



# **Étude exploratoire sur l'inégalité raciale et la discrimination dans les soins de santé (2024)**

## Sommaire

<b>Les inégalités raciales et la discrimination entravent l'accès aux soins de santé .....</b>	<b>3</b>
Conséquences néfastes pour les patients.....	3
Besoin de recherche en Belgique .....	3
Résultats : différences de qualité et de traitement .....	4
Influence sur l'accès aux soins.....	5
Nécessité de poursuivre les recherches.....	6

## Les inégalités raciales et la discrimination entravent l'accès aux soins de santé

Les personnes issues de groupes racisés ont le sentiment d'être moins bien traitées par les prestataires de soins de santé. C'est ce qui ressort d'une étude exploratoire sur le racisme dans le secteur des soins de santé en Belgique, menée auprès de 2 189 personnes. Il en ressort que les expériences de discrimination et de manque de respect empêchent ces personnes d'accéder aux soins de santé. Et la combinaison du risque de pauvreté et de l'appartenance à un groupe racisé renforce davantage cette inégalité.

Retrouvez ci-dessous les résultats et les conclusions de l'étude exploratoire qu'Indiville a menée pour le compte d'Unia. Ces premiers résultats constituent la base d'une étude plus approfondie sur l'impact du racisme sur l'accès aux soins de santé qu'Unia mènera en collaboration avec la Mutualité chrétienne.

Le racisme a des conséquences négatives sur la santé mentale et physique des personnes. Dépression, stress chronique, anxiété, hypertension artérielle, obésité et troubles digestifs ne sont que quelques-uns des maux dont souffrent les personnes concernées<sup>i</sup>. Les personnes racisées sont donc plus sujettes aux problèmes de santé. Mais qu'en est-il si la discrimination raciale se produit dans le système de santé lui-même ?

### Conséquences néfastes pour les patients

Diverses études internationales montrent que les personnes racisées subissent des temps d'attente plus longs dans les services d'urgence, un traitement inapproprié de la douleur, un score de triage plus bas et des traitements différents pour l'hypertension artérielle et suite à un diagnostic psychologique<sup>ii</sup>. Les personnes racisées reçoivent donc des soins de santé de qualité inférieure, ce qui peut avoir des conséquences néfastes pour leur santé.

La discrimination dans les soins de santé est le reflet du racisme structurel présent dans la société et dans la formation du personnel de santé. Cette discrimination n'est pas toujours intentionnelle et est généralement motivée par la volonté de bien faire<sup>iii</sup>. Cependant, lorsque cette intention est fondée sur des préjugés et des stéréotypes, elle a des conséquences néfastes pour les patients.

### Besoin de recherche en Belgique

Ces expériences s'appliquent-elles également à la Belgique ? Certaines études le suggèrent<sup>iv</sup>, mais il existe peu de [données sur la discrimination raciale](#) dans les soins de santé dans notre pays. Pour mieux comprendre ce phénomène, 2 189 personnes ont été interrogées sur leurs expériences en matière de soins ambulatoires et hospitaliers. Les participants ont été spécifiquement interrogés sur leurs expériences avec un type de prestataire de soins avec lequel ils avaient été en contact au cours des 12 derniers mois. Dans les analyses, une comparaison a été faite entre les expériences des personnes racisées et non racisées.

Le groupe racisé désigne les personnes qui sont exposées au [racisme](#) structurel dans la société belge. Pour faire la distinction entre « racisé » et « non racisé », les personnes interrogées ont dû répondre à des questions d'autodéfinition sur leur origine. D'une part, les personnes qui se sont définies comme étant d'origine exclusivement belge ou européenne et n'appartenant pas à un groupe minoritaire racisé ont été considérées comme non racisées (1 487 personnes). D'autre part, les personnes qui se définissaient sur la base d'une origine ou d'une caractéristique qui fait d'elles la cible d'un racisme structurel en Belgique (par exemple, la couleur de peau, la nationalité, l'origine juive, la religion, la langue/l'accent ou le nom) ont été classées dans le groupe des personnes racisées (702 personnes).

## Résultats : différences de qualité et de traitement

En général, les personnes interrogées dans le cadre de cette étude ont jugé que les soins qu'elles ont reçus étaient de bonne qualité. Les participants ont attribué une note moyenne de 8,8/10 à des questions telles que « avez-vous reçu l'aide dont vous aviez besoin », « avez-vous été écouté », « avez-vous été impliqué dans la décision » et « avez-vous reçu des explications claires ». Il est toutefois frappant de constater que les personnes appartenant au groupe racisé ont attribué une note légèrement inférieure à la qualité des soins que les personnes n'appartenant pas à ce groupe.

Lorsqu'on leur demande comment elles estiment être traitées par le prestataire de soins, on constate également une nette différence entre les personnes appartenant au groupe racisé et celles n'appartenant pas à ce groupe (voir figure 1). En effet, 9 %, soit près d'une personne sur dix, se sentent discriminées. 16,1 % d'entre elles font l'expérience d'un manque de respect et 19,1 % ont l'impression que les autres patients sont traités avec plus de respect. Elles attribuent cette expérience à une attitude condescendante, à de la grossièreté et à un manque d'intérêt pour elles en tant que personne. Cette discrimination perçue a des conséquences négatives pour ceux qui ont le sentiment d'être traités de manière inégale. Ils perdent confiance dans le monde médical et sont moins enclins à recourir aux soins de santé, ou ils reportent leur traitement (voir le graphe ci-dessous)<sup>v</sup>.

Il est important de noter que l'enquête portait sur le sentiment de discrimination. Il ne s'agit probablement que de la partie émergée de l'iceberg, car les patients ne reconnaissent pas toujours d'eux-mêmes les inégalités de traitement<sup>vi</sup>, par exemple dans le cas d'un traitement inapproprié de la douleur.

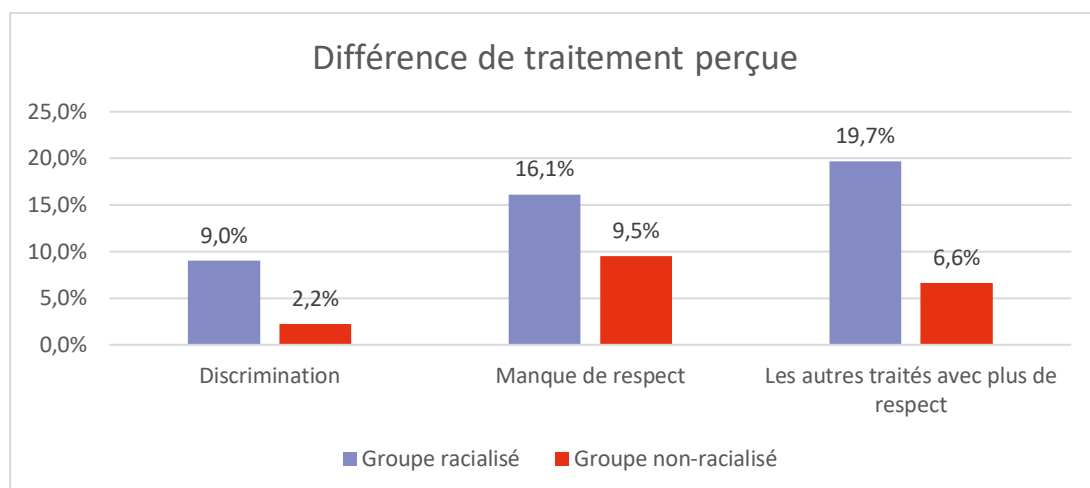


Figure 1

Parmi toutes les personnes interrogées qui signalent une discrimination ou un manque de respect, 79 % ne déposent pas de plainte. Cependant, les personnes appartenant à un groupe racisé le font nettement plus souvent. Cela pourrait suggérer qu'elles peuvent plus souvent prouver qu'une discrimination a eu lieu. En général, les personnes interrogées signalent le plus souvent les traitements irrespectueux ou la discrimination sur les réseaux sociaux, à la police, à l'Ordre des médecins ou à un service de médiation. Seules trois personnes ont signalé à Unia, dont deux personnes du groupe racisé. Cependant, ces signalements pourraient être fondés sur des critères de discrimination autres que des critères raciaux.

## Influence sur l'accès aux soins

Il est certain que la discrimination et le traitement irrespectueux ont un impact sur la manière dont les personnes recourent aux soins dont ils ont besoin<sup>vii</sup>. La probabilité que les patients appartenant au groupe racisé changent de prestataire de soins après avoir subi une discrimination est 2,5 fois plus élevée que pour les personnes n'appartenant pas au groupe racisé. Cela pourrait indiquer que l'impact d'une expérience de discrimination dans les soins de santé est plus important pour une personne racisée qui a déjà été rendue plus vulnérable par des expériences antérieures de racisme (structurel). En outre, 65 % du groupe racisé a reporté des soins au moins une fois, contre 45 % du groupe non racisé. Le fait que les personnes racisées reportent plus souvent les soins ou changent de prestataire de soins a un impact négatif sur les soins de santé qu'elles reçoivent et donc sur leur santé.

Le risque de reporter les soins est également élevé lorsque l'on vit dans la pauvreté. Et la combinaison de la pauvreté et de l'appartenance à un groupe racisé renforce encore davantage les inégalités.

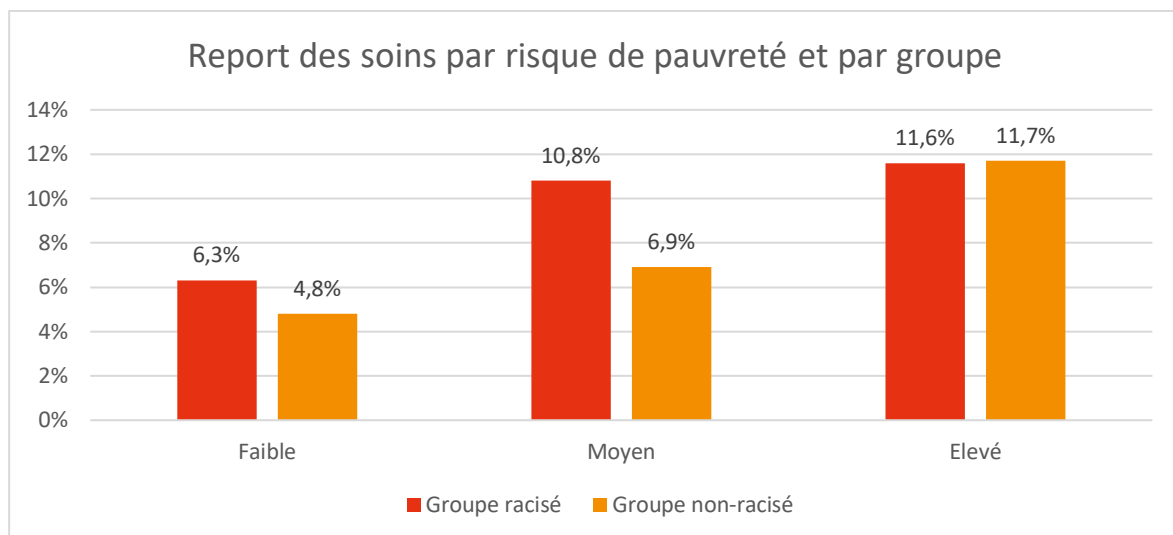


Figure 2

La figure 2 nous permet de déduire que :

- Plus le risque de pauvreté est élevé, plus les personnes reportent les soins.
- En cas de risque élevé de pauvreté, les personnes appartenant à des groupes racisés et non racisés reportent les soins avec la même fréquence.
- En cas de risque moyen ou faible de pauvreté, les personnes appartenant à un groupe racisé reportent les soins plus souvent.

## Nécessité de poursuivre les recherches

Bien que l'étude offre des informations précieuses, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour tirer des conclusions plus solides. Cette recherche est purement exploratoire et a été menée avec des ressources et un temps limités. Unia prévoit donc de mener des recherches supplémentaires sur l'accès aux soins de santé pour les personnes racisées. La prochaine étude combinera des méthodes qualitatives et quantitatives et sera menée en partenariat avec la Mutualité chrétienne. Elle débutera au printemps 2025 et un rapport devrait être publié fin 2026.

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, veuillez envoyer un e-mail à [equalitydata@unia.be](mailto:equalitydata@unia.be).

---

<sup>i</sup> Paradies, Y., Ben, J., Denson, N., Elias, A., Priest, N., Pieterse, A., Gupta, A., Kelaher, M., & Gee, G. (2015). Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, *10*(9), e0138511. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138511>

<sup>ii</sup> Ramsoondar, N., Anawati, A., & Cameron, E. (2023). Le racisme comme déterminant de la santé et des soins de santé. *Canadian Family Physician*, *69*(9), 601605. <https://doi.org/10.46747/cfp.6909601>

Haywood, C., Tanabe, P., Naik, R., Beach, M. C., & Lanzkron, S. (2013). The impact of race and disease on sickle cell patient wait times in the emergency department. *The American Journal of Emergency Medicine*, *31*(4), 651656. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2012.11.005>

Hoffman, K. M., Trawalter, S., Axt, J. R., & Oliver, M. N. (2016). Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *113*(16), 42964301. <https://doi.org/10.1073/pnas.1516047113>

Coisy, F., Olivier, G., Ageron, F.-X., Guillermou, H., Roussel, M., Balen, F., Grau-Mercier, L., & Bobbia, X. (2024). Do emergency medicine health care workers rate triage level of chest pain differently based upon appearance in simulated patients? *European Journal of Emergency Medicine: Official Journal of the European Society for Emergency Medicine*, *31*(3), 188194. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000001113>

Lepière, B., Reynaert, C., van Meerbeeck, P., & Lorant, V. (2014). General practice and ethnicity : An experimental study of doctoring. *BMC Family Practice*, *15*(1), 89. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-89>

Ceuterick, M., Bracke, P., Van Canegem, T., & Buffel, V. (2020). Assessing provider bias in general practitioners' assessment and referral of depressive patients with different migration backgrounds: Methodological insights

on the use of a video-vignette study. *COMMUNITY MENTAL HEALTH JOURNAL*, 56(8), Article 8. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00590-y>

<sup>iii</sup> Cognet, M. (2017). Du traitement différentiel à la discrimination raciste dans les pratiques cliniques. *Cahiers de la LCD*, N°5(3), 2542. <https://doi.org/10.3917/clcd.005.0025>

Cognet, M. (2023). Racisme à l'épreuve de la clinique : Une perspective sociologique. *Ethica Clinica*, 112, 1224.

<sup>iv</sup> Hanssens, L. G. M., Detollenaere, J., Hardyns, W., & Willems, S. J. T. (2016). Access, treatment and outcomes of care: A study of ethnic minorities in Europe. *International Journal of Public Health*, 61(4), 443454. <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0810-3>

Hanssens, L. G. M., Devisch, I., Lobbestael, J., Cottenie, B., & Willems, S. (2016). Accessible health care for Roma: A gypsy's tale a qualitative in-depth study of access to health care for Roma in Ghent. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0327-7>

Dauvrin, M., & Lorant, V. (2014). Adaptation of health care for migrants : Whose responsibility? *BMC Health Services Research*, 14(1), 294. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-294>

Ceuterick, M., Bracke, P., Van Canegem, T., & Buffel, V. (2020). Assessing provider bias in general practitioners' assessment and referral of depressive patients with different migration backgrounds : Methodological insights on the use of a video-vignette study. *COMMUNITY MENTAL HEALTH JOURNAL*, 56(8), Article 8. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00590-y>

<sup>v</sup> Hanssens, L. G. M., Detollenaere, J., Hardyns, W., & Willems, S. J. T. (2016). Access, treatment and outcomes of care : A study of ethnic minorities in Europe. *International Journal of Public Health*, 61(4), 443454. <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0810-3>

Rivenbark, J. G., & Ichou, M. (2020). Discrimination in healthcare as a barrier to care : Experiences of socially disadvantaged populations in France from a nationally representative survey. *BMC Public Health*, 20(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8124-z>

Gil-Salmerón, A., Katsas, K., Riza, E., Karnaki, P., & Linos, A. (2021). Access to Healthcare for Migrant Patients in Europe : Healthcare Discrimination and Translation Services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 7901. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157901>

Sauvegrain, P. (2013). Les parturientes « africaines » en France et la césarienne : Analyses sociologiques d'un conflit de quatre décennies avec les équipes hospitalières. *Anthropologie et Sociétés*, 37(3), 119-137. <https://doi.org/10.7202/1024082ar>

Cultures & Santé asbl. (2021). *Parcours d'exil, procédures et violences institutionnelles*. <https://www.cultures-sante.be/outils-ressources/parcours-d-exil-procedures-et-violences-institutionnelles-rapport-2021/>

<sup>vi</sup> Cognet, M., Hamel, C., & Moisy, M. (2012). Santé des migrants en France : L'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 28(2), 11-34.

Troonbeeckx, A. (2022, mars 21). *Kleur, cultuur en klasse zijn blinde vlekken in onze gezondheidszorg*. Sociaal.Net. <https://sociaal.net/achtergrond/blinde-vlekken-in-onze-gezondheidszorg/>

<sup>vii</sup> Hanssens, L. G. M., Devisch, I., Lobbestael, J., Cottenie, B., & Willems, S. (2016). Accessible health care for Roma : A gypsy's tale a qualitative in-depth study of access to health care for Roma in Ghent. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0327-7>

Bufragech, J. (2022, décembre 16). Dis les termes : Racisme à l'hôpital. *Mammoth Média*. <https://www.mammoth.media/dis-les-termes-racisme-a-lhopital/>

- 
- Ramsoondar, N., Anawati, A., & Cameron, E. (2023). Le racisme comme déterminant de la santé et des soins de santé. *Canadian Family Physician*, 69(9), 601-605. <https://doi.org/10.46747/cfp.6909601>
- Sauvegrain, P. (2013). Les parturientes « africaines » en France et la césarienne : Analyses sociologiques d'un conflit de quatre décennies avec les équipes hospitalières. *Anthropologie et Sociétés*, 37(3), 19-137. <https://doi.org/10.7202/1024082ar>
- Gil-Salmerón, A., Katsas, K., Riza, E., Karnaki, P., & Linos, A. (2021). Access to Healthcare for Migrant Patients in Europe : Healthcare Discrimination and Translation Services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 7901. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157901>
- Rivenbark, J. G., & Ichou, M. (2020). Discrimination in healthcare as a barrier to care : Experiences of socially disadvantaged populations in France from a nationally representative survey. *BMC Public Health*, 20(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8124-z>