**Les Disparités Raciales**

Écrit par: Xuan Lan Tran

Tout au long de l’histoire, le racisme systémique dans le domaine de la médecine a coûté la vie à des personnes appartenant au races noires, autochtones, et en général, les personnes de couleur autour du monde. Par contre, plus récemment, le virus COVID-19 révèle que la discrimination raciale dans les systèmes de soins de santé apparait à cause des disparités établies en matière d’occupation, de logement, et de statut socio-économique. Les préjugés et les stéréotypes qui ont eu lieu dans l’histoire de l’humanité, ainsi que des statistiques offertes au public donnant aucun ou un peu de contexte, peuvent mener le public général à néglige encore plus des communautés déjà racialement marginalisées

D’après le Journal de Médecine de New England, des données venant de Wisconsin et de Michigan du début avril montrent que le pourcentage de noirs qui ont été affectés par la pandémie était deux fois plus élevé que la quantité de noirs dans la région elle-même. Des disparités équivalentes à celles mentionnées ci-dessus ont également été retrouvées dans d’autres régions. Les épidémies et les catastrophes naturelles provenant du passé suggèrent que les populations socialement marginalisées souffriront le plus. Cependant, montrant des chiffres isolées qui démontrent la façon dont COVID-19 affecte de manière disproportionnée les minorités raciales avec l’intention de sensibiliser et de lutter contre le racisme pourrait en fait entraîner l’effet inverse: des statistiques non contextualisées peuvent mener les gens à croire que les différences génétiques, uniques chez les minorités raciales, les rends plus susceptible à cette maladie.

Des chiffres bruts sans analyse peuvent aussi mener à des stéréotypes raciaux vis à vis de personnes de couleurs. Par exemple, durant l’épidémie de tuberculose du 20eme siècle, les noirs américains n’étaient pas pris en considération car ils étaient considérés trop entêtés pour pratiquer une hygiène adéquate. Des stéréotypes similaires ont affecté les asiatiques et les latino-américains. Ces problèmes liés au manque de données contextualisées peuvent mener à ignorer des disparités raciales avec la conviction que les statistiques de COVID-19 plus hautes au sein de minorités raciales sont simplement innées et ne peuvent pas être améliorées. Selon le sociologue Loic Wacquant, les données propagées sans analyse peuvent poser des divisions géographiques et empirer la marginalisation de minorités raciales. Wacquant nomme ce phénomène « stigmatisation territoriale ». En appliquant ce principe de stigmatisation territoriale à la pandémie de COVID-19, on remarque que certaines communautés qui sont déjà en difficultés peuvent souffrir encore plus à cause du monitoring et de l’examen minutieux quasi oppressif dont ils font l’objet, de la tendance à les considérer comme bouc-émissaires ou tout simplement de leur aliénation par le grand public.[[1]](#footnote-0)

Le Centre de Contrôle et de Protection des Maladies (CDC) a publié un article qui consiste de plusieurs sources qui servent à analyser les inégalités raciales dues au COVID-19. Comme ils l’ont indiqué dans leur article, les disparités historiquement mises en œuvre dans les établissements médicaux contribuent à des taux d'hospitalisation, d’infection, et de décès plus élevés au BIPOC. Les effets que les déterminants sociaux ont sur la COVID-19 sont également notables. Les facteurs tels que une probabilité plus élevée d'être non assuré chez les Américains blancs non-hispaniques[[2]](#footnote-1), des barrières culturelles ou linguistiques dans les domaines de soins de santé,[[3]](#footnote-2) le manque de transports accessible et la discrimination dans les systèmes qui sont censés contribuer à la santé et au bien-etre contribuent tous à l’élévation des taux de COVID-19 chez les BIPOC. Certaines minorités raciales peuvent également se méfier et éviter les systèmes de système à cause d’expérience antérieure concernant des inégalités dans le traitement, ou à cause du contexte historique de ces inégalités, tels que les exemples de stérilisations forcés dans le domaine médical ou les taux de mortalité maternelle beaucoup plus élevés chez les femmes appartenant à une minorité raciale. [[4]](#footnote-3)

Les disparités professionnelles ont également un rôle dans les inégalités liées au COVID-19. Certaines minorités raciales ou ethniques dans des domaines qui sont considérés comme étant essentiels, tel que le transport public, les fermes, les usines, les épiceries, ou établissements de soins de santé[[5]](#footnote-4). Tous ces domaines sont méconnus, bien que leurs travailleurs soient considérés “essentiels” dans la pandémie, et donc, les conditions de travail dans lesquelles ils se retrouvent entraînent un risque d’infection au COVID-19 plus élevé. La plupart de ces occupations consistent de facteurs risqués qui ont un effet directe sur l’infection, comme être incapable d’accepter un congé de maladie payé, la nécessité du contacte physique avec les consommateurs ou d’autres collégues, ou l’incapacité de travailler à distance. 17% des travailleurs noirs travaillent dans les domaines de première ligne, avec plus de 25% qui travaillent dans le domaine du transport public.

À cause des barrières éducatives, quelques minorités raciales pourraient avoir moins de variétés d’emplois à choisir, ce pourrait faire qu’ils se retrouvent dans un emploi moins stable et moins coûteux. Un exemple de cette instabilité professionnelle est devenu évident lors de l'augmentation du taux de chômage en avril a était 16,7% pour les Américains Noirs, tandis qu’il était 14,2% pour les Américains Blancs.[[6]](#footnote-5) Ce manque de flexibilité professionnelle mène aux disparités professionnelles susmentionnées, et en plus des disparités économiques, les minorités raciales sont obligées de prendre des travaux qui les mettront à risque de contracter le COVID-19.

Enfin, il est fort probable que les minorités raciales et/ou ethniques se retrouveront dans des lieux surpeuplés, ce qui rend leur pratique des mesures préventives, telle que la distanciation sociale, plus difficile. De même, les taux de chômage disproportionnés pour les BIPOC à cause du COVID-19 mèneront à des plus grandes chances d’itinérance, d’éviction, ou de partage de logement. [[7]](#footnote-6) [[8]](#footnote-7)

Des données publiées dans Lancet provenant de 50 études avec 18,728,893 patients menée au États-Unis et au Royaume Uni montrent que les individus noirs et asiatiques ont une forte probabilité de contracter le COVID-19. D’autres données ont également montrer que les individus asiatiques pourraient avoir une forte probabilité d'admission d'UIT et de décès dus au COVID-19, même avec le sexe / genre, l'âge et les conditions coexistantes (mais ces études n’ont pas encore étés révisés par d’autres.) Dans ces études, il s’est avéré que les personnes Noirs sont deux fois plus susceptible à une infection au COVID-19 à un ratio ajusté du pool de 2.02:1 comparativement aux personnes Blanches, alors que les asiatiques et latinx sont également plus susceptible à une infection qu’aux blancs, ayant des taux de 1.61 et 1.77, respectivement. Concernant les taux de mortalité en lien direct avec l’ethnicité, des études démontrent que les individus asiatiques sont plus à risque de mourir contrairement aux individus blancs ayant un ratio de 0.23:0.22, mais lors de la révision extérieur, ce haut risque a été baissé. Les analyses ajustées ne montrent pas un haut risque pour les individus noirs et latinx.[[9]](#footnote-8)

Les conclusions de ces études impliquent que l'impact sévère du COVID-19 sur les communautés noires, asiatiques, et latin est largement à cause du taux d’infection disproportionnée. Plusieurs facteurs peuvent expliquer pourquoi il y a un plus grand risque d’infection, et même, de mort parmi ces groupes minoritaires. Des individus noirs, asiatiques, et latinx pourraient habiter dans des ménages intergénérationnels pour des raisons culturelles. À partir de 2009, les Américains asiatiques consistent de 26% des ménages intergénérationnels, les Américains noirs étant 24% des ménages intergénérationnels, et les Américains latinx qui consistent de 23% des ménages intergénérationnels- ce qui a entraîné des conditions surpeuplés dans tous les cas.[[10]](#footnote-9) De plus, les statut socio-économiques inférieures parmi ces minorités raciales augmentent la probabilité de résidences avec plus d’installations communes et de zones partagées. Dans une enquête démographique actuelle faite par le Bureau of Labor Statistics pour l’année 2018, des recherches ont montré que les travailleurs noirs avaient plus de chances de se trouver dans des domaines qui exigeait une proximité étroite avec les autres et une soumission chronique à des conditions infectieuses.[[11]](#footnote-10) Les asiatiques ont également un risque d’infection fatale, même quand les comorbidités telles que le diabète et les conditions cardiovasculaires sont invoquées. Le rapport le plus récent provenant du Centre National d'Audit et de Recherche sur les Soins Intensifs montre que les personnes noires et asiatiques ont été hospitalisées et placées dans l’unité de soins intensifs de façon disproportionnés. [[12]](#footnote-11)

Le racisme systémique a démontré sa contribution aux disparités raciales à travers des données cliniques concernant le COVID-19. Le racisme existe sur des niveaux individuels, communautaires, organisationnels, et institutionnels, qui mènent tous à la discrimination, l’oppression, et la marginalisation contre les minorités ethniques. Appliqué aux soins de santé, ceci crée des disparités dans le traitement et les soins, des obstacles à l’accès aux soins, de la méfiance, et du stress psychosocial. Des pouvoirs économiques et politiques ont abouti à des inégalités raciales dans le statut socio-économique et provoquent taux et risques plus élevés d'infection, d'hospitalisation et de décès. Par conséquent, cette pandémie devient un problème syndémique à la fois au RU et aux EU. [[13]](#footnote-12) [[14]](#footnote-13)

1. Chowkwanyun, Merlin, and Adolph L. Reed. “Racial Health Disparities and Covid-19 — Caution and Context.” *New England Journal of Medicine*, vol. 383, no. 3, 2020, pp. 201–203., doi:10.1056/nejmp2012910. [↑](#footnote-ref-0)
2. Institute of Medicine. 2002. *Care Without Coverage: Too Little, Too Late*. Washington, DC: The National

   Academies Press. https://doi.org/10.17226/10367. [↑](#footnote-ref-1)
3. Institute of Medicine. 2003. *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington, DC: The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/10260. [↑](#footnote-ref-2)
4. Pagán, Angélica Marie, et al. “Spring 2020 Journal: Mitigating Black Maternal Mortality.” Edited by Lisa McCorkell et al., *Berkeley Public Policy Journal*, 13 Apr. 2020, bppj.berkeley.edu/2020/04/13/spring-2020-journal-mitigating-black-maternal-mortality/. [↑](#footnote-ref-3)
5. “Composition of the Labor Force.” *U.S. Bureau of Labor Statistics*, U.S. Bureau of Labor Statistics, 1 Oct. 2019, www.bls.gov/opub/reports/race-and-ethnicity/2018/home.htm. [↑](#footnote-ref-4)
6. Gould, Elise, and Valerie Wilson. “Black Workers Face Two of the Most Lethal Preexisting Conditions for Coronavirus-Racism and Economic Inequality.” *Economic Policy Institute*, 1 June 2020, www.epi.org/publication/black-workers-covid/. [↑](#footnote-ref-5)
7. “Race And Education: How Race Affects Education.” *The Annie E. Casey Foundation*, 25 Nov. 2006, www.aecf.org/resources/race-matters-how-race-affects-education-opportunities/#:~:text=Embedded%20racial%20inequities%20produce%20unequal,opportunity%20for%20achieving%20educational%20success.&text=This%20is%20part%20of%20a%20comprehensive%20Race%20Matters%20toolkit. [↑](#footnote-ref-6)
8. “Health Equity Considerations and Racial and Ethnic Minority Groups.” *Centers for Disease Control and Prevention*, Centers for Disease Control and Prevention, 24 July 2020, www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/health-equity/race-ethnicity.html#fn19. [↑](#footnote-ref-7)
9. Sze, Shirley, et al. *Ethnicity and Clinical Outcomes in COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis*, vol. 29, 12 Nov. 2020, doi:https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100630. [↑](#footnote-ref-8)
10. “Chapter 3: Demographics of Multi-Generational Households.” *Pew Research Center's Social & Demographic Trends Project*, 31 Dec. 2019, www.pewsocialtrends.org/2011/10/03/chapter-3-demographics-of-multi-generational-households/#race-and-ethnicity. [↑](#footnote-ref-9)
11. “Composition of the Labor Force.” *U.S. Bureau of Labor Statistics*, U.S. Bureau of Labor Statistics, 1 Oct. 2019, www.bls.gov/opub/reports/race-and-ethnicity/2018/home.htm. [↑](#footnote-ref-10)
12. Richards-Belle, Alvin et al. “COVID-19 in critical care: epidemiology of the first epidemic wave across England, Wales and Northern Ireland.” *Intensive care medicine* vol. 46,11 (2020): 2035-2047. doi:10.1007/s00134-020-06267-0 [↑](#footnote-ref-11)
13. “Health Equity Considerations and Racial and Ethnic Minority Groups.” *Centers for Disease Control and Prevention*, Centers for Disease Control and Prevention, 24 July 2020, www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/health-equity/race-ethnicity.html#fn19. [↑](#footnote-ref-12)
14. Sze, Shirley, et al. *Ethnicity and Clinical Outcomes in COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis*, vol. 29, 12 Nov. 2020, doi:https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100630. [↑](#footnote-ref-13)