,3%)	
Quand une personne de l'équipe soignante est victime de racisme de la part du patient, il faut mettre ça sur le dos de la pathologie du patient	D'accord	1(100%)	0(0%)	0(0%)	0,551	3(100%)	0(0%)	0(0%)	0,425
	Pas d'accord	27(35,1%)	15(19,5%)	35(45,5%)		33(48,5%)	6(8,8%)	29(42,6%)	

• Annexe 9 : Comparaison entre les réponses des deux groupes MG et PG sur les possibles manifestations du racisme

		Groupes		p-value
		Médecin en spécialisation	Médecin généraliste	
Violence verbale	D'accord	32(41%)	46(59%)	0,204
	Pas d'accord	8(57,1%)	6(42,9%)	
Discrimination	D'accord	40(41,7%)	56(58,3%)	0,501
	Pas d'accord	3(50%)	3(50%)	
Évitement	D'accord	39(45,9%)	46(54,1%)	0,702
	Pas d'accord	4(57,1%)	3(42,9%)	
Violence physique	D'accord	33 (42,9%)	44(57,1%)	0,330
	Pas d'accord	7(53,8%)	6(46,2%)	
Harcèlement	D'accord	35(44,3%)	44(55,7%)	0,595

	Pas d'accord	5(45,5%)	6(54,5%)	
Dépôt de plaintes contre les victimes	D'accord	26(43,3%)	34(56,7%)	0,597
	Pas d'accord	7(43,8%)	9(56,3%)	
Propagande raciste	D'accord	40(42,1%)	55(57,9%)	0,291
	Pas d'accord	2(25%)	6(75%)	

• Annexe 10 : Influence de l'âge, genre et niveau d'études des parents sur les possibles manifestations du racisme

		Tranche d'âge			Genre		
		<40ans	>=40ans	p-value	Femme	Homme	p-value
Violence verbale	D'accord	54(69,2%)	24(30,8%)	0,751	57(77%)	17(23%)	0,181
	Pas d'accord	11(78,6%)	3(21,4%)		8(57,1%)	6(42,9%)	
Discrimination	D'accord	69(71,9%)	27(28,1%)	0,068	70(75,3%)	23(24,7%)	0,115
	Pas d'accord	2(33,3%)	4(66,7%)		2(40%)	3(60%)	
Évitement	D'accord	63(74,1%)	22(25,9%)	0,096	61(74,4%)	21(25,6%)	0,649
	Pas d'accord	3(42,9%)	4(57,1%)		4(66,7%)	2(33,3%)	
Violence physique	D'accord	56(72,7%)	21(27,3%)	1	55(75,3%)	18(24,7%)	1
	Pas d'accord	10(76,9%)	3(23,1%)		10(76,9%)	3(23,1%)	
Harcèlement	D'accord	59 (74,7%)	20(25,3%)	0,171	59(77,6%)	17(22,4%)	0,115
	Pas d'accord	6(54,5%)	5(45,5%)		5(50%)	5(50%)	
Dépôt de plaintes contre les victimes	D'accord	46(76,7%)	14(23,3%)	0,202	44(77,2%)	13(22,8%)	0,504
	Pas d'accord	10(62,5%)	6(37,5%)		10(66,7%)	5(33,3%)	
Propagande raciste	D'accord	68(71,6%)	27(28,4%)	0,238	70(76,9%)	21(23,1%)	0,397
	Pas d'accord	4(50%)	4(50%)		5(62,5%)	3(37,5%)	

		Niveau d'étude du père				Niveau d'étude de la mère			
		Bachelier	Doctorat	Master	p-value	Bachelier	Doctorat	Master	p-value
Violence verbale	D'accord	17(29,8%)	12(21,1%)	28(49,1%)	0,793	27(51,9%)	6(11,5%)	19(36,5%)	0,504
	Pas d'accord	3(37,5%)	2(25%)	3(37,5%)		3(42,9%)	0(0%)	4(57,1%)	
Discrimination	D'accord	26(37,1%)	14(20%)	30(42,9%)	0,425	33(53,2%)	5(8,1%)	24(38,7%)	0,287

	Pas d'accord	0(0%)	1(33,3%)	2(66,7%)		1(25%)	1(25%)	2(50%)	
Évitement	D'accord	23(37,7%)	11(18%)	27(44,3%)	0,309	28(52,8%)	4(7,5%)	21(39,6%)	0,470
	Pas d'accord	0(0%)	1(25%)	1(25%)		2(40%)	1(20%)	2(40%)	
Violence physique	D'accord	18(32,1%)	11(19,6%)	27(48,2%)	1	26(49,1%)	6(11,3%)	21(39,6%)	0,840
	Pas d'accord	2(28,6%)	1(14,3%)	4(57,1%)		4(66,7%)	0(0%)	2(33,3%)	
Harcèlement	D'accord	21(35,6%)	11(18,6%)	27(45,8%)	0,420	26(50%)	5(9,6%)	21(40%)	0,692
	Pas d'accord	0(0%)	1(33,3%)	2(66,7%)		3(50%)	1(16,7%)	2(33,3%)	
Dépôt de plaintes contre les victimes	D'accord	15(34,1%)	9(20,5%)	20(45,5%)	0,910	19(46,3%)	5(12,2%)	17(41,5%)	0,877
	Pas d'accord	3(27,3%)	3(27,3%)	5(45,5%)		5(55,6%)	1(11,1%)	3(33,3%)	
Propagande raciste	D'accord	24(33,8%)	14(19,7%)	33(46,5%)	0,420	29(46%)	6(9,5%)	28(44,4%)	0,479
	Pas d'accord	1(25%)	2(50%)	1(25%)		4(80%)	0(0%)	1(20%)	

• Annexe 11 : Comparaison entre les réponses des deux groupes MG et PG sur les exemples pratiques des possibles manifestations du racisme

		Groupes		p-value
		Médecin en spécialisation	Médecin généraliste	
Un médecin refuse de prendre en charge un patient à cause de son origine	D'accord	42(40%)	63(60%)	0,645
	Pas d'accord	1(50%)	1 (50%)	
Un médecin refuse de prendre en charge un patient d'origine étrangère parce qu'il n'a pas de mutuelle	D'accord	16(39%)	25(61%)	0,518
	Pas d'accord	22(40,7%)	32(59,3%)	
Un médecin insulte un patient ou est insulté par un patient à cause de son origine	D'accord	43(41%)	62(59%)	0,335
	Pas d'accord	0(0%)	2(199%)	
	D'accord	32(42,1%)	44(57,9%)	0,436

Un médecin ne fait pas d'effort de communication avec le patient (en l'absence de traducteur)	Pas d'accord	9(47,4%)	10(52,6%)	
Un médecin dit au patient : « sale étranger », « retourne chez toi », « tu n'as pas le droit d'être ici », …	D'accord	42(40,4%)	62(59,6%)	0,647
	Pas d'accord	1(33,3%)	2(66,7%)	
Un médecin donne moins d'antidouleurs au patient sur base de son origine	D'accord	39(40,6%)	57(59,4%)	0,545
	Pas d'accord	4(44,4%)	5(55,6%)	
Un médecin n'explique pas au patient ce qui se passe parce qu'il estime qu'il ne va pas comprendre d'après son origine	D'accord	38(40,9%)	55(59,1%)	0,207
	Pas d'accord	5(62,5%)	3(37,5%)	
Un médecin ne cherche pas le consentement éclairé du patient à cause de son origine	D'accord	39(41,1%)	56(58,9%)	0,470
	Pas d'accord	3(33,3%)	6(66,7%)	
Un médecin refuse la présence d'un accompagnant à cause de l'origine du patient	D'accord	41(42,3%)	56(57,7%)	0,648
	Pas d'accord	2(40%)	3(60%)	
Un médecin prend une décision clinique différente à cause de l'origine du patient	D'accord	36(42,9%)	48(57,1%)	0,319
	Pas d'accord	6(33,3%)	12(66,7%)	

• Annexe 12 : Influence de l'âge, genre et niveau d'études des parents sur les exemples pratiques des possibles manifestations du racisme

	Tranche d'âge			Genre		
	<40ans	>=40ans	P-value (P-value corrigée)	Femme	Homme	P-value (P-value corrigée)

Un médecin refuse de prendre en charge un patient à cause de son origine	D'accord	75(71,4%)	30(28,6%)	0,087	75(75%)	25(25%)	0,447
	Pas d'accord	0(0%)	2(100%)		1(50%)	1(50%)	
Un médecin refuse de prendre en charge un patient d'origine étrangère parce qu'il n'a pas de mutuelle	D'accord	29(70,7%)	12(29,3%)	0,824	25(67,6%)	12(32,4%)	0,336
	Pas d'accord	36(66,7%)	18(33,3%)		42(77,8%)	12(22,2%)	
Un médecin insulte un patient ou est insulté par un patient à cause de son origine	D'accord	75(71,4%)	30(28,6%)	0,087	76(76%)	24(24%)	0,063
	Pas d'accord	0(0%)	2(100%)		0(0%)	2(100%)	
Un médecin ne fait pas d'effort de communication avec le patient (en l'absence de traducteur)	D'accord	54(71,1%)	22(28,9%)	1	55(76,4%)	17(23,6%)	1
	Pas d'accord	14(73,7%)	5(26,3%)		14(73 ,7%)	5(26,3%)	
Un médecin dit au patient : « sale étranger », « retourne chez toi », « tu n'as pas le droit d'être ici », …	D'accord	75(72,1%)	29(27,9%)	**0,025**	75(75,8%)	24(24,2%)	0,159
	Pas d'accord	0(0%)	3(100%)		1(33,3%)	2(66,7%)	
Un médecin donne moins d'antidouleurs au patient sur base de son origine	D'accord	69(71,9%)	27(28,1%)	0,444	68(74,7%)	23(25,3%)	0,693
	Pas d'accord	5(55,6%)	4(44,4%)		6(66,7%)	3(33,3%)	
Un médecin n'explique pas au patient ce qui se passe parce qu'il estime qu'il ne va pas comprendre d'après son origine	D'accord	69(74,2%)	24(25,8%)	0,212	68(76,4%)	21(23,6%)	0,198
	Pas d'accord	4(50%)	4(50%)		4(50%)	4(50%)	
Un médecin ne cherche pas le consentement éclairé du patient à cause de son origine	D'accord	69(72,6%)	26(27,4%)	**0,023**	72(79,1%)	19(20,9%)	**0,007**
	Pas d'accord	3(33,3)	6(66,7%)		3(33,3%)	6(66,7%)	
Un médecin refuse la présence d'un accompagnant à cause de l'origine du patient	D'accord	71(73,2%)	26(26,8%)	0,318	71(76,3%)	22(23,7%)	0,593
	Pas d'accord	2(40%)	3(60%)		3(60%)	2(40%)	
Un médecin prend une décision clinique différente à cause de l'origine du patient	D'accord	57(67,9%)	27(32,1%)	0,574	57(72,2%)	22(27,8%)	0,772
	Pas d'accord	14(77,8%)	4(22,2%)		14(77,8%)	4(22,2%)	

		Niveau d'étude du père				**Niveau d'étude de la mère**			
		Bachelier	Doctorat	Master	p-value (p-value corrigée)	Bachelier	Doctorat	Master	p-value
Un médecin refuse de prendre en charge un patient à cause de son origine	D'accord	27(35,5%)	15(19,7%)	34(44,7%)	0,315	36(50,7%)	6(8,5%)	29(40%)	1
	Pas d'accord	1(50%)	1(50%)	0(0%)		1(100%)	0(0%)	0(0%)	
Un médecin refuse de prendre en charge un patient d'origine étrangère parce qu'il n'a pas de mutuelle	D'accord	11 (39,3%)	4(14,3%)	13(46,4%)	0,895	13(50%)	2(7,7%)	11(42,3%)	0,924
	Pas d'accord	14(35,9%)	8(20,5%)	17(43,6%)		19(54,3%)	3(8,6%)	13 (37,1%)	

Un médecin insulte un patient ou est insulté par un patient à cause de son origine	D'accord	28(36,4%)	15(19,5%)	34(44,2%)	0,205	36(50,7%)	6(8,5%)	29(40,8%)	1
	Pas d'accord	0(0%)	1(100%)	0(0%)		1(100%)	0(0%)	0(0%)	
Un médecin ne fait pas d'effort de communication avec le patient (en l'absence de traducteur)	D'accord	17(31,5%)	9(16,7%)	28(51,9%)	0,409	27(50,9%)	3(5,7%)	23(43,4%)	0,306
	Pas d'accord	6(40%)	4(26,7%)	5(33,3%)		4(40%)	2(20%)	4(40%)	
Un médecin dit au patient : « sale étranger », « retourne chez toi », « tu n'as pas le droit d'être ici », …	D'accord	27(35,5%)	15(19,7%)	34(44,7%)	0,315	36(50,7%)	6(8,5%)	29(40,8%)	1
	Pas d'accord	1(50%)	1(50%)	0(0%)		1(100%)	0(0%)	0(0%)	
Un médecin donne moins d'antidouleurs au patient sur base de son origine	D'accord	26(35,6%)	14(19,2%)	33(45,2%)	0,302	32(50%)	6(9,4%)	26(40,6%)	0,525
	Pas d'accord	2(66,7%)	1(33,3%)	0(0%)		5(83,3%)	0(0%)	1(16,7%)	
Un médecin n'explique pas au patient ce qui se passe parce qu'il estime qu'il ne va pas comprendre d'après son origine	D'accord	22(32,8%)	12(17,9%)	33(49,3%)	**0,021 (0,005)**	31(49,2%)	6(9,5%)	26(41,3%)	0,743
	Pas d'accord	5(83,3%)	1(16,7%)	0(0%)		3(75%)	0(0%)	1(25%)	
Un médecin ne cherche pas le consentement éclairé du patient à cause de son origine	D'accord	23(32,9%)	13(18,6%)	34(48,6%)	**0,04 (0,0055)**	33(50%)	6(9,1%)	27(40,9%)	0,740
	Pas d'accord	4(66,7%)	2(33,3%)	0(0%)		3(75%)	0(0%)	1(25%)	
Un médecin refuse la présence d'un accompagnant à cause de l'origine du patient	D'accord	25(35,7%)	13(18,6%)	32(45,7%)	0,665	35(52,2%)	5(7,5%)	27(40,3%)	1
	Pas d'accord	2(50%)	1(25%)	1(25%)		1(100%)	0(0%)	0(0%)	
Un médecin prend une décision clinique différente à cause de l'origine du patient	D'accord	24(39,3%)	11(18%)	26(42,6%)	0,250	29(52,7%)	5(9,1%)	21(38,2%)	0,896
	Pas d'accord	2(16,7%)	4(33,3%)	6(50%)		6(46,2%)	1(7,7%)	6(46,2%)	

• Annexe 13 : Vécu à propos du racisme dans les soins de santé

Figure 12 : Vécu MG

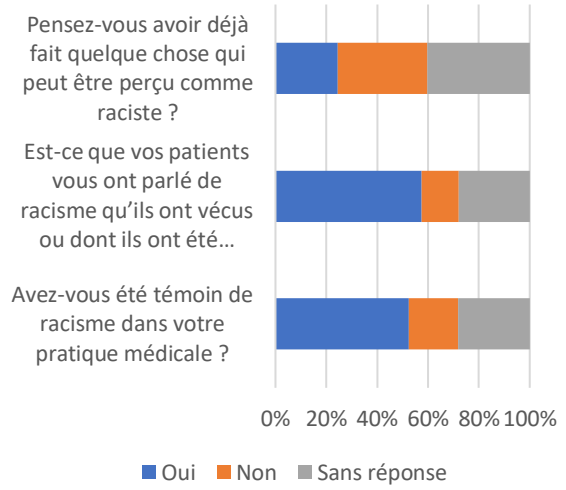
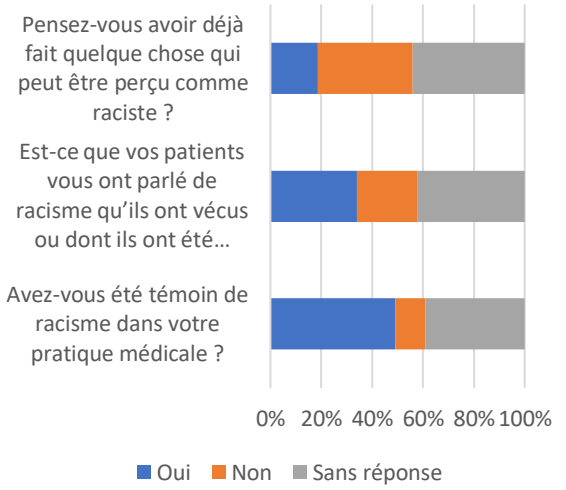


Figure 13 : Vécu PG



• Annexe 14 : Influence de l'âge, genre et niveau d'études des parents sur le vécu à propos du racisme dans les soins de santé

		Tranche d'âge			Genre		
		<40ans	>=40ans	p-value	Femme	Homme	p-value
Avez-vous été témoin de racisme dans votre pratique médicale ?	Non	12 (52,2%)	11(47,8%)	0,124	15(71,4%)	6(28,6%)	0,786
	Oui	52(72,2%)	20(27,8%)		51(73,9%)	18(26,1%)	
Est-ce que vos patients vous ont parlé de racisme qu'ils ont vécus ou dont ils ont été témoins ?	Non	19(73,1%)	7(26,9%)	0,471	17(68%)	8(32%)	0,794
	Oui	43 (64,2%)	24(35,8%)		47(73,4%)	17(26,6%)	
Pensez-vous avoir déjà fait quelque chose qui peut être perçu comme raciste ?	Non	35(68,6%)	11(35,5%)	0,959	34(66,7%)	17(33,3%)	0,282
	Oui	20(64,5%)	6(33,3%)		21(75%)	7(25%)	

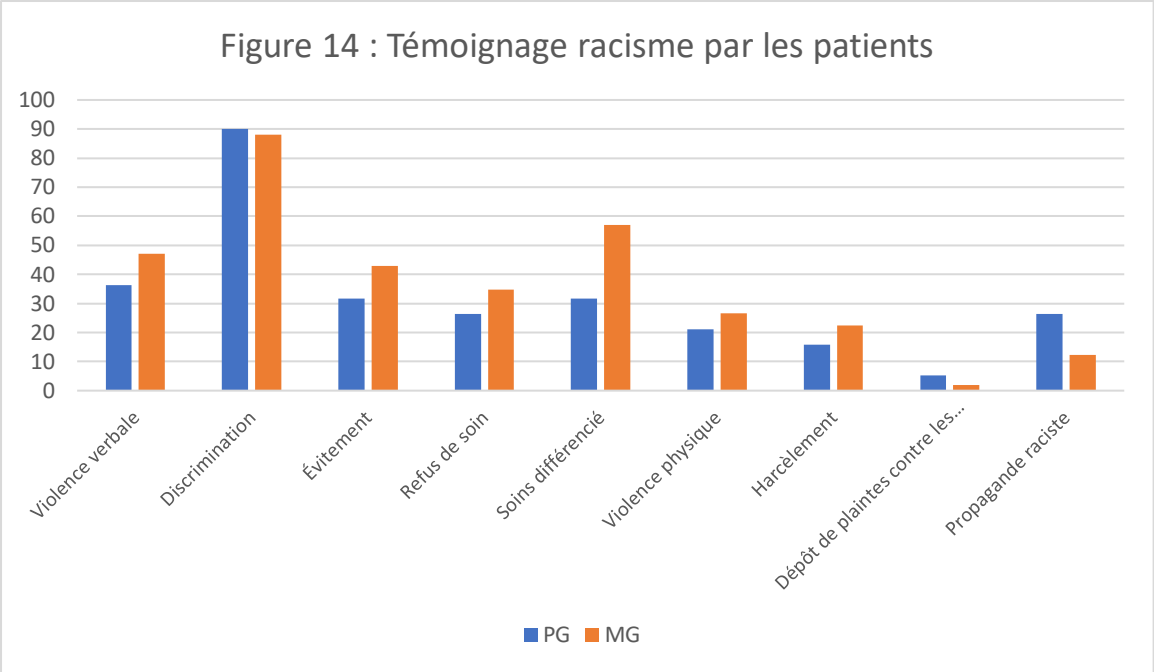
		Niveau d'étude du père				Niveau d'étude de la mère			
		Bachelier	Doctorat	Master	p-value	Bachelier	Doctorat	Master	p-value
Avez-vous été témoin de racisme dans votre pratique médicale ?	D'accord	6(42,9%)	3(21,4%)	5(35,7%)	0,927	11(73,3%)	1(6,7%)	3(20%)	0,164
	Pas d'accord	20(36,4%)	12(21,8%)	23(41,8%)		22(45,8%)	5(10,4%)	2(43,8%)	
	D'accord	10(50%)	3(15%)	7(35%)	0,174	9(60%)	0(0%)	6(40%)	0,554

Est-ce que vos patients vous ont parlé de racisme qu'ils ont vécus ou dont ils ont été témoins ?	Pas d'accord	13(26,5%)	13(26,5%)	23(46,9%)		23(48,9%)	5(10,6%)	19(40,4%)	
Pensez-vous avoir déjà fait quelque chose qui peut être perçu comme raciste ?	D'accord	14(38,9%)	9(25%)	13(36,1%)	0,199	14(48,3%)	3(10,3%)	12(41,4%)	0,602
	Pas d'accord	9(45%)	5(25%)	6(30%)		14(63,6%)	2(9,1%)	6(27,3%)	

• Annexe 15 : Comparaison entre les réponses des deux groupes MG et PG sur le type de racisme dont ils ont été témoins

		Groupes		p-value
		Médecin en spécialisation	Médecin généraliste	
Violence verbale	Non	15 (39,5)	23(60,5%)	0,446
	Oui	17 (43,6%)	22(56,4%)	
Discrimination	Non	7(28%)	18(72%)	0,076
	Oui	25(48,1%)	27(51,9%)	
Évitement	Non	22(42,3%)	30(57,7%)	1
	Oui	10(40%)	15(60%)	
Refus de soins	Non	18(48,6%)	19(51,4%)	0,254
	Oui	14(35%)	26(65%)	
Soin différencié	Non	18(48,6%)	19(51,4%)	0,163
	Oui	14(35%)	26(65%)	
Violence physique	Non	18(48,6%)	19(51,4%)	0,163
	Oui	14(35%)	26(65%)	
Harcèlement	Non	18(48,6%)	19(51,4%)	0,163
	Oui	14(35%)	26(65%)	
Dépôt de plaintes contre les victimes	Non	18(48,6%)	19(51,4%)	0,163
	Oui	14(35%)	26(65%)	
Propagande raciste	Non	18(48,6%)	19(51,4%)	0,163
	Oui	14(35%)	26(65%)	

• Annexe 16 : Type de racisme dont les patients ont subis/été témoins

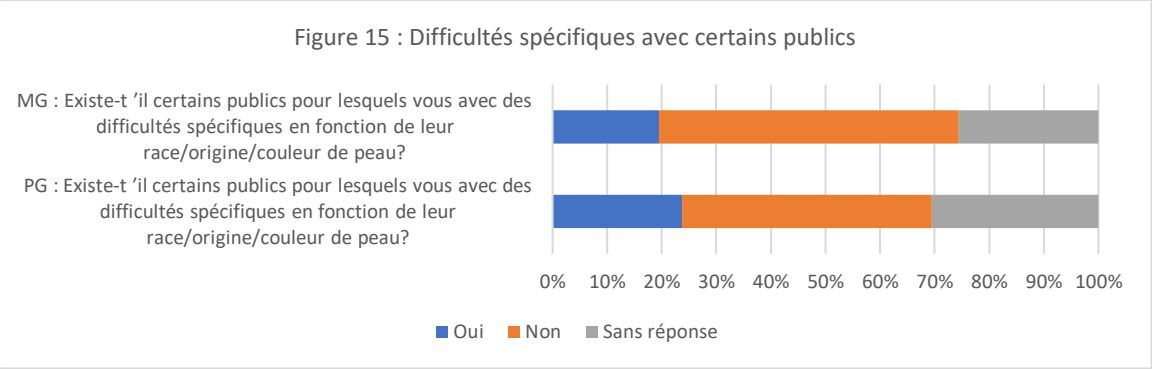


• Annexe 17 : Comparaison entre les réponses des deux groupes MG et PG sur le type de racisme dont leurs patients ont été témoins/subis

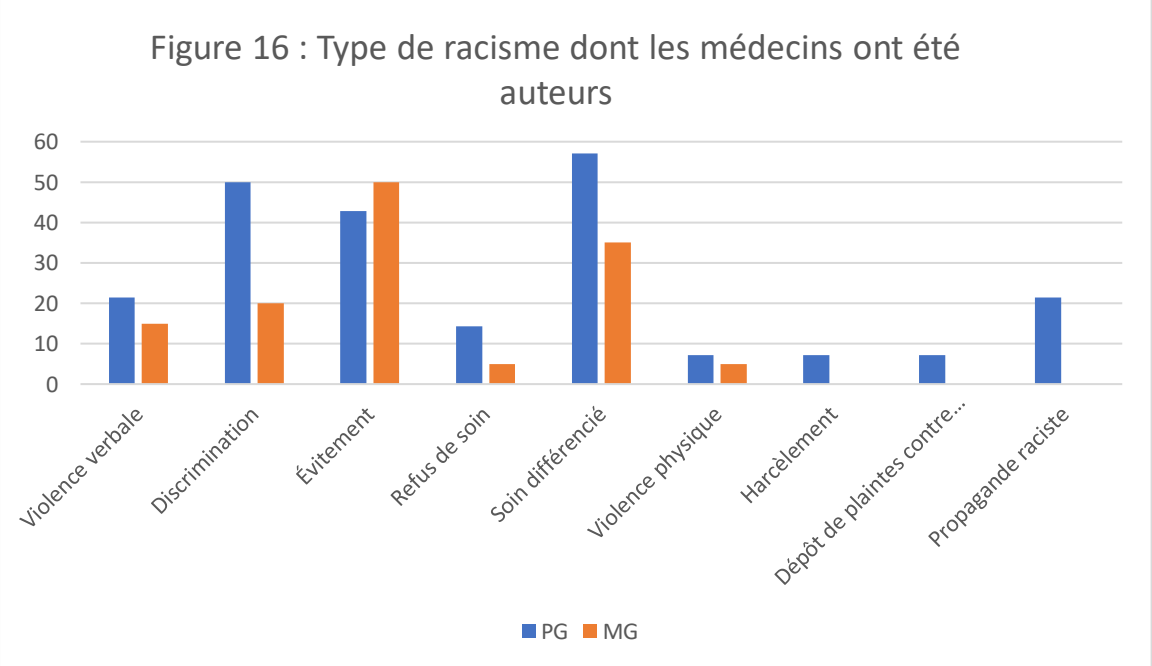
		Groupes		p-value
		Médecin en spécialisation	Médecin généraliste	
Violence verbale	Non	14(34,1%)	27(65,9%)	0,280
	Oui	8(25%)	24(75%)	
Discrimination	Non	2(25%)	6(75%)	1
	Oui	17(28,3%)	43(71,7%)	
Évitement	Non	13(31,7%)	28(68,3%)	0,425
	Oui	6(22,2%)	21(77,8%)	
Refus de soins	Non	14(30,4%)	32(69,6%)	0,575
	Oui	5(22,7%)	17(77,3%)	
Soin différencié	Non	13(38,2%)	21(61,8%)	0,104
	Oui	6(17,6%)	28(82,4%)	
Violence physique	Non	15(29,4%)	36(70,6%)	0,761
	Oui	4(23,5%)	13(76,5%)	
Harcèlement	Non	16(29,6%)	38(70,4%)	0,742

	Oui	3(21,4%)	11(78,6%)	
Dépôt de plaintes contre les victimes	Non	18(27,3%)	48(72,7%)	0,484
	Oui	1(50%)	1(50%)	
Propagande raciste	Non	14(24,6%)	43(75,4%)	0,148
	Oui	5(45,5%)	6(54,5%)	

• Annexe 18 : Difficultés spécifiques avec certains publics ?



• Annexe 19 : Type de racisme dont les médecins ont été auteurs



• Annexe 20 : Comparaison entre les réponses des deux groupes MG et PG sur le type de racisme dont ils ont été auteurs

	Groupes	p-value

		Médecin en spécialisation	Médecin généraliste	
Violence verbale	Non	11(39,3%)	17(60,7%)	0,482
	Oui	3(50%)	3(50%)	
Discrimination	Non	7(30,4%)	16(69,6%)	0,071
	Oui	7(63,6%)	4(36,4%)	
Évitement	Non	8(44,4%)	10(55,6%)	0,738
	Oui	6(37,5%)	10(62,5%)	
Refus de soins	Non	12(38,7%)	19(61,3%)	0,555
	Oui	2(66,7%)	1(33,3%)	
Soin différencié	Non	6(31,6%)	13(68,4%)	0,177
	Oui	8(53,3%)	7(46,7%)	
Violence physique	Non	13(40,6%)	19(59,4%)	0,661
	Oui	1(50%)	1(50%)	
Harcèlement	Non	13(39,4%)	20(60,6%)	0,412
	Oui	1(100%)	0(0%)	
Dépôt de plaintes contre les victimes	Non	13(39,4%)	20(60,6%)	0,412
	Oui	1(100%)	0(0%)	
Propagande raciste	Non	11(35,5%)	20(64,5%)	0,061
	Oui	3(100%)	0(0%)	

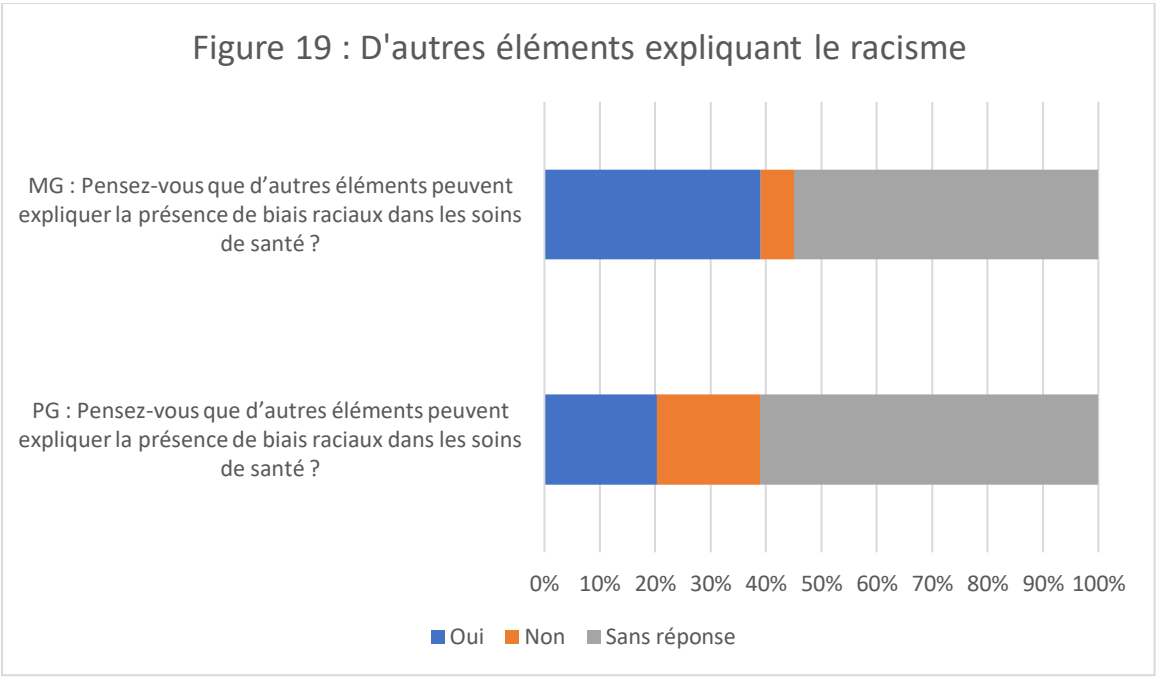
• Annexe 21 : Comparaison entre les réponses des deux groupes MG et PG sur les éléments pouvant expliquer le racisme

		Groupes		p-value
		Médecin en spécialisation	Médecin généraliste	
L'organisation du système des soins	D'accord	17(44,7%)	21(55,3%)	0,423
	Pas d'accord	16(40%)	24(60%)	
Le manque de formation	D'accord	24(40,7%)	35(59,3%)	0,522
	Pas d'accord	10(38,5%)	16(61,5%)	

lors des études de médecine				
Le manque de formation après les études de médecine	D'accord	24(41,4%)	34(58,6%)	0,397
	Pas d'accord	10(35,7%)	18(64,3%)	
L'existence de stéréotypes d'origine coloniale/raciste	D'accord	33(40,7%)	48(59,3%)	0,586
	Pas d'accord	3(37,5%)	5(62,5%)	
Le manque de communication avec les patients	D'accord	31(42,5%)	42(57,5%)	0,436
	Pas d'accord	5(35,7%)	9(64,3%)	
Le manque d'informations des patients sur leurs droits	D'accord	30(50%)	30(50%)	**0,026**
	Pas d'accord	5(20,8%)	19(79,2%)	

• Annexe 22 : Influence de l'âge, genre et niveau d'études des parents sur les éléments pouvant expliquer le racisme

		Tranche d'âge			Genre		
		<40ans	>=40ans	P-value (p-value corrigée)	Femme	Homme	P-value (p-value corrigée)
L'organisation du système des soins	D'accord	31(81,6%)	7(18,4%)	**0,008 (0,0125)**	26(72,2%)	10(27,8%)	0,462
	Pas d'accord	21(52,5%)	19(47,5%)		24(63,2%)	14(36,8%)	
Le manque de formation lors des études de médecine	D'accord	43(72,9%)	16(27,1%)	**0,05 (0,05)**	42(75%)	14(25%)	0,195
	Pas d'accord	13(50%)	13(50%)		15(60%)	10(40%)	
Le manque de formation après les études de médecine	D'accord	43(74,1%)	15(25,9%)	**0,032 (0,025)**	42(76,4%)	13(23,6%)	0,118
	Pas d'accord	14(50%)	14(50%)		15(57,7%)	11(42,3%)	
L'existence de stéréotypes d'origine coloniale/raciste	D'accord	57(70,4%)	24(29,6%)	**0,016 (0,016)**	57(73,1%)	21(26,9%)	0,397
	Pas d'accord	2(25%)	6(75%)		4(57,1%)	3(42,9%)	
Le manque de communication avec les patients	D'accord	54(74%)	19(26%)	**0,002 (0,008)**	55(77,5%)	16(22,5%)	**0,008 (0,008)**
	Pas d'accord	4(28,6%)	10(71,4%)		5(38,5%)	8(61,5%)	
Le manque d'informations des patients sur leurs droits	D'accord	46(76,7%)	14 (23,3%)	**0,004 (0,01)**	44(75,9%)	14(24,1%)	0,186
	Pas d'accord	10(41,7%)	14(58,3%)		14(60,9%)	9(39,1%)	

		Niveau d'étude du père				Niveau d'étude de la mère			
		Bachelier	Doctorat	Master	p-value	Bachelier	Doctorat	Master	p-value
L'organisation du système des soins	D'accord	10(33,3%)	8(26,7%)	12(40%)	0,837	12(42,9%)	3(10,7%)	13(46,4%)	0,427
	Pas d'accord	10(37%)	5(18,5%)	12(44,4%)		16(59,3%)	3(11,1%)	8(29,6%)	
Le manque de formation lors des études de médecine	D'accord	14(31,1%)	9(20%)	22(48,9%)	1	17(41,5%)	5(12,2%)	19(46,3%)	**0,043 (0,01)**
	Pas d'accord	6(33,3%)	4(22,2%)	8(44,4%)		13(76,5%)	1(5,9%)	3(17,6%)	
Le manque de formation après les études de médecine	D'accord	14(30,4%)	10(21,7%)	22(47,8%)	0,818	17(41,5%)	5(12,2%)	19(46,3%)	**0,039 (0,008)**
	Pas d'accord	7(38,9%)	3(16,7%)	8(44,4%)		14(77,8%)	1(5,6%)	3(16 ,7%)	
L'existence de stéréotypes d'origine coloniale/raciste	D'accord	21(33,9%)	11(17,7%)	30(48,8%)	0,062	28(50%)	5(8,9%)	23(41,1%)	0,141
	Pas d'accord	2(50%)	2(50%)	0(0%)		3(75%)	1(25%)	0(0%)	
Le manque de communication avec les patients	D'accord	19(35,2%)	9(16,7%)	26(48,1%)	0,317	22(44,9%)	5(10,2%)	22(44,9%)	0,131
	Pas d'accord	3(30%)	4(40%)	3(30%)		7(77,8%)	1(11,1%)	1(11,1%)	
Le manque d'informations des patients sur leurs droits	D'accord	14(31,8%)	8(18,2%)	22(50%)	0,623	17(43,6%)	4(10,3%)	18(46,2%)	0,231
	Pas d'accord	6(33,3%)	13(21%)	7(38,9%)		12(66,7%)	2(11,1%)	4(22,2%)	

- Annexe 23 : D'autres éléments peuvent expliquer le racisme ?