

# Racisme dans les soins (partie 2) : biais implicites\*

ELISE BLANDENIER<sup>a</sup>, Dr JEAN BAPTISTE NGASSOP<sup>b</sup>, Dr KEVIN MORISOD<sup>b</sup>, Dre VÉRONIQUE GRAZIOLI<sup>b</sup>, Dre NOLWENN BÜHLER VIREDAZ<sup>c</sup>, KEVIN DZI<sup>d</sup>, BRIGITTE PAHUD VERMEULEN<sup>b</sup>, Pr PATRICK BODENMANN<sup>b</sup> et Dr RAINER TAN<sup>b</sup>

Rev Med Suisse 2025; 21: 351-5 | DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.906.351

Comme l'ensemble de la population, toutes les soignantes et soignants ont des biais implicites envers les patientes et patients racisés. Contrairement aux biais explicites, les actes découlant des biais implicites ne sont pas intentionnels, mais peuvent néanmoins avoir des conséquences importantes sur les soins prodigués aux patientes et patients. De nombreuses études ont démontré que ce type de biais entraînait, entre autres, une gestion inadéquate de la douleur, une fausse identification de l'urgence et une mauvaise communication patient-soignant. Ce deuxième article d'une série sur le racisme dans les soins explore la diversité des formes que peuvent prendre les biais implicites, l'étendue de leurs répercussions dans la pratique et la manière dont les soignantes et soignants peuvent les atténuer dans le but de fournir des soins plus équitables aux patientes et patients racisés.

## Racism in Health Care (part 2): implicit bias

*All health providers have implicit biases that can result in discriminatory care for racialized patients. Contrary to explicit bias, such acts are unintended, but can nonetheless have important consequences to patient care. These types of biases have been found to result in inadequate pain management, a false identification of urgency, and poor patient-provider communication. This second article in a series on racism in healthcare, explores the various forms of implicit biases in care, the extent of their impact, and how health providers can mitigate them. The aim of this review will be to inform readers on how to provide more equitable care for racialized patients.*

## INTRODUCTION

Longtemps demeurée peu étudiée,<sup>1</sup> la discrimination raciale dans les soins est aujourd'hui un objet de recherche essentiel permettant, entre autres, d'améliorer la prise en charge des patientes et patients racisés. Comprendre les mécanismes du racisme dans les soins permet, en effet, de favoriser une prise en charge équitable pour toutes et tous.

Le racisme dans les soins s'exprime de manière diversifiée: les micro-agressions, le racisme structurel, institutionnel ou

encore intériorisé, les biais explicites et implicites. Un biais implicite est une croyance se traduisant par un comportement verbal ou non verbal ou des attitudes inconscientes<sup>2</sup> et ayant potentiellement pour conséquence, une discrimination dans la prise en charge des patientes et patients racisés. Dans une perspective sociologique, le terme «racisé» permet de nommer toutes les personnes concernées par de potentielles discriminations racistes.<sup>3</sup> Ce terme est préféré à «personne de couleur» car il permet de mettre en avant les dynamiques structurelles racistes n'épargnant pas le domaine médical.

Ce deuxième article d'une série sur le racisme dans les soins<sup>4</sup> présente les enjeux relatifs aux biais implicites en détaillant leurs origines et leurs influences dans la prise en charge des patientes et patients racisés. Pour des raisons de brièveté, il se limite à la question des biais implicites raciaux à l'égard des patients. Nous reconnaissons l'existence de préjugés implicites à l'égard des soignants et soignantes et d'autres formes de préjugés implicites (sexisme, âgisme, xénophobie) qui ont un impact significatif sur les issues cliniques et justifient des discussions plus approfondies sur les approches intersectorielles.

## BIAIS IMPLICITES

Parce qu'il fait référence à la fois aux stéréotypes et aux préjugés,<sup>5</sup> le terme de biais (*bias* en anglais) est particulièrement adapté pour décrire les comportements potentiellement discriminants des soignants envers les patientes et patients racisés. Les biais implicites s'opposent aux biais explicites qui sont généralement le reflet des croyances et attitudes d'un individu.<sup>6</sup> Les biais explicites sont exprimés ouvertement et l'individu estime agir en concordance avec ses croyances.<sup>7</sup> Le syndrome méditerranéen, par exemple, s'inscrit dans cette catégorie de biais. Lorsqu'un ou une soignante élicite un *syndrome* méditerranéen chez un ou une patiente, il ou elle dévalue, alors, consciemment l'intensité de la douleur de la patiente ou du patient du fait de son origine.<sup>8</sup>

À la différence des biais explicites, l'individu n'a généralement pas conscience des biais implicites, il y a donc souvent un décalage entre ce que la soignante ou le soignant désire faire et ce qu'elle ou il fait réellement.<sup>9</sup> Les biais implicites reflètent l'intériorisation des normes et hiérarchies sociales. Par exemple, un médecin pourrait décider d'accentuer le temps consacré à la prévention durant sa consultation en présupposant une faible littératie en santé de sa patiente ou de son patient. Ainsi, les soignantes et soignants, bien que désireux d'offrir un soin équitable, peuvent, malgré tout, être

<sup>a</sup>Doctorante, Institut de recherches sociologiques, Université de Genève, Uni-Mail, 1211 Genève 4, <sup>b</sup>Département vulnérabilités et médecine sociale, Centre universitaire de médecine générale et de santé publique, Unisanté, 1011 Lausanne, <sup>c</sup>Département épidémiologie et systèmes de santé, Recherche et développement, Unisanté, 1011 Lausanne, <sup>d</sup>Institut des humanités en médecine, Centre hospitalier universitaire vaudois, Université de Lausanne, 1011 Lausanne  
elise.blandenier@etu.unige.ch | jean.ngassop@unisante.ch | kevin.morisod@unisante.ch  
veronique.grazioli@unisante.ch | nolwenn.buhler@unisante.ch | kevin.dzi@chuv.ch  
brigitte.pahud@unisante.ch | patrick.bodenmann@unisante.ch | rainer.tan@unisante.ch  
\*Le premier volet de cet article: «Racisme dans les soins (partie 1): un enjeu d'équité en santé» est paru dans la RMS du 4 décembre 2024. DOI:2024.20.898.2302

TABLEAU 1

## Manifestations des biais implicites raciales dans les soins

## Communication patient-soignant

- Consultations plus courtes avec moins d'informations
- Discussions moins participatives
- Altération de la compréhension patient-soignant
- Discussions moins «patient-centrées»

## Traitement différentiel

- Traitements inadéquats des douleurs liés à de fausses croyances sur la tolérance à la douleur des patients noirs et croyances erronées sur l'abus d'opioïdes

## Évaluation d'urgence

- Sous-estimation de l'urgence de nombreuses situations cliniques, y compris les douleurs thoraciques
- Plus grand nombre de césariennes médicalement injustifiées

discriminants à leur insu du fait de leurs croyances et de leurs stéréotypes. Les biais implicites s'illustrent, dans toute forme d'interactions humaines,<sup>10</sup> influencent nos actions<sup>11</sup> et peuvent nous inciter à présenter une réponse inadéquate à une problématique donnée.<sup>12</sup>

En se basant sur les résultats d'un test librement accessible en ligne évaluant les biais implicites (the Implicit Association Test (IAT): <https://implicit.harvard.edu/implicit/takeatest.html>) complété plus de 2 millions de fois par des participants du monde entier, on constate que les biais implicites sont largement et universellement répandus.<sup>13</sup> Or, ceux-ci ont des conséquences concrètes sur les prises en charge et l'accessibilité à des soins de qualité dans le système sanitaire.<sup>14</sup> Les biais implicites peuvent se présenter dans différents contextes (tableau 1) et mener à des erreurs ou à des retards dans les diagnostics et les traitements<sup>15</sup> et représentent donc un enjeu de santé qu'il est primordial d'aborder dans un souci d'équité et de qualité des soins.

## BIAS IMPLICITES DANS LA COMMUNICATION SOIGNANT-PATIENT

Les biais implicites peuvent transparaître dans les interactions patient-soignant. En effet, une revue systématique menée sur des données récoltées entre 1995 et 2016 aux États-Unis a démontré que les patientes et patients noirs ont une qualité de communication, avec la soignante et le soignant (peu importe leur race), moins bonne que les patientes et patients blancs.<sup>16</sup> De plus, elles et ils reçoivent souvent moins d'informations, les discussions sont moins participatives, moins compréhensives, moins centrées et parfois les interactions sont plus courtes.<sup>16-18</sup> Il est inquiétant de constater qu'en psychiatrie, des discriminations racistes ont également été démontrées dans l'usage plus fréquent de moyens coercitifs (mesures limitatives de liberté ou traitements d'urgence par injection) chez les patientes et patients racisés.<sup>19</sup>

L'expérience négative des patientes et patients racisés et le pressentiment des biais implicites des soignantes et soignants

<sup>a</sup>Dans cette étude, les chercheurs ont utilisé des vignettes imagées fabriquées par l'intelligence artificielle représentant des personnes issues de différentes parties du monde. La commande pour générer les images a été la suivante: homme ou femme de 50 ans; blanc; noir; nord-africain; asiatique portant un t-shirt blanc; une main sur la poitrine; visage exprimant une forte douleur.

influencent également les rapports entre patients et soignants.<sup>17</sup> Les patientes et patients ayant perçu des biais racistes chez les soignantes et soignants sont moins susceptibles d'adhérer aux traitements proposés<sup>20</sup> et de solliciter des soins.<sup>21</sup>

## BIAS IMPLICITES DANS LE TRAITEMENT DES DOULEURS

Le traitement inégal de la douleur est un exemple de conséquences néfastes des biais implicites dans la pratique médicale. Aux États-Unis, selon une méta-analyse, une patiente ou un patient noir a 22% moins de probabilités de recevoir une antalgie et 29% moins d'obtenir une antalgie à base d'opioïdes qu'une patiente ou un patient blanc alors que l'indication s'y prête.<sup>22</sup> Selon des études s'intéressant à l'évaluation de la douleur par des cliniciennes et cliniciens confrontés à des cas hypothétiques divers, malgré une présentation clinique identique, les patientes et patients noirs se voyaient systématiquement attribuer des notes de douleur inférieures aux patientes et patients blancs et ainsi, se voyaient proposer moins d'antalgiques.<sup>23-25</sup> Ces résultats inquiétants peuvent s'expliquer en partie. En effet, une étude américaine menée auprès d'étudiantes et d'étudiants de médecine et médecins-assistants blancs a démontré que 50% d'entre elles et eux croyaient au moins à l'une des fausses croyances suivantes: a) les terminaisons nerveuses des personnes noires sont moins sensibles que celles des personnes blanches; b) la peau des personnes noires est plus épaisse que celle des personnes blanches et c) le sang des personnes noires coagule plus rapidement que celui des personnes blanches.<sup>24</sup> À noter que même si certains cliniciens pensaient que les patientes et patients noirs ressentait plus de douleur que les patientes et patients blancs, ils ne proposaient pas pour autant plus d'analgésiques, ce qui démontre la complexité des biais implicites. Un autre facteur pouvant contribuer à l'inégalité des traitements antalgiques est l'existence de fausses croyances concernant l'abus d'opioïdes comme étant plus élevé chez les patientes et patients racisés,<sup>26</sup> alors qu'en réalité, aux États-Unis, il n'est pas plus fréquent chez cette catégorie de patientes et patients.<sup>27</sup>

## BIAS IMPLICITES DANS LES ÉVALUATIONS LORS D'URGENCES

Une étude menée auprès de plus de 1500 soignantes et soignants (médecins urgentistes, internes, infirmiers et infirmières) belges, français et suisses démontre que le genre et l'origine ethnique perçue<sup>a</sup> ont une influence sur l'attribution d'un degré d'urgence chez les patientes et patients présentant des douleurs thoraciques.<sup>28</sup> Cette étude et de nombreuses autres montrent qu'en comparaison à des patientes et patients blancs, les patientes et patients noirs sont moins susceptibles de recevoir des soins d'urgence (ECG, test des enzymes cardiaques, prescription d'agents antiplaquetaires et/ou de benzodiazépines) par comparaison aux patientes et patients blancs.<sup>29,30</sup> Cela s'explique très probablement en grande partie par les biais implicites des soignantes et soignants.<sup>28,31</sup> À noter que ces constatations de discrimination s'appliquent également aux femmes.<sup>32</sup>

Les biais implicites sont particulièrement présents dans des contextes d'urgence, de surcharge et de stress. Cela inclut donc les salles d'accouchements.<sup>33</sup> Ainsi plusieurs études montrent que les femmes noires étaient plus à risque de subir des césariennes médicalement injustifiées que les femmes blanches.<sup>34</sup>

## CONTEXTE SUISSE

La plupart des études attestant de l'impact négatif du racisme sur la santé des personnes racisées ont été réalisées aux États-Unis.<sup>35</sup> Or, en raison de la spécificité de son contexte historique et socioculturel, le contexte nord-américain ne permet pas d'effectuer des comparaisons satisfaisantes. Il paraît cependant raisonnable de penser que les constatations des chercheurs anglo-saxons peuvent être inférées au contexte suisse, ainsi l'histoire américaine comme celle européenne ont été «marquées par des injustices et des atrocités commises au nom d'une soi-disant supériorité raciale (ségrégation, esclavage, colonialisme, impérialisme)<sup>36</sup>». En revanche, la spécificité du contexte sociopolitique suisse a besoin d'être prise en compte et les lacunes dans la recherche à cet égard devraient être comblées au plus vite. Selon une revue systématique sur le racisme dans les soins, aucune étude en Suisse ne s'est intéressée à cette thématique.<sup>35</sup>

Dans l'une des seules études menée en Suisse évoquant le racisme dans les soins que nous avons pu identifier, Drewniak et coll. constatent que l'origine et le statut légal (utilisés ici comme proxy pour l'origine ethnique) des patientes et patients jouent un rôle significatif sur le jugement médical de l'urgence lors de la prise en charge.<sup>37</sup> À noter que cette étude n'est pas mentionnée dans la récente revue systématique citée précédemment.<sup>35</sup>

À ces actes de discriminations s'ajoutent des besoins en santé spécifiques non comblés<sup>38</sup> comme les suivis pour les comorbidités somatiques et psychiatriques mettant à mal les valeurs d'équité et d'accessibilité aux soins en Suisse.

Les recherches menées dans le monde nous incitent à une réflexion sur nos pratiques cliniques et soulignent le besoin grandissant d'étude sur les biais implicites et autres discriminations.

## QUELLES SOLUTIONS POSSIBLES?

Nous avons essayé de démontrer, dans cet article, qu'aucun médecin et plus largement aucune soignante ou soignant n'est à l'abri des biais implicites et est à risque de les voir se manifester dans ses prises en charge. Dans le premier article de cette série sur le racisme dans les soins, nous avons décrit les grands piliers structurels permettant de prévenir le racisme dans le système de soins.<sup>4</sup> Ici, nous allons nous concentrer sur les méthodes de prévention au niveau de l'individu pour réduire ses biais ou tout du moins en diminuer les conséquences, en s'inspirant du cadre conceptuel de Marcelin et coll., (figure 1).<sup>2</sup>

### Reconnaître le problème

Une première étape serait de prendre conscience que nous avons tous des biais implicites, de l'enjeu qu'ils représentent et de leurs effets délétères sur les prises en charge des patientes et patients racisés. Une façon de le faire serait de passer un test des biais implicites (Implicit Association Test).<sup>1</sup> Une recherche démontre, en 2018, que les médecins s'estimant d'une objectivité à toute épreuve (free from bias) étaient ceux qui avaient les plus mauvais résultats aux tests de biais.<sup>39,40</sup>

### Être systématique<sup>2</sup>

Les protocoles, checklists ou systèmes d'aide à la décision clinique permettent souvent de contribuer à garantir un traitement équitable à tous les patientes et patients.<sup>41</sup> Ce sont des outils de sécurité pour les patientes et patients qui permettent à la soignante et au soignant de se fixer un cadre. Il appartient aussi à la soignante et au soignant de se questionner sur sa propre pratique et de faire preuve d'introspection et de rigueur. Se questionner: Ai-je agi avec cette patiente ou ce patient comme avec les autres?

### Acquérir des compétences cliniques transculturelles

Les compétences cliniques transculturelles sont définies comme un ensemble de connaissances, d'attitudes et de savoir-faire permettant aux soignantes et soignants de prendre en soin de manière adaptée des patientes et patients d'origines diverses.<sup>42</sup> Les soignantes et soignants ayant acquis des compétences cliniques transculturelles sont plus à même

**FIG 1** Comment mitiger ses biais implicites dans les soins



#### Reconnaître le problème

- Être conscient que nous avons tous des préjugés
- Les biais implicites ont des effets délétères sur la prise en charge médicale des patients racisés



#### Se questionner

- Avant toute décision, demandez-vous : « Ai-je agi avec ce patient comme avec les autres ? »



#### Être systématique

- Suivez des protocoles ou des checklists



#### Acquérir des compétences/humilité transculturelle

- Reconnaître ces biais
- Adopter une posture d'ouverture d'esprit, d'humilité et de curiosité

de reconnaître et d'identifier leurs biais implicites afin d'éviter les conséquences négatives sur les patientes et patients racisés.<sup>43</sup> Cependant, il a récemment été avancé que les compétences transculturelles pouvaient avoir pour conséquence involontaire d'accroître les stéréotypes et de favoriser les attitudes et les comportements racistes.<sup>44</sup> En revanche, adopter une posture d'ouverture, d'humilité et de curiosité lorsque l'on est en contact avec des patientes et patients racisés peut encourager un dialogue plus ouvert.

## CONCLUSION

Il semble fondamental de rappeler que malgré l'existence de lois luttant contre le racisme, ce dernier continue à être une réalité quotidienne et constante dans notre société pour beaucoup d'entre nous. De plus, le racisme est imbriqué avec d'autres types d'inégalités liées au genre, aux revenus, etc. qui influencent également les pratiques discriminatoires dans les soins. Les biais implicites ne parviennent pas à eux seuls à expliquer les discriminations dans les soins. La répartition inégale du pouvoir et des richesses dépasse largement le contexte hospitalier et du soin. De plus, les infrastructures et les institutions hospitalières contribuent à renforcer le racisme dans les soins. Les soignantes et soignants évoluent dans ce contexte et les pratiques discriminatoires ne sont pas les seuls résultats de biais implicites.<sup>45</sup>

Comme démontré, sans intention de nuire, il est possible de commettre des discriminations sur la base de biais implicites avec des patientes et patients racisés. Ces discriminations

peuvent s'illustrer, notamment, dans des différences dans les stratégies de traitement où lors de l'évaluation dans le cadre de l'urgence, ainsi que par une détérioration de la communication entre la patiente, le patient et le prestataire de soins. Il est donc important de reconnaître nos biais implicites et leurs conséquences en gardant à l'esprit que l'intentionnalité ne régit pas forcément le résultat. Il s'agit de faire preuve de transparence, d'ouverture, et d'humilité afin de reconstruire la relation de confiance avec la patiente et le patient racisé.

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

**ORCID ID:**

K. Morisod: <https://orcid.org/0000-0002-2615-5428>

N. Bühler Viredaz: <https://orcid.org/0000-0003-2941-8032>

K. Dzi: <https://orcid.org/0000-0002-6186-465X>

P. Bodenmann: <https://orcid.org/0000-0002-1058-1035>

R. Tan: <https://orcid.org/0000-0002-9273-9632>

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les soignantes et soignants ont des biais implicites influençant les décisions cliniques à différents niveaux.
- Il est nécessaire de reconnaître ses biais implicites afin de prévenir de potentielles discriminations des patientes et patients racisés dans les soins.
- Il est possible de modérer l'impact des biais implicites en mettant en place des stratégies concrètes lors des prises en charge.

1 Sharma M, Kuper A. The elephant in the room: talking race in medical education. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2017 Aug;22(3):761-4.

2 \*\*Marcelin JR, Siraj DS, Victor R, Kotadia S, Maldonado YA. The Impact of Unconscious Bias in Healthcare: How to Recognize and Mitigate It. *J Infect Dis.* 2019 Aug 20;220(220 Suppl.2):S62-73.

3 dos Santos Pinto J, Ohene-Nyako P, Pétrémont ME, et al. *Un/doing Race* [En ligne]. Seismo Verlag AG; 2022. (Cité le 26 juillet 2022). Disponible sur: [www.seismoverlag.ch/fr/daten/un-doing-race-f/](http://www.seismoverlag.ch/fr/daten/un-doing-race-f/)

4 Ngassop JB, Morisod K, Tan R et al. Racisme dans les soins (partie 1) : un enjeu d'équité en santé. *Rev Med Suisse.* 2024.20.898.2302-6.

5 \*\*FitzGerald C, Hurst S. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Med Ethics.* 2017 Mar 1;18(1):19.

6 Quillian L. New Approaches to Understanding Racial Prejudice and Discrimination. *Annu Rev Sociol.* 2008 Jan;32(1):299-328.

7 Blair IV, Banaji MR. Automatic and Controlled Processes in Stereotype Priming. *J Pers Soc Psychol.* 1996;70(6):1142-63.

8 Dergham M, Charles R. Le «syndrome méditerranéen»: une stigmatisation par catégorisation des conduites de maladies. *Médecine.* 2020;460-4.

9 Burgess DJ, Van Ryn M, Crowley-Matoka M, Malat J. Understanding the provider contribution to race/ethnicity disparities

in pain treatment: insights from dual process models of stereotyping. *Pain Med.* 2006 Mar-Apr;7(2):119-34.

10 Staats C, Dandar V, St Cloud T, Wright RA. Proceedings of the Diversity and Inclusion Innovation Forum: Unconscious Bias in Academic Medicine [En ligne]. The Ohio State University: The Kirwan Institute for the Study of Race and Ethnicity; Association of American Medical Colleges, 2017, p. 105. Disponible sur: [https://store.aamc.org/downloadable/download/sample/sample\\_id/168/](https://store.aamc.org/downloadable/download/sample/sample_id/168/)

11 Detmer D, Fryback D, Gassner K. Heuristics and biases in medical decision-making. *J Med Educ.* 1978 Aug;53(8):682-3.

12 Toscani P. Les biais cognitifs: entre nécessité et danger. *Futuribles.* 2019 Jan;(428):73.

13 Nosek BA, Smyth FL, Hansen JJ, et al. Pervasiveness and correlates of implicit attitudes and stereotypes. *Eur Rev Soc Psychol.* 2007 Nov;18(1):36-88.

14 Zestcott CA, Blair IV, Stone J. Examining the Presence, Consequences, and Reduction of Implicit Bias in Health Care: A Narrative Review. *Group Process Intergroup Relat.* 2016 Jul;19(4):528-42.

15 Green AR, Carney DR, Pallin DJ, et al. Implicit bias among physicians and its prediction of thrombolysis decisions for black and white patients. *J Gen Intern Med.* 2007 Sep;22(9):1231-8.

16 Shen MJ, Peterson EB, Costas-Muñiz R, et al. The Effects of Race and Racial

Concordance on Patient-Physician Communication: A Systematic Review of the Literature. *J Racial Ethn Health Disparities.* 2018 Feb;5(1):117-40.

17 Hagiwara N, Penner LA, Gonzalez R, et al. Racial attitudes, physician-patient talk time ratio, and adherence in racially discordant medical interactions. *Soc Sci Med.* 2013 Jun;87:123-31.

18 Penner LA, Dovidio JF, Gonzalez R, et al. The Effects of Oncologist Implicit Racial Bias in Racially Discordant Oncology Interactions. *J Clin Oncol.* 2016 Aug 20;34(24):2874-80.

19 Spector R. Is there racial bias in clinicians' perceptions of the dangerousness of psychiatric patients? A review of the literature. *J Ment Health.* 2009 Jul;10(1):5-15.

20 Haywood C, Lanzkron S, Bediako S, et al. Perceived discrimination, patient trust, and adherence to medical recommendations among persons with sickle cell disease. *J Gen Intern Med.* 2014 Dec;29(12):1657-62.

21 Czeisler ME, Marynak K, Clarke KEN, et al. Delay or Avoidance of Medical Care Because of Covid-19-Related Concerns - United States, June 2020. *2020;69(36).*

22 Meghani SH, Byun E, Gallagher RM. Time to take stock: a meta-analysis and systematic review of analgesic treatment disparities for pain in the United States. *Pain Med.* 2012 Feb;13(2):150-74.

23 Druckman JN, Trawalter S, Montes I, et al. Racial bias in sport medical staff's perceptions of others' pain. *J Soc*

*Psychol.* 2018;158(6):721-9.

24 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.* 2016 Apr 19;113(16):4296-301.

25 Trawalter S, Hoffman KM, Waytz A. Racial bias in perceptions of others' Pain. *PLoS One.* 2012;7(11):e48546.

26 Becker WC, Starrels JL, Heo M, et al. Racial differences in primary care opioid risk reduction strategies. *Ann Fam Med.* 2011 May-Jun;9(3):219-25.

27 Becker WC. Nonmedical use of opioid analgesics obtained directly from physicians: prevalence and correlates. *Arch Intern Med.* 2011 Jun 13;171(11):1034-6.

28 Coisy F, Olivier G, Ageron FX, et al. Do emergency medicine health care workers rate triage level of chest pain differently based upon appearance in simulated patients? *Eur J Emerg Med* [En ligne]. 2023. (Cité le 16 janvier 2024). Disponible sur: <https://journals.lww.com/10.1097/MEJ.0000000000001113>

29 Banco D, Chang J, Talmor N, et al. Sex and Race Differences in the Evaluation and Treatment of Young Adults Presenting to the Emergency Department With Chest Pain. *J Am Heart Assoc.* 2022 May 17;11(10):e024199.

30 Greenberg E, Schultz E, Cobb E, et al. Racial Variations in Emergency Department Management of Chest Pain in a Community-based Setting. *Spartan Med*

- Res J [En ligne]. 2022;7(1). (Cité le 4 février 2024). Disponible sur: <https://smrj.scholasticahq.com/article/32582-racial-variations-in-emergency-department-management-of-chest-pain-in-a-community-based-setting>
- 31 Mukhopadhyay A, D'Angelo R, Senser E, et al. Racial and insurance disparities among patients presenting with chest pain in the US: 2009-2015. *Am J Emerg Med.* 2020 Jul;38(7):1373-6.
- 32 Ospel J, Singh N, Ganesh A, Goyal M. Sex and Gender Differences in Stroke and Their Practical Implications in Acute Care. *J Stroke.* 2023 Jan 31;25(1):16-25.
- 33 Saluja B, Bryant Z. How Implicit Bias Contributes to Racial Disparities in Maternal Morbidity and Mortality in the United States. *J Womens Health.* 2021 Feb;30(2):270-3.
- 34 Roth LM, Henley MM. Unequal Motherhood: Racial-Ethnic and Socioeconomic Disparities in Cesarean Sections in the United States. *Soc Probl.* 2012 May;59(2):207-27.
- 35 Hamed S, Bradby H, Ahlberg BM, Thapar-Björkert S. Racism in healthcare: a scoping review. *BMC Public Health.* 2022 May 16;22(1):988.
- 36 Mahon P. La notion de «race» dans le droit suisse: à jeter aux oubliettes? 2020. [www.ekr.admin.ch/f585.html](http://www.ekr.admin.ch/f585.html)
- 37 Drewniak D, Krones T, Sauer C, Wild V. The influence of patients' immigration background and residence permit status on treatment decisions in health care. Results of a factorial survey among general practitioners in Switzerland. *Soc Sci Med.* 2016 Jul;161:64-73.
- 38 Bodenmann P, Jackson Y, Wolff H. Vulnérabilités, diversités et équité en santé [En ligne]. Chêne-Bourg: RMS, 2018. Disponible sur: <https://boutique.revmed.ch/vulnerabilites-diversites-et-equite-en-sante-1>
- 39 Klein JG. Five pitfalls in decisions about diagnosis and prescribing. *BMJ.* 2005 Apr 2;330(7494):781-3.
- 40 O'Sullivan E, Schofield S. Cognitive bias in clinical medicine. *J R Coll Physicians Edinb.* 2018 Sep;48(3):225-32.
- 41 Beynon F, Salzmann T, Faye PM, et al. Systèmes d'aide à la décision clinique pour la pédiatrie en santé globale. *Rev Med Suisse.* 2023 Jul 26;19(836):1398-403.
- 42 White III AA, Chanoff D. Seeing patients: unconscious bias in health care. Cambridge, MA, États-Unis: Harvard University Press, 2011, 335 p.
- 43 Bodenmann P, Jackson Y, Green A, et al. Compétences cliniques transculturelles: l'expérience clinique en Suisse Romande. In: *Vulnérabilités, diversités et équité en santé* [En ligne]. 2<sup>e</sup> éd. Chêne-Bourg: RMS; 2022. Disponible sur: [www.revmed.ch/livres/vulnerabilites-diversites-et-equite-en-sante#tab=tab-shop](http://www.revmed.ch/livres/vulnerabilites-diversites-et-equite-en-sante#tab=tab-shop)
- 44 Lekas HM, Pahl K, Fuller Lewis C. Rethinking Cultural Competence: Shifting to Cultural Humility. *Health Serv Insights.* 2020 Dec 20;13:117863292097058.
- 45 Andaya E. Race-ing Time: Clinical Temporalities and Inequality in Public Prenatal Care. *Med Anthropol.* 2019 Nov-Dec;38(8):651-63.

**\*\* à lire absolument**