

Le racisme dans les hôpitaux suisses du point de vue des médecins noir·e·s : un problème structurel ?

Mémoire de maîtrise en sciences sociales
Pilier Migration et Citoyenneté

Manon Cretton

Directeur : Professeur Gianni d'Amato
Expert : Professeur Didier Ruedin

Août 2026

Résumé

Ce mémoire en sciences sociales s'intéresse aux expériences de racisme vécues par des médecins noir·e·s exerçant dans des hôpitaux suisses. À travers une approche qualitative fondée sur six entretiens semi-directifs, il cherche à comprendre comment ces professionnel·le·s perçoivent et interprètent les discriminations rencontrées au cours de leur parcours de formation et de leur pratique médicale. Alors que les recherches sur le racisme dans le domaine de la santé se concentrent principalement sur les patient·e·s, cette étude met en lumière les vécus d'un groupe encore peu étudié en Suisse.

Les résultats de cette recherche montrent que le racisme se manifeste sous des formes variées, allant de microagressions quotidiennes à des différences de traitement plus subtiles dans les relations avec les collègues, la hiérarchie ou les patient·e·s. Les participant·e·s rapportent notamment une remise en question récurrente de leurs compétences, une nécessité de faire davantage leurs preuves ainsi qu'une reconnaissance institutionnelle souvent limitée des situations de discrimination. Si certains épisodes relèvent du racisme ordinaire, l'analyse met également en évidence des mécanismes institutionnels et structurels plus difficiles à identifier.

Cette recherche montre ainsi que le racisme dans le milieu hospitalier suisse ne se réduit pas uniquement à des comportements individuels isolés, mais peut s'inscrire dans des logiques plus larges de racialisation, de stéréotypisation et de reproduction des inégalités. Elle souligne également les difficultés rencontrées pour reconnaître, nommer et dénoncer ces expériences, ainsi que les stratégies développées par les personnes concernées pour y faire face. Enfin, ce travail contribue à rendre visibles des réalités encore peu documentées dans le contexte suisse et participe à la réflexion sur les inégalités raciales au sein des institutions de santé.

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier chaleureusement les participant·e·s qui ont accepté de partager leur expérience et leur vécu dans le cadre de cette recherche. Leur confiance, leur disponibilité et la richesse de leurs témoignages ont constitué le cœur de ce mémoire. Sans leur participation, ce travail n'aurait pas pu voir le jour.

Je souhaite également adresser mes sincères remerciements à mon directeur de mémoire, le Professeur Gianni d'Amato, pour son accompagnement, ses conseils précieux et son soutien tout au long de ce travail. Ses remarques, ses réflexions et ses encouragements ont contribué à enrichir cette recherche et à la faire évoluer.

Je remercie également mes proches et mes collègues universitaires pour leur soutien précieux tout au long de ce mémoire. Je leur suis particulièrement reconnaissante d'avoir contribué à faire connaître ma recherche, d'en avoir parlé autour d'eux et elles, et d'avoir pris le temps de contacter des médecins afin de faciliter le recrutement des participant·e·s. Leur aide, leur implication et leur disponibilité ont joué un rôle essentiel dans la réalisation de ce mémoire. Je les remercie aussi pour leur présence, leurs encouragements et le temps consacré à la relecture de ce travail.

Enfin, je remercie toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à l'aboutissement de ce mémoire.

Avant-propos

Dans ce mémoire, une écriture épiciène est privilégiée afin de favoriser une représentation plus inclusive des différents genres et d'éviter que le masculin soit utilisé comme forme neutre. Le point médian « · » est employé à cette fin tout au long du texte. Toutefois, afin de respecter fidèlement les propos des personnes interrogées ainsi que les formulations utilisées par les auteurices mobilisé·e·s dans la littérature, les citations sont reproduites dans leur forme originale et n'ont pas été modifiées.

Table des matières

1. Chapitre introductif.....	1
2. Revue de la littérature	3
2.1. Le cadre légal suisse sur les discriminations raciales.....	3
2.2. Le racisme en Suisse : chiffres et tendances générales.....	4
2.2.1. Domaines où se produit la discrimination raciale.....	5
2.2.2. Manifestations du racisme.....	5
2.2.3. Profil des victimes	6
2.3. Le rapport du SFM (2022) sur le racisme structurel et autres études.....	7
2.3.1. Discrimination raciale dans l'emploi.....	8
2.3.2. Discrimination raciale dans la santé.....	9
2.4. Discrimination raciale : le cas du racisme anti-Noir·e·s (raN) en Suisse : chiffres et manifestations	11
3. Cadre théorique	15
3.1. Les fondements psychosociaux de la discrimination.....	15
3.1.1. Attitudes, identité sociale, ethnocentrisme, catégorisation sociale	15
3.1.2. Préjugés et stéréotypes.....	15
3.1.3. Représentations sociales et stigmatisation	16
3.1.4. Différentes formes de discrimination	17
3.2. Le racisme	19
3.2.1. Origine.....	19
3.2.2. « Race » et racialisation	19
3.2.3. Le racisme : définition et manifestations	20
3.2.4. Racisme structurel	21
3.2.5. Racisme institutionnel.....	22
3.2.6. Racisme au quotidien.....	23
3.2.7. Racisme anti-Noir·e·s	24
3.2.8. Privilège blanc et principe de color-blindness.....	25
4. Méthodologie	27
4.1. Type de recherche et approche générale	27
4.2. Terrain de recherche.....	27
4.3. Population et échantillon	27
4.4. Méthode de collecte des données	29
4.5. Réflexivité sur ma position en tant que chercheuse blanche.....	30
4.6. Considérations éthiques.....	32
4.7. Analyse des données.....	33
4.8. Limites de la recherche	34
5. Analyse	37
5.1. Formation médicale	37
5.1.1. Le thème du racisme peu présent dans la formation médicale.....	37
5.1.2. Des études généralement vécues positivement.....	39
5.1.3. Les stages comme premiers lieux de confrontation aux discriminations.....	40
5.2. Embauche.....	41

5.2.1. Une insertion professionnelle généralement facilitée.....	41
5.2.2. La nécessité de prouver davantage ses compétences	42
5.2.3. Nationalité, pays de formation et reconnaissance des qualifications	42
5.2.4. Des opportunités inégalement réparties.....	43
5.3. Relations avec les collègues	44
5.3.1. Des relations généralement positives.....	44
5.3.2. Les microagressions du quotidien	45
5.3.3. Être constamment identifié comme différent	47
5.3.4. Entre racisme, xénophobie et concurrence professionnelle	49
5.3.5. Des différences de traitement souvent indirectes.....	50
5.3.6. Des expériences difficiles à nommer et à faire reconnaître	51
5.4. Relations avec la hiérarchie.....	52
5.4.1. Des relations généralement positives avec la hiérarchie.....	52
5.4.2. Des comportements et propos discriminants souvent implicites	52
5.4.3. Des comportements parfois ouvertement racistes.....	55
5.4.4. Des différences de traitement récurrentes	56
5.4.4.1. Des avantages et des opportunités inégalement distribués.....	56
5.4.4.2. Une charge de travail plus importante.....	57
5.4.4.3. Une reconnaissance inégale du travail accompli.....	57
5.4.4.4. Moins de confiance et davantage de surveillance.....	58
5.4.4.5. Des sanctions perçues comme plus sévères	58
5.4.4.6. Des promotions et opportunités plus difficiles à obtenir	59
5.4.5. Le manque de soutien hiérarchique	60
5.4.6. Le déni du racisme et la difficulté à faire reconnaître le problème.....	62
5.4.7. Un profil récurrent des auteurs de comportements discriminatoires.....	63
5.5. Relations avec les patient·e·s	64
5.5.1. Des relations majoritairement positives.....	64
5.5.2. Une confiance qui doit parfois être gagnée.....	65
5.5.3. De racisme ordinaire au refus de soins	66
5.5.4. Le poids des stéréotypes dans la relation de soin	68
5.5.5. Entre ignorance, maladresse et racisme	69
5.5.6. L'absence d'un profil unique	70
5.6. Institutions hospitalières face au racisme	71
5.6.1. Une reconnaissance institutionnelle encore limitée.....	71
5.6.2. Des politiques présentes sur le papier	72
5.6.3. Un décalage entre les politiques et leur mise en pratique	72
5.6.4. Une confiance limitée dans les mécanismes de signalement.....	73
5.6.5. Un sujet tabou et souvent minimisé.....	74
5.6.6. Un racisme difficile à identifier et à nommer	76
5.6.7. Entre problème individuel et problème structurel	77
5.7. Des stratégies variées face au racisme	78
5.7.1. Entre silence, évitement et protection de soi.....	79
5.7.2. Dénoncer lorsque cela paraît possible.....	79
5.7.3. S'adapter aux stéréotypes et démontrer sa compétence.....	79
5.7.4. Chercher du soutien et favoriser le dialogue.....	80
6. Discussion : le racisme présent en Suisse dans les hôpitaux est-il structurel ?	81
6.1. Le caractère ordinaire du racisme structurel	81
6.2. La blancheur comme norme implicite de la profession médicale	82
6.3. L'invisibilisation du racisme comme mécanisme de reproduction des inégalités	84
6.4. L'articulation entre « race », nationalité et autres rapports sociaux.....	85

6.5. Le coût du racisme : devoir constamment faire ses preuves	87
6.6. Une réalité hétérogène et contextualisée	89
7. <i>Conclusion</i>	91
8. <i>Bibliographie</i>	95
9. <i>Annexes</i>	101

1. Chapitre introductif

Longtemps considéré comme un phénomène marginal ou limité à quelques actes isolés, le racisme fait aujourd'hui l'objet d'une attention croissante en Suisse. Les mobilisations antiracistes, notamment à la suite de la mort de George Floyd aux États-Unis en 2020 et de l'essor du mouvement Black Lives Matter, ont contribué à rendre plus visibles des réalités souvent peu discutées dans l'espace public suisse (dos Santos Pinto et al., 2022 ; Mugglin et al., 2022). Ces dernières années, les médias, les institutions et le monde académique se sont davantage intéressés aux discriminations raciales ainsi qu'aux mécanismes institutionnels et structurels qui les sous-tendent. Cette visibilité contraste toutefois avec le manque de connaissances qui subsiste concernant certaines formes de racisme et les expériences vécues par les personnes concernées.

En Suisse, les discriminations raciales sont pourtant relativement bien étudiées. Les données des centres de conseil, les enquêtes nationales ainsi que plusieurs travaux scientifiques montrent que les personnes racisées continuent de faire face à des inégalités dans différents domaines de la vie sociale, notamment l'emploi, le logement, l'éducation ou encore la santé (Liard, 2025 ; Mugglin et al., 2022). Les personnes noires rapportent régulièrement des expériences de racisme prenant la forme de remarques, de stéréotypes, de traitements différenciés ou de microagressions quotidiennes. Souvent répétées et banalisées, ces expériences peuvent être difficiles à dénoncer ou à faire reconnaître, tout en ayant des conséquences importantes sur les personnes concernées (Liard, 2025).

Le domaine de la santé n'échappe pas à ces dynamiques. Les recherches existantes ont principalement porté sur les discriminations envers les patient·e·s issu·e·s de la migration ou appartenant à des minorités raciales. Ces travaux mettent en évidence des différences de prise en charge, des biais implicites ou encore l'influence de stéréotypes raciaux dans les pratiques médicales (Mugglin et al., 2022 ; Blandenier et al., 2025a ; Blandenier et al., 2025b). En revanche, les expériences des professionnel·le·s de santé, et plus particulièrement des médecins noir·e·s, ne sont que très peu étudiées en Suisse. Pourtant, les hôpitaux constituent des espaces où se mêlent rapports hiérarchiques, normes professionnelles et relations de pouvoir, susceptibles de favoriser ou de reproduire certaines inégalités.

Cette recherche s'inscrit dans une perspective sociologique qui s'appuie sur les travaux portant principalement sur le racisme structurel. Elle repose sur l'idée que le racisme ne se limite pas à des comportements individuels explicitement hostiles comme on pourrait penser, mais peut également prendre la forme de mécanismes souvent invisibles qui influencent les trajectoires, les opportunités et les interactions quotidiennes des personnes concernées.

L'objectif de ce mémoire est de comprendre comment certain·e·s médecins noir·e·s exerçant en Suisse vivent et interprètent leurs expériences professionnelles au sein des institutions hospitalières. Plus spécifiquement, cette recherche vise à : identifier les formes de racisme auxquelles ils et elles peuvent être confronté·e·s ; analyser les réponses institutionnelles apportées à ces situations ; examiner dans quelle mesure ces expériences révèlent des mécanismes de racisme structurel ; et contribuer à rendre visibles des réalités encore peu documentées dans le contexte suisse.

La question de recherche qui guide ce travail est la suivante :

Comment les expériences de certain·e·s médecins noir·e·s exerçant dans les hôpitaux suisses permettent-elles de comprendre les manifestations concrètes du racisme structurel dans les institutions médicales ?

Pour répondre à cette question, six entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de médecins noir·e·s exerçant ou ayant exercé dans des hôpitaux suisses. L'analyse de leurs récits permet notamment d'explorer les formes de discrimination rencontrées ainsi que les mécanismes institutionnels susceptibles de contribuer à leur reproduction ou, au contraire, à leur remise en question.

Enfin, il est primordial de rappeler que les personnes noires interrogées ne constituent pas un groupe homogène et qu'il n'existe pas d'expérience unique du racisme (Sabbagh, 2022). Les résultats présentés dans ce mémoire ne prétendent donc pas refléter l'ensemble des expériences des médecins noir·e·s en Suisse, étant donné le nombre restreint d'entretiens, mais apportent un regard sur les réalités vécues par les participant·e·s rencontrés dans le cadre de cette recherche.

2. Revue de la littérature

2.1. Le cadre légal suisse sur les discriminations raciales

En Suisse comme à l'international, le mot « race » est principalement utilisé dans le droit pour parler des lois contre la discrimination (Mahon et al., 2019). Ici, le terme de « race » n'est pas utilisé en tant que réalité biologique, mais comme une construction sociale qui vise à exclure ou à hiérarchiser certains individus (Mahon et al., 2019 ; Mazouz, 2020). Depuis l'entrée en vigueur de la Nouvelle Constitution fédérale, datant du 1^{er} janvier 2000, la discrimination est proscrite, selon l'alinéa 2 de l'article 8 de la Constitution Fédérale. Cet article a notamment pour but de protéger la dignité humaine. Porter atteinte à la dignité humaine signifie tenir des propos ou commettre des actes qui « *touchent l'essence même de la personnalité d'une personne ou d'une collectivité en la considérant comme inférieure, ou en lui niant la qualité humaine ou le droit à l'existence* »¹ (Confédération Suisse, 2021, p. 23). Depuis 1995, le Code pénal suisse (art. 261bis CP et art. 171c Code pénal militaire (CPM RS 321.0) protège différents groupes contre les discriminations se basant sur l'origine ethnique, religieuse ainsi que sur la « race » et depuis 2020, sur l'orientation sexuelle (Mahon et al., 2019). Cet article « *interdit diverses formes d'incitation raciste adressées dans l'espace public (incitation à la haine ou diffusion d'idéologies racistes)* » (Confédération Suisse, 2021, p. 10).

Pour beaucoup, la Suisse ne fait pas suffisamment pour lutter contre le racisme et les discriminations raciales. Parmi les reproches faits se trouve le fait que le cadre juridique est incomplet et souvent dépassé par rapport à la réalité actuelle (Confédération, 2021). En effet, il manquerait de mesures concrètes telles que la prévention et la sensibilisation ainsi que des interventions non juridiques pour s'attaquer au racisme de manière durable, même si une protection légale est primordiale (Liard, 2025). Cependant, aujourd'hui, au niveau fédéral, seules la Constitution (art. 8 Cst.) et la norme pénale (art. 261bis CP) abordent clairement la question des discriminations raciales. Selon le Service de Lutte contre le Racisme (SLR), ce n'est pas suffisant car le droit civil suisse ne protège pas assez contre la discrimination raciale. En effet, « *seul le droit pénal régit explicitement la discrimination raciale* » (Confédération Suisse, 2021, p. 23). En revanche, les articles 261bis CP et 171c Code pénal militaire (CPM RS 321.0), ne punissent que les actes de haines qui sont considérés comme étant les plus graves

¹ Confédération Suisse. (2021). *Discrimination raciale en Suisse : Rapport 2019/2020 du Service de lutte contre le racisme*. Service de lutte contre le racisme. (En ligne) Consulté le 10.09.2025 sur <https://www.frb.admin.ch/dam/fr/sd-web/82N-GRve-aKa/SLR%20Rapport%20-%20Discrimination%20raciale%20en%20Suisse%202019-2020.pdf>

(d'une intensité élevée), et uniquement lorsque ceux-ci sont publics. Les actes qui sont commis dans un cadre privé ne sont donc pas pris en compte dans ces articles, et relèvent d'autres infractions plus généralisées comme l'injure (art. 177 CP) (Confédération Suisse, 2021). Pour résumer, selon le SLR, « *l'action publique de lutte contre le racisme ne se limite toutefois pas aux actes criminels interdits par la loi, mais nécessite une intervention plus complète comprenant la prévention et la sensibilisation, mais aussi des interventions contre le racisme structurel et institutionnel* » (Confédération Suisse, 2021, p. 11). Le Carrefour de Réflexion et d'Action contre le Racisme anti-Noir² critique également le manque de ressources pour lutter efficacement contre le racisme anti-Noir·e·s, bien que ce type de discrimination soit récurrent en Suisse. Pour terminer, selon le SLR, il n'est pas suffisant d'agir sur les comportements individuels. Il faut reconnaître légalement que le racisme possède aussi une dimension structurelle et qu'il est nécessaire d'adopter des stratégies communes afin de garantir une lutte plus efficace. En effet, pour le moment, la norme pénale antiraciste ne protège pas par exemple les discriminations dans le monde du travail³.

2.2. Le racisme en Suisse : chiffres et tendances générales

Contrairement aux idées reçues, le racisme et la discrimination raciale sont très présents en Suisse. Selon des données récentes, en Suisse, une personne sur six considère avoir été victime de discrimination raciale (Confédération Suisse, 2024). Plus précisément, en 2022, 17% de la population suisse affirmait avoir subi une forme de discrimination raciale dans les cinq dernières années, ce qui représente une nette hausse depuis les premiers relevés qui avaient été effectué en 2010 (Confédération Suisse, 2024). Les statistiques du Réseau de centres de conseil pour les victimes du racisme⁴ permettent de voir une vue d'ensemble des cas signalés et pris en charge. Les données de 2024 montrent que les 24 centres affiliés ont recensé un total de 1211 situations de discrimination raciale, soit une augmentation de 38% en comparaison au 876 cas enregistrés en 2023. Cependant, ces chiffres ne reflètent pas entièrement la réalité car de

² CRAN – Carrefour de réflexion et d'action contre le racisme anti-Noir. (2021). *CRAN Report on Anti-Black Racism in Switzerland*. (En ligne) Consulté le 12.09.2025 sur <https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/issues/racism/wgeapd/cfi-res-47-21/submissions/2022-09-14/CRAN-Submission-NGO-PAD-hrc51-A-HRC-51-53-I.pdf>

³ Confédération Suisse. (2024). *Le racisme en Suisse : Chiffres, faits, mesures à prendre*. Service de lutte contre le racisme. (En ligne) Consulté le 25.08.2025 sur https://www.frb.admin.ch/dam/fr/sd-web/8PHyn6UHFHvj/250325_Facts_Figures_korr_FR_HZ.pdf

⁴ Réseau de centres de conseil pour les victimes de racisme (2024). *Incidents racistes recensés par les centres de conseil*. (En ligne) Consulté le 07.09.2025 sur https://www.ekr.admin.ch/pdf/250424_humanrights_Rassismusbericht_2024_F.pdf

nombreuses victimes n'ont pas la connaissance de ces centres ou ne peuvent pas les contacter pour diverses raisons (Réseau de centres de conseil pour les victimes du racisme, 2024).

2.2.1. Domaines où se produit la discrimination raciale

La discrimination raciale peut être observée partout, que ce soit au travail, à l'école, dans les transports, dans l'administration, et dans bien d'autres domaines encore (Confédération Suisse, 2024). Quelques études ont été faites à ce sujet et leurs résultats, bien que plutôt similaires, présentent quand-même quelques différences intéressantes. Selon l'enquête Vivre ensemble en Suisse, le domaine du travail reste le principal lieu où se produisent des discriminations (Confédération Suisse, 2024). En effet, lors de cette enquête, *«69% des personnes ayant subi une discrimination raciale en 2022 ont déclaré l'avoir vécue au travail ou lors de la recherche d'un emploi »* (Confédération Suisse, 2024, p.16). Le deuxième domaine propice à la discrimination raciale est l'espace public, suivi par l'école et la formation, les loisirs, le sport ou la vie associative, la recherche d'un logement, l'administration publique et enfin la police (Confédération Suisse, 2024). Les données des centres de conseil pour les victimes du racisme montrent qu'en 2024, les domaines où la discrimination raciale était la plus recensée étaient l'éducation et la formation, avec 329 cas rapportés, suivis du travail (281 cas), de l'administration publique (142 cas), des loisirs, arts et culture (108 cas) et terminant, comme la précédente recherche mentionnée ci-dessus, par la police et les services de sécurités (89 cas) (Réseau de centres de conseil pour les victimes du racisme, 2024).

2.2.2. Manifestations du racisme

Le racisme peut se manifester de différentes manières, allant des actes explicites de discrimination aux microagressions du quotidien. Les données fournies par le Réseau de centres de conseil en 2024 montrent que les situations les plus souvent signalées concernent des discriminations en lien avec la communication et l'exclusion. En effet, 1218 des cas rapportés concernaient des formes de communication à caractère offensant telles que des insultes, des menaces et des propos dénigrants. Selon cette étude, 1083 cas relevaient de l'exclusion, avec des situations d'inégalités de traitement, du harcèlement ou encore des traitements dénigrants (Réseau de centres de conseil pour les victimes du racisme, 2024). Parmi les types de discrimination raciale, les inégalités de traitement représentent la catégorie la plus fréquente avec 483 cas, suivie par les expressions ou comportements dénigrants, avec 326 cas, puis le harcèlement (89 cas) et le profilage racial (61 cas) (Réseau de centres de conseil pour les victimes du racisme, 2024). Pour comparer à l'échelle cantonale, les données fournies par le C-

ECR de Genève confirment globalement les résultats précédents. Les inégalités de traitement restent la principale forme de discrimination en représentant 24% des cas reportés en 2024⁵. Une diminution de cette forme de discrimination peut être observée en comparaison avec 2023, car ce type de discrimination affichait 34 % des cas de signalement⁶. Les propos et attitudes dénigrantes quant à eux ont significativement augmenté, en passant de 13% en 2023 à 20% en 2024. Concernant les injures ou les insultes, le C-ECR a observé une très légère augmentation avec 13% des signalements en 2024 contre 11% en 2023, tandis que les calomnies et les accusations mensongères ont légèrement diminué, avec 12% en 2023 contre 10% en 2024. D'autres formes de discrimination raciale mentionnées dans le rapport de 2024 comme les traitements dénigrants (7%), le profilage racial (4%) et les violences physiques (3%) montrent que le racisme peut prendre plusieurs formes combinant violence physique et psychique.

2.2.3. Profil des victimes

Les données disponibles montrent que la discrimination raciale est fréquemment associée à d'autres formes d'inégalités. En Suisse, près d'un cas sur trois combine plusieurs motifs de discrimination, notamment le statut de séjour, le sexe ou la situation socio-économique (Confédération Suisse, 2024). Les statistiques des centres de conseil indiquent même que près de la moitié des situations traitées en 2024 relevaient d'une discrimination multiple (567 cas sur 1211) (Réseau de centres de conseil pour les victimes du racisme, 2024).

L'âge constitue également un facteur important. Selon l'enquête VeS, les jeunes de 15 à 24 ans sont les plus exposé·e·s à la discrimination raciale, 36 % d'entre eux déclarant en avoir été victimes au cours des cinq dernières années (Confédération Suisse, 2024). Toutefois, les signalements aux centres de conseil proviennent principalement des personnes âgées de 26 à 65 ans, ce qui met en évidence un décalage entre l'exposition au racisme et le recours aux dispositifs d'aide (Réseau de centres de conseil pour les victimes du racisme, 2024). Le Centre-Écoute contre le Racisme (2024) observe également que les jeunes, bien qu'ils déclarent fréquemment des expériences de discrimination dans les enquêtes, sollicitent rarement les structures de conseil.

⁵ Centre-Écoute contre le Racisme. (2024). *Rapport annuel 2024*. (En ligne) Consulté le 08.09.2025 sur https://c-ecr.ch/medias/ra-c-ecr_2024.pdf

⁶ Centre-Écoute contre le Racisme. (2023). *Rapport annuel 2023*. (En ligne) Consulté le 08.09.2025 sur https://c-ecr.ch/medias/ra-c-ecr_2023_final_digital.pdf

Le statut migratoire apparaît aussi comme un facteur important. Les personnes ayant un passé migratoire rapportent davantage d'expériences de discrimination raciale que celles sans passé migratoire (30 % contre 9 %) (Confédération Suisse, 2024). Toutefois, les personnes qui sollicitent le plus souvent les centres de conseil sont majoritairement de nationalité suisse ou titulaires d'un permis B ou C (Réseau de centres de conseil pour les victimes du racisme, 2024). Selon le Centre-Écoute contre le Racisme (2023), cette situation peut notamment s'expliquer par une meilleure connaissance des droits et par une moindre crainte de conséquences sur le statut de séjour. À l'inverse, les personnes disposant d'un statut plus précaire, comme les requérant·e·s d'asile ou les personnes sans statut légal, sont souvent plus réticentes à signaler les discriminations subies.

Enfin, les données montrent peu de différences selon le genre. Au niveau national, les hommes sont légèrement plus nombreux à effectuer des signalements que les femmes (472 cas contre 453) (Réseau de centres de conseil pour les victimes du racisme, 2024). À Genève, les données du Centre-Écoute contre le Racisme (2023 ; 2024) indiquent au contraire une légère majorité de femmes parmi les personnes ayant sollicité un accompagnement, avec 51 % des cas contre 49 % pour les hommes.

2.3. Le rapport du SFM (2022) sur le racisme structurel et autres études

En 2022, le Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM) a publié un rapport s'intitulant *“Racisme structurel en Suisse : un état des lieux de la recherche et de ses résultats”*. Ce rapport avait été mandaté par le Service de Lutte contre le Racisme (SLR) de la Confédération helvétique avec pour objectif d'analyser les manifestations structurelles du racisme en Suisse. Ce rapport constitue un bon point d'ancrage pour cette recherche, car il repose sur une revue approfondie de la littérature empirique comprenant plus de 300 études et rapports, ainsi que sur des entretiens menés avec une vingtaine de spécialistes issu·e·s des milieux de la recherche et de la pratique (Mugglin et al., 2022). Il explore de nombreux domaines : le travail, le logement, l'instruction et la formation, les démarches administratives et la naturalisation, la protection sociale, la santé, la police et la justice, la politique, les médias et internet, la vie quotidienne, l'espace public et la famille. Pour résumer, le rapport conclut à *« des indices probants de discriminations institutionnelles et structurelles dans les domaines du travail, du logement, des démarches administratives et de la naturalisation, de la politique ainsi que, dans une moindre mesure, de la protection sociale et de la police et justice »*

(Mugglin et al., 2022, p. 7). Selon ce rapport, il est également important de noter que cette discrimination n'est pas synonyme d'hostilité généralisée envers n'importe quelle personne étrangère, mais cible plus précisément les personnes perçues comme « autres », qu'elles possèdent ou non le passeport suisse (Mugglin et al., 2022). Dans le cadre de cette étude, il est particulièrement intéressant de se pencher sur certains domaines, notamment ceux du travail et de la santé.

2.3.1. Discrimination raciale dans l'emploi

Dans le domaine de l'emploi, plusieurs recherches menées en Suisse mettent en évidence l'existence de discriminations raciales lors du recrutement, en accord avec les résultats observés dans d'autres pays européens (Zschirnt & Ruedin, 2016). Les études basées sur l'envoi de candidatures fictives montrent notamment que les personnes noires doivent envoyer environ 30 % de candidatures supplémentaires par rapport à leurs homologues blancs pour obtenir un entretien d'embauche (Fibbi et al., 2022). Des études par vignettes aboutissent à des conclusions similaires, révélant notamment une discrimination systématique envers certaines populations, dont les personnes originaires du Sénégal, particulièrement pour les emplois les plus qualifiés (Auer et al., 2019).

La discrimination ne repose toutefois pas uniquement sur la couleur de peau. Plusieurs études montrent que les personnes portant un nom à consonance étrangère sont désavantagées lors du recrutement, même lorsque leurs qualifications sont identiques à celles des candidat·e·s suisses (Mugglin et al., 2022 ; Fibbi et al., 2019). Hangartner et al. (2021) ont ainsi montré que les candidat·e·s dont le nom est perçu comme étranger reçoivent jusqu'à 19 % de clics en moins de la part des recruteur·euse·s, avec des écarts particulièrement marqués pour les personnes originaires d'Europe de l'Est ou d'Afrique subsaharienne.

Ces résultats sont confirmés par des analyses comparatives internationales. La méta-analyse de Thijssen (2020) montre que les personnes noires sont désavantagées sur le marché du travail dans l'ensemble des pays étudiés. En Suisse, une personne noire a environ 1,3 fois moins de chances d'être rappelée après une candidature qu'une personne blanche, un résultat proche de celui observé aux États-Unis par Quillian et al. (2019).

Les résultats du rapport effectué par le SFM apportent également un autre élément important. Les discriminations touchent principalement des personnes perçues comme « autres », indépendamment du fait qu'elles aient été formées en Suisse ou à l'étranger, ou qu'elles soient

naturalisées ou non, car « *ce n'est souvent ni la nationalité ni le statut de séjour qui motive une discrimination raciale, mais l'“altérité” attribuée à la personne* » (Mugglin et al., 2022, p. 27). Dans cette perspective, une étude a conclu que la probabilité d'accéder à un poste de cadre dans le domaine social est significativement plus faible pour une personne naturalisée originaire d'un État tiers que pour une personne d'origine suisse, même lorsque celle-ci est hautement qualifiée et a potentiellement été formée en Suisse (Fibbi et al., 2019). Les résultats de l'étude sur le racisme structurel en Suisse indiquent également la présence « *d'écarts structurels en matière de chômage, de revenu, d'instruction et de formation, mais aussi de santé et de logement, en particulier pour les personnes d'Afrique subsaharienne* » (Mugglin et al., 2022, p. 27). Ces constats confirment ainsi l'existence d'inégalités de traitement structurelles et persistantes dans le domaine de l'emploi.

2.3.2. Discrimination raciale dans la santé

Le domaine de la santé en Suisse, quant à lui, a été beaucoup moins étudié en termes de discrimination raciale. Cependant, dans l'enquête *Vivre ensemble en Suisse*, le racisme dans le milieu de la santé représentait tout de même 5 % des cas signalés, ce qui est non négligeable (Confédération Suisse, 2024).

La littérature suisse sur le racisme dans le domaine de la santé s'est principalement intéressée aux expériences des patient·e·s issu·e·s de la migration (Mugglin et al., 2022). Ces travaux mettent en évidence l'existence de discriminations et de stéréotypes pouvant influencer la qualité des soins, notamment à travers des diagnostics tardifs, une sous-évaluation de la douleur ou des différences de prise en charge selon l'origine des patient·e·s (Réseau de centres de conseil pour les victimes du racisme, 2024). Plusieurs études ont également montré le rôle des biais implicites et de certains stéréotypes ethno-raciaux, tels que le « syndrome méditerranéen », la croyance selon laquelle les personnes noires supporteraient mieux la douleur (Blandenier et al., 2025a ; Mugglin et al., 2022). Ces recherches soulignent que le racisme constitue une réalité documentée dans le système de santé suisse et qu'il peut avoir des conséquences importantes sur la santé physique et mentale des personnes concernées (Probst et al., 2021 ; Trevisan, 2020).

Comme mentionné précédemment, le racisme et les discriminations raciales visant le personnel de santé font l'objet de très peu de recherches en Suisse. Pourtant, dans une interview, Vanessa

Kangni⁷ fait part du fait que « *des soignant·es issu·es de minorités racisées font face à du harcèlement sur leur lieu de travail ou à des obstacles à leur évolution professionnelle, du mépris ou des agressions de la part des patient·es* » (Réseau de centres de conseil pour les victimes du racisme, 2024, p. 20). Dans leur rapport, Efionayi-Mäder et Ruedin (2018) mentionnent également le fait que certain·e·s patient·e·s refuseraient d’être pris·es en charge par du personnel de santé noir.

Le rapport du SFM réalisé par Mugglin et al. (2022) ne recense qu’une seule recherche portant spécifiquement sur cette question, celle de la physiothérapeute Zuleika Schwarz, qui a mené une étude qualitative auprès de soignantes noires travaillant dans des hôpitaux et des EMS. Ses résultats montrent que le racisme envers les soignantes racisées provient principalement des patient·e·s âgé·e·s dans les EMS (Schwarz, 2019). Le racisme se traduit par des microagressions, des propos explicites tels que des insultes, mais aussi par des formes plus subtiles (Schwarz, 2019). Les participantes ont relevé des sentiments de non-appartenance, des doutes exprimés à l’égard de leurs compétences, un manque de reconnaissance professionnelle ainsi que des attitudes dévalorisantes dans leur environnement de travail. Les collègues et les supérieur·e·s hiérarchiques ont par ailleurs tendance à minimiser les expériences de racisme rapportées (Schwarz, 2019). Cette étude met également en évidence un manque de sensibilisation au racisme anti-Noir·e·s, tant dans la formation que dans les institutions de santé.

Kevin Dzi, doctorant à l’institut des humanités en médecine du CHUV, réalise actuellement une thèse consacrée aux discriminations vécues par les professionnel·le·s de la santé dans leur pratique quotidienne. Son étude, qui combine méthodes qualitatives et quantitatives, vise à analyser comment les médecins et infirmier·ère·s, de plus en plus confronté·e·s à des comportements discriminatoires de la part des patient·e·s mais également de leurs collègues, vivent et perçoivent ces situations. Son étude cherche ainsi à documenter leurs expériences, leurs stratégies d’adaptation, mais aussi les effets de ces discriminations sur l’exercice de leur métier et leurs implications éthiques. Dans la présentation de son projet, il souligne que très peu d’études ont été consacrées à la discrimination raciale subie par le personnel soignant en Suisse, alors même qu’un nombre croissant de situations discriminatoires est rapporté (Dzi, s.d.).

⁷ Chargée de projet au Bureau lausannois pour les immigrés.

2.4. Discrimination raciale : le cas du racisme anti-Noir·e·s (raN) en Suisse : chiffres et manifestations

Dans les formes de discrimination raciale, le racisme anti-Noir·e·s (raN) figure parmi les motifs de discrimination les plus souvent rapportés, tant au niveau national que cantonal, ce qui souligne sa forte présence au sein de la société helvétique (Efionayi-Mäder & Ruedin, 2018). En 2024, la xénophobie constituait le principal motif de discrimination signalé avec 426 cas, suivie de près par le racisme anti-Noir·e·s, qui ne comptabilisait pas moins de 368 cas (Réseau de centres de conseil pour les victimes du racisme, 2024). Les données cantonales obtenues par le Centre-Écoute contre le racisme à Genève démontrent quant à elles que le raN est la forme de discrimination la plus fréquente (Centre-Écoute contre le Racisme, 2023 ; Centre-Écoute contre le Racisme, 2024). En effet, en 2023, le racisme anti-Noir·e·s représentait 34 % des cas recensés par le C-ECR, suivi de la xénophobie à 21 % et du racisme anti-Latino à 7 %. Les résultats de 2024 diffèrent avec une légère baisse des cas recensés de racisme anti-Noir·e·s à 30 %. Cependant, ce motif de discrimination restait le plus fréquent, suivi de la xénophobie (18 %) et du racisme anti-Arabes (9 %).

Selon des résultats d'enquêtes et des données statistiques, le raN peut toucher toutes les personnes noires : « *indépendamment de leur âge, de leur sexe, de leur permis de séjour, de leur situation socio-économique, de leur profession ou de la région où ils sont domiciliés, tous les Noirs sont confrontés aux formes de racisme les plus diverses* » (Efionayi-Mäder & Ruedin, 2018, p. 17). Comme l'illustre cette citation, le raN touche également des personnes appartenant à des milieux socio-économiquement favorisés. Même si elles possèdent davantage de ressources pour y faire face, elles n'en sont pas moins victimes (Efionayi-Mäder & Ruedin, 2017). Comme pour les cas de discrimination raciale générale, le raN touche toutes les catégories d'âge, et ce dès la petite enfance (Efionayi-Mäder & Ruedin, 2017). De plus, les jeunes Suisses et Suissesses afro-descendant·es né·es et élevé·es en Suisse peuvent ressentir une discrimination encore plus forte, car cette dernière ne peut pas être attribuée à leur statut migratoire ou à une éventuelle maîtrise insuffisante de la langue (Efionayi-Mäder & Ruedin, 2017). Cette discrimination, qui sous-entend qu'ils n'appartiennent pas réellement à la Suisse bien qu'ils y soient né·e·s, est donc directement liée à leur apparence (traits, couleur de peau, etc.), perçue comme « différente » de celle d'un·e Suisse, et tend à effacer toutes les autres dimensions de leur identité (Efionayi-Mäder & Ruedin, 2017). Les victimes du racisme anti-Noir·e·s sont confrontées à des situations de racisme dans presque tous les domaines, mais particulièrement dans ceux du travail, du logement, de l'école et des espaces publics (Efionayi-

Mäder & Ruedin, 2017). C'est cependant dans le domaine du travail que l'on constate le plus grand nombre d'incidents impliquant de la discrimination raciale, comme vu précédemment (Confédération Suisse, 2024). L'entrée sur le marché du travail est particulièrement compliquée pour de nombreuses personnes noires issues de la migration, quels que soient leurs diplômes ou leurs compétences (Efionayi-Mäder & Ruedin, 2017). Bon nombre d'entre elles se voient refuser l'accès à un emploi stable ou correspondant à leur niveau de qualification. En effet, même les personnes noires hautement qualifiées peuvent rencontrer des difficultés lors des processus de recrutement ou d'évolution professionnelle, et ce malgré leur niveau d'éducation (Efionayi-Mäder & Ruedin, 2017).

Une étude réalisée par Lara Liard (2025) dans le cadre d'un mémoire en sciences sociales a analysé les expériences de racisme vécues en Suisse par huit étudiant·e·s afro-descendant·e·s de l'Université de Lausanne. À travers des entretiens semi-directifs, cette recherche a mis en évidence plusieurs formes de racisme. Le racisme ordinaire se manifestait principalement sous la forme de microagressions telles que l'invisibilisation, les soupçons de criminalité, l'altérisation ou encore l'hypersexualisation. Liard a également identifié des manifestations de racisme institutionnel et structurel dans plusieurs domaines, notamment la formation, l'emploi et le logement, se traduisant par exemple par de la discrimination à l'embauche ou certains comportements déplacés de représentant·e·s d'institutions. Elle conclut ainsi à la présence d'un racisme systémique, se manifestant par l'accumulation de discriminations dans différentes sphères de vie et illustrant le caractère transversal du racisme anti-Noir·e·s en Suisse. Son étude souligne également que la subtilité et la répétition de ces expériences créent un climat de doute et d'incertitude pour les personnes concernées. Le caractère intersectionnel et cumulatif de ces discriminations renforce encore cette complexité, conduisant certain·e·s étudiant·e·s à développer des stratégies d'adaptation telles que la minimisation ou le déni partiel des expériences vécues (Liard, 2025).

La revue de la littérature montre clairement que les discriminations raciales, et plus particulièrement le racisme anti-Noir·e·s, constituent des phénomènes durables et systémiques en Suisse. Bien que l'étude du racisme anti-Noir·e·s soit relativement récente dans le contexte suisse, les données qualitatives disponibles ainsi que les spécialistes du domaine s'accordent pour constater une légère augmentation de ce phénomène depuis une vingtaine d'années (Efionayi-Mäder & Ruedin, 2018). L'une des explications avancées est que la présence du raN demeure largement sous-estimée en raison de son invisibilisation (Efionayi-Mäder & Ruedin,

2018). Cette invisibilisation s'explique notamment par la banalisation du problème, mais également par le déni persistant au sein d'une partie importante de la population non concernée directement par cette problématique (Efionayi-Mäder & Ruedin, 2017). En 2017, l'enquête VeS révélait que 41 % des personnes interrogées estimaient que l'absence de passé colonial signifiait que le racisme anti-Noir·e·s n'était que peu présent en Suisse (Efionayi-Mäder & Ruedin, 2018). Le manque de connaissances sur cette question contribue ainsi à accentuer le décalage entre les expériences vécues par les victimes et les perceptions de la population majoritaire (Efionayi-Mäder & Ruedin, 2018).

Une autre explication de la persistance du racisme anti-Noir·e·s réside dans les représentations négatives encore présentes au sein de la population suisse. La synthèse du rapport du SLR sur la discrimination raciale en Suisse en 2019 et 2020 conclut qu'« *une personne sur trois se sent dérangée par des personnes perçues comme “différentes”* » et que « *les personnes noires et les migrants en tant que “minorités visibles” (...) sont touchés par les préjugés* » (Confédération Suisse, 2021, p. 6). Efionayi-Mäder et Ruedin (2018, p. 17) ont également observé qu'« *environ 10 % des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête VeS ont une attitude hostile vis-à-vis des Noirs ou valident des affirmations négatives sur les Noirs (...) Parmi elles, 6 % ont une opinion tout à fait négative à l'égard des Noirs, qu'elles jugent par exemple impulsifs, peu travailleurs ou de nature violente, et 24 % les considèrent comme un danger potentiel pour “notre culture”* ».

Dans l'ensemble, les travaux disponibles convergent vers une même conclusion : le racisme anti-Noir·e·s, bien qu'encore largement méconnu, constitue un problème profond inscrit dans les structures sociales de la société suisse. Le SLR résume d'ailleurs cette réalité de manière particulièrement forte lorsqu'il affirme que « *le racisme structurel est une réalité et le racisme est intrinsèquement un phénomène structurel* »⁸ (Confédération Suisse, 2023, p. 12). À ce jour, aucune étude menée en Suisse ne s'est intéressée spécifiquement au racisme anti-Noir·e·s au sein des hôpitaux suisses du point de vue des médecins noir·e·s. C'est cette lacune que ce mémoire cherche à combler.

⁸ Confédération Suisse. (2023). *Synthèse de l'état des lieux : Racisme structurel en Suisse*. Service de lutte contre le racisme. (En ligne) Consulté le 12.09.2025 sur <https://www.frb.admin.ch/fr/etudes-et-rapports>

3. Cadre théorique

3.1. Les fondements psychosociaux de la discrimination

3.1.1. Attitudes, identité sociale, ethnocentrisme, catégorisation sociale

Avant d'aborder la discrimination raciale, il est utile de revenir sur certains mécanismes psychosociaux qui influencent la manière dont les individus perçoivent et évaluent les autres. En psychologie sociale, les attitudes désignent des prédispositions à réagir de manière favorable ou défavorable envers un groupe, une personne ou une idée (Thomas & Znaniecki, 1918). Ces attitudes ne se construisent pas uniquement au niveau individuel, mais s'inscrivent dans un contexte social et culturel façonné par des normes collectives (Doise, 1978).

Par ailleurs, les individus ont tendance à catégoriser leur environnement social en regroupant les personnes selon certaines caractéristiques, telles que l'origine, le genre ou la nationalité (Tajfel & Turner, 1979). Ce processus de catégorisation sociale permet de simplifier la réalité sociale, mais il peut également conduire à percevoir les individus avant tout à travers leur appartenance à un groupe plutôt qu'à travers leurs caractéristiques personnelles. Selon la théorie de l'identité sociale, les individus se définissent en partie par les groupes auxquels ils appartiennent et tendent à distinguer leur groupe d'appartenance (*ingroup*) des autres groupes (*outgroup*) (Tajfel & Turner, 2004).

Cette distinction peut favoriser l'émergence d'un biais intergroupe, c'est-à-dire une tendance à valoriser davantage son propre groupe qu'un groupe extérieur (Tajfel, 1970 ; Hewstone et al., 2002). Ce phénomène est proche de l'ethnocentrisme, qui consiste à considérer les normes et les valeurs de son propre groupe comme la référence légitime à partir de laquelle les autres sont évalués (Géraud et al., 2016). Sans nécessairement impliquer une hostilité ouverte, ces mécanismes participent à la production de hiérarchies sociales et peuvent favoriser l'apparition de préjugés, de stéréotypes et de comportements discriminatoires (Doise, 1978 ; Brewer, 1999 ; Tajfel & Turner, 2004).

3.1.2. Préjugés et stéréotypes

Ces comportements discriminatoires sont accompagnés de préjugés et de stéréotypes. Allport (1954, p. 7) définit le préjugé comme : « *Une attitude défavorable ou hostile envers une personne appartenant à un groupe, simplement parce qu'elle en fait partie, et qu'on lui attribue*

par conséquent des qualités jugées négatives, associées à ce groupe » (ma traduction). Les stéréotypes, quant à eux, correspondent à des images ou des idées socialement construites qui attribuent les mêmes caractéristiques, qu'elles soient physiques, morales ou culturelles, à l'ensemble des membres d'un groupe, sans tenir compte des différences entre les individus qui le composent. Cela conduit à des généralisations simplifiées à propos de ce groupe, catégorisant ainsi ses membres, ce qui peut avoir pour conséquence de renforcer la discrimination (Quillian, 2006).

Greenwald et Banaji (1995) ont souligné que ces stéréotypes fonctionnent souvent de manière inconsciente. En effet, les individus peuvent avoir des attitudes stéréotypées sans réellement en avoir conscience, parce qu'ils ont intégré les normes et les discours dominants présents au sein de la société. Ces comportements discriminatoires peuvent donc opérer implicitement, sans volonté de blesser, car ils s'inscrivent dans des schémas cognitifs et culturels profondément ancrés.

3.1.3. Représentations sociales et stigmatisation

Afin de mieux comprendre ces mécanismes discriminatoires, il est important de s'intéresser à la manière dont les sociétés construisent une réalité partagée. C'est là que la théorie des représentations sociales est pertinente. Cette théorie, proposée par Jodelet (2014), explique comment les individus créent collectivement des images et des significations du monde social. Ces représentations jouent donc un rôle crucial dans l'influence qu'elles exercent sur nos perceptions, nos conduites et nos jugements. De plus, elles se retrouvent partout dans la société, des discours médiatiques et politiques aux discours institutionnels. En revanche, comme mentionné précédemment, ces représentations ne reflètent pas une réalité objective (Bugnon, 2016). Elles sont fortement influencées par différents contextes socioculturels ainsi que par les idéologies dominantes, ce qui les rend potentiellement biaisées. Cela peut avoir des conséquences importantes, car ces représentations sociales contribuent à normaliser certaines inégalités (Bugnon, 2016).

C'est dans cette réflexion qu'intervient la notion de *social stigma*, introduite par Erving Goffman (1963). Selon lui, un stigmate social désigne un attribut ou une caractéristique considérée comme « anormale » par la société. De ce fait, la personne présentant cet attribut particulier est perçue comme moins légitime ou moins digne aux yeux des autres, ce qui peut entraîner différentes formes de rejet. Dans le contexte de cette étude, ce processus s'applique

notamment aux caractéristiques visibles, comme la couleur de peau, qui peuvent être sources de dévalorisation et d'exclusion. Le stigmatisme fonctionne ainsi comme un mécanisme de maintien des hiérarchies sociales (Goffman, 1963).

3.1.4. Différentes formes de discrimination

La discrimination peut prendre différentes formes. La discrimination directe survient lorsqu'« *une personne est, pour un motif illégitime, moins bien traitée qu'une autre se trouvant dans une situation analogue* »⁹ (Confédération Suisse, 2025a, paragraphe « Discrimination directe »). Une telle inégalité de traitement est considérée comme discriminatoire lorsqu'elle repose sur « *une caractéristique de la personne qui constitue un élément essentiel et indissociable, ou difficilement dissociable, de son identité, et qui touche donc aussi à la dignité humaine* » (Confédération Suisse, 2025a, paragraphe « Discrimination directe »). Ces caractéristiques peuvent notamment concerner l'origine, l'ethnie, la religion, le genre, l'âge ou encore l'orientation sexuelle. À l'inverse, la discrimination indirecte désigne des situations où « *des lois, des politiques ou des pratiques aboutissent, en dépit de leur apparente neutralité, à une inégalité de traitement illicite de certaines personnes ou groupes de population* » (Confédération Suisse, 2025a, paragraphe « Discrimination indirecte »).

La discrimination peut également résulter de la combinaison de plusieurs critères. La discrimination multiple correspond à une accumulation de discriminations fondées sur différents motifs, sans que celles-ci interagissent nécessairement entre elles (Confédération Suisse, 2025a, paragraphe « Discrimination multiple »). Une personne peut ainsi être confrontée simultanément à du racisme et à du sexisme, tout en vivant ces expériences de manière distincte.

La discrimination intersectionnelle renvoie quant à elle à une situation où « *plusieurs formes d'exclusion interagissent et engendrent une discrimination qui, sans cette interaction, ne se produirait pas* » (Confédération Suisse, 2025a, paragraphe « Discrimination intersectionnelle »). Développé par Kimberlé Crenshaw à la fin des années 1980, le concept d'intersectionnalité met en évidence la manière dont différentes formes de domination, telles que le racisme, le sexisme ou les inégalités de classe, se combinent pour produire des expériences spécifiques d'inégalité (Vettorato, 2023). Selon la Confédération Suisse (2025a), ce concept « *attire l'attention sur la manière dont le racisme, le patriarcat, l'appartenance de classe, ainsi que*

⁹ Confédération Suisse. (2025a). *Glossaire*. Service de lutte contre le racisme. (En ligne) Consulté le 11.09.2025 sur <https://www.frb.admin.ch/fr/glossaire>

d'autres systèmes d'assujettissement construisent une inégalité qui n'est pas visible à première vue » (paragraphe « Discrimination intersectionnelle »).

Pour cette étude, il est surtout important de parler de la discrimination raciale. La discrimination raciale peut être définie comme « *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* » (Mugglin et al., 2022, p. 19). Cependant, bien que la définition puisse ressembler à celle du racisme, elle diffère en un point très important. En effet, à la différence du racisme, la discrimination raciale « *ne repose pas nécessairement sur des présupposés idéologiques* » (Confédération Suisse, 2025a, paragraphe « Discrimination raciale »), impliquant donc une vision hiérarchisante des êtres humains selon des critères spécifiques. La discrimination raciale se manifeste par des comportements qui créent une inégalité de traitement mais qui ne découlent pas forcément d'une idéologie raciste consciente. Elle peut aussi provenir de mécanismes implicites ou de structures inévitables. Le racisme peut être considéré comme « *une sous-catégorie de la discrimination (...) Il se situe dans la chaîne de causalité entre la discrimination (vue comme un acte) et les inégalités sociales (vues comme une conséquence du racisme). En résumé : le racisme est toujours discriminatoire, tandis que la discrimination n'est pas nécessairement raciste et peut englober simultanément d'autres motifs (intersectionnalité)* » (Mugglin et al., 2022, p. 19).

Pour résumer, les attitudes, la catégorisation sociale, l'identité sociale, l'ethnocentrisme ainsi que la stigmatisation sociale constituent tous des mécanismes essentiels pour comprendre la création des préjugés, des stéréotypes et des comportements discriminatoires. Ils montrent que la discrimination n'est pas forcément synonyme d'actes individuels ayant pour objectif de nuire. En effet, la réalité est bien plus complexe, car la discrimination se manifeste à travers des processus cognitifs et sociaux ancrés dans la structure de la société. Le terme de structure fait ici référence aux « *relations et aux rapports de force qui s'établissent entre individus, groupes sociaux ou institutions, déterminent les modalités des rapports sociaux et permettent d'en expliquer les constantes. Perçue généralement comme la base du fonctionnement de la société, la structure est supposée limiter ou supprimer la liberté d'action et constituer la cause des*

modes de comportement réitératifs et de la répartition du pouvoir » (Mugglin et al., 2022, p. 12).

3.2. Le racisme

3.2.1. Origine

Au cours des derniers siècle, l'Europe a connu des périodes d'inégalités qui sont nécessaires à la compréhension des dynamiques sociales actuelles. Les conséquences du colonialisme et de l'esclavage se font encore sentir aujourd'hui. Ces systèmes ont cherché à déshumaniser certains groupes et ont parfois conduit certaines personnes à intérioriser les discours qui légitimaient leur domination et leur exclusion. Ces héritages continuent d'influencer notre société et contribuent à de nombreuses discriminations raciales actuelles (Liard, 2025). Au XIXe siècle, des arguments biologiques ont été mobilisés afin de légitimer l'oppression et différentes formes de discriminations à l'égard de certaines populations (Deligne et al., 2001). Ces arguments se basaient sur des théories dites « scientifiques » comme par exemple l'eugénisme, qui visait à classer les êtres humains selon la forme et la taille de leur crâne et qui plus tard servira de fondements de la politique nazie. Ces théories avaient notamment un impact considérable sur la population noire, qui était souvent dévalorisée et considérée comme inférieure (Liard, 2025). En effet, d'après le Service de Lutte contre le Racisme (SLR), *« le racisme anti-Noirs puise ses origines dans l'idéologie raciste des XVIIIe et XIXe siècles qui a servi à justifier le colonialisme et l'esclavage »* (Confédération Suisse, 2025a, paragraphe « Racisme anti-Noirs »).

3.2.2. « Race » et racialisation

Dans le cadre de cette recherche, le terme de « race » n'est évidemment pas utilisé au sens biologique. Les travaux en anthropologie et en génétique ont en effet démontré l'absence de fondement scientifique aux prétendues différences raciales entre les êtres humains (Martin & Yeung, 2003). En sciences sociales, la « race » est plutôt comprise comme une construction sociale. Selon le glossaire du SLR, elle désigne *« une construction sociale qui cherche à définir et/ou à légitimer l'appartenance ou la non-appartenance d'une personne à un groupe ou à une population »* (Confédération Suisse, 2025a, paragraphe « Race »). Cette notion renvoie ainsi à des processus de catégorisation sociale produisant des rapports de pouvoir et des effets concrets sur les individus (Lavanchy, 2020). Bien que le terme soit peu utilisé en Europe, les mécanismes qu'il désigne continuent d'opérer à travers les phénomènes racistes et les inégalités sociales (Mahon et al., 2019 ; Cretton, 2018).

C'est dans cette perspective que s'inscrit le concept de racialisation, défini comme « *le processus consistant à différencier et catégoriser les humains sur la base de représentations racistes, qui s'ancrent dans les esprits et la société* » (Confédération Suisse, 2025a, paragraphe « Racialisation »). Ce processus conduit à catégoriser, stéréotyper et hiérarchiser des individus ou des groupes à partir de caractéristiques physiques, culturelles, linguistiques ou religieuses réelles ou supposées (Mugglin et al., 2022). Historiquement, la racialisation a contribué à légitimer des systèmes de domination tels que l'esclavage et la colonisation (Telep, 2021). Bien que les races n'existent pas au sens biologique, les processus de racialisation et leurs conséquences sociales demeurent aujourd'hui bien réels (Lavanchy, 2020).

3.2.3. Le racisme : définition et manifestations

Un des concepts les plus importants dans le cadre de cette recherche est celui du racisme. Le SLR le définit comme « *une idéologie ou des pratiques qui consistent à classer et hiérarchiser les êtres humains dans des groupes prétendument naturels appelés “races”, en fonction de leurs caractéristiques physiques ou de leur appartenance ethnique, nationale ou religieuse, réelle ou supposée. Les êtres humains ne sont alors ni considérés, ni traités comme des individus, mais comme des membres d’une « race », auxquels sont attribuées des caractéristiques morales, culturelles ou intellectuelles collectives, considérées comme inférieures et immuables* » (Confédération Suisse, 2025, paragraphe « Racisme »). Le racisme renvoie également à une hiérarchisation, qui est fréquemment implicite ou inconsciente, entre des individus ou des groupes. Ces dynamiques hiérarchisantes produisent ou maintiennent des rapports de domination, des formes de marginalisation des groupes « dominés » et des privilèges accordés aux groupes « dominants ». Cette forme de hiérarchisation peut être constatée dans les structures sociales et les institutions. C'est pourquoi il est important de différencier les différentes formes de racisme, car le racisme a lieu à plusieurs niveaux et se manifeste de différentes façons (Confédération Suisse, 2025, paragraphe « Racisme »). Le racisme repose sur la catégorisation de groupes qui ont été socialement construits. Ces catégories sont profondément ancrées dans la société et se maintiennent à travers des discours et des représentations susceptibles de renforcer les stéréotypes et les préjugés (Mugglin et al., 2022).

Le SLR identifie plusieurs manières dont le racisme se manifeste : « *des préjugés, des stéréotypes, des hostilités ou des agressions, des formes de discrimination institutionnelle et structurelle, et de discrimination directe ou indirecte, des infractions à caractère raciste*

(crimes de haine) telles que les atteintes à l'intégrité physique ou aux biens de personnes ou d'institutions, des propos ou des écrits dénigrants et incitant à la violence, à la haine ou à la discrimination (discours de haine) » (Confédération Suisse, 2025, paragraphe « Racisme »). Comme le dit le SLR, le racisme n'est pas simplement synonyme d'actes malveillants. Il est également inscrit dans l'héritage historique, sociétal et culturel et se retrouve implicitement dans les structures sociales et les institutions. C'est pour cette raison qu'il est nécessaire de différencier les formes de racisme.

3.2.4. Racisme structurel

Le terme de racisme structurel (*niveau macro*) englobe le racisme institutionnel et le racisme au quotidien, qui seront décrits par la suite (Mugglin et al., 2022). En effet, le racisme structurel ne se résume pas aux interactions entre les individus, mais il désigne un ensemble de mécanismes d'exclusion et de discrimination ancrés profondément dans l'organisation de la société (Confédération Suisse, 2025a, paragraphe « Racisme structurel »). Selon Osta et Vasquez (cité dans Mugglin et al., 2022, p. 23), *« le racisme structurel résulte de l'interaction de trois composantes : les pratiques, les politiques publiques et l'histoire ; l'inégalité distributive et ethnique ; les stéréotypes, les préjugés et les associations d'esprit »*. Il existe beaucoup de définitions différentes pour le racisme structurel. Pour cette étude, la définition utilisée dans le rapport du SFM sur le racisme structurel en Suisse (2022) sera mobilisée : *« Par racisme structurel, on comprend un système social constitué de discours, de maximes d'action et de représentations normatives provenant de formes de domination qui se sont développées au cours de l'histoire et qui tendent à reproduire les rapports d'inégalité touchant les groupes racisés. Il n'est pas indispensable, pour être en présence de discrimination raciale, qu'il y ait une idéologie ou un acte expressément raciste commis par un particulier ou par une institution ; ce qui importe, dès lors, c'est moins qui en est l'auteur que les conséquences pour les victimes »* (Mugglin et al., 2022, p. 7). Ce qui est particulièrement intéressant dans cette définition, c'est qu'elle montre que le racisme se trouve à tous les niveaux de la société : au niveau *macro*, ce qui représente la société dans sa globalité, au niveau *méso*, représenté par les organisations et au niveau *micro*, à l'échelle des individus. Il est également important de noter que ces trois niveaux sont interdépendants (Mugglin et al., 2022). En effet, les dynamiques racistes présentes à un certain niveau peuvent avoir un impact sur les autres niveaux. Par exemple, les politiques publiques ont des impacts directs sur les pratiques institutionnelles, qui à leur tour influencent les attitudes et les comportements individuels. Lorsque l'on parle de racisme structurel, il s'agit aussi de visions du monde particulières et d'habitudes transmises à travers la culture et

l'éducation (Confédération Suisse, 2025a, paragraphe « Racisme structurel »). Ces visions influencent les comportements et les opinions sans même en avoir pleinement conscience. Les biais qui en découlent sont si ancrés qu'il devient difficile de les corriger par de simples actions individuelles. Il faut en revanche remettre en question le fonctionnement du système entier et notamment des structures sociales qui le composent afin d'identifier les discriminations liées à ces biais et de les déconstruire (Confédération Suisse, 2025a, paragraphe « Racisme structurel »).

3.2.5. Racisme institutionnel

Le racisme institutionnel est un sous-système du racisme structurel et correspond au niveau *méso*, comme vu précédemment (Mugglin et al., 2022). Le concept de racisme institutionnel est d'autant plus pertinent car il illustre la forme invisible mais persistante du racisme au sein des institutions, même quand ces dernières se disent et se veulent égalitaires (Dunezat & Gourdeau, 2016). Il peut être défini comme : *« l'exclusion et la discrimination de certains groupes de personnes dans une institution. Ancrés dans la culture de l'institution, ces phénomènes sont considérés comme “normaux” et passent souvent inaperçus ou ne sont pas remis en question. Il y a donc racisme institutionnel lorsque les pratiques ou les réglementations des institutions ou des organisations portent préjudice à certaines personnes ou à certains groupes en particulier »* (Confédération Suisse, 2025a, paragraphe « Racisme institutionnel »). Il s'agit de racisme institutionnel lorsque, par exemple, l'État ne traite pas toutes ses citoyen·nes de la même manière en créant des différences en termes d'accès à la protection et aux assurances. De la même manière, une institution qui ne s'engage pas activement à protéger l'ensemble de son personnel contre d'éventuelles discriminations par la mise en place de directives spécifiques, de formations ou encore de sanctions adéquates est aussi considérée comme participant à une forme de discrimination institutionnelle (Confédération Suisse, 2025a, paragraphe « Racisme institutionnel »).

Dans cette recherche, le racisme institutionnel renvoie d'une part aux politiques et aux règlements propres aux institutions et, d'autre part, aux attitudes des individus qui en assurent la mise en œuvre. En effet, ce sont souvent les personnes qui travaillent dans ces institutions et qui appliquent les règles qui contribuent à perpétuer le racisme au sein de celles-ci. Même si ces personnes, dont le comportement peut être raciste de manière involontaire, n'agissent pas en leur propre nom mais plutôt au nom de l'institution, elles participent activement à la

production ou à la reproduction du racisme et illustrent la manière dont l'institution fonctionne (Liard, 2025).

Le racisme institutionnel peut être particulièrement difficile à déceler, car il se manifeste à travers des procédures et des normes qui ne sont pas nécessairement remises en question, puisqu'elles sont profondément ancrées dans la société et paraissent normales. Il peut se traduire de manière explicite, par exemple à travers des pratiques discriminatoires, ou de manière implicite, lorsque l'institution reste passive face à des injustices. Ces deux formes, qu'elles soient facilement détectables ou plus discrètes, participent au même système d'exclusion et de discrimination (Liard, 2025).

3.2.6. Racisme au quotidien

Il représente le niveau *micro* de l'analyse car il prend forme à travers les interactions et les relations quotidiennes entre individus (Mugglin et al., 2022). Dans cette forme de racisme sont comprises les microagressions, qui peuvent être subtiles ou même inconscientes, mais aussi des comportements plus explicites de rejet ou d'hostilité, allant jusqu'à la violence verbale ou physique. Les micro-agressions raciales sont définies par Sue et al. (2007, p. 271) comme : *« des offenses quotidiennes, brèves et banales, qu'elles soient verbales, comportementales ou environnementales, intentionnelles ou non, qui expriment des attitudes hostiles, méprisantes ou négatives ainsi que des insultes raciales à l'égard des personnes de couleur »* (ma traduction). Ces microagressions prouvent la présence de stéréotypes et de préjugés hérités du passé qui sont profondément ancrés dans la société et qui banalisent le racisme au quotidien. C'est entre autres pour cette raison-ci que le racisme est compliqué à détecter, car il ne s'exprime pas seulement par des attitudes ouvertement racistes, mais aussi par des comportements implicites ou au contraire par des silences qui entretiennent la domination sociale (Liard, 2025). C'est justement l'accumulation de gestes, d'attitudes et de propos qui peut avoir un effet considérable sur les plans psychologique, social et économique, même s'ils paraissent anodins au premier abord. Ces microagressions du quotidien, comme des moqueries, des refus, des humiliations ou des exclusions, se basent souvent sur des critères raciaux ou culturels et sont en quelques sortes légitimisés par une supposée supériorité morale et culturelle occidentale de la « race blanche » (Essed, 2005). Ces mécanismes peuvent parfois s'accompagner de discours sur la « tolérance » qui donne en premier lieu une impression de progrès antiraciste permettant de résoudre la problématique du racisme. Cependant, ce discours se concentre sur le racisme comme une simple idéologie et ne le reconnaît pas en tant que pratique sociale ancrée dans les structures du

système, ce qui a pour conséquence d'invisibiliser les formes quotidiennes et institutionnelles de racisme, empêchant ainsi de les reconnaître dans un premier temps puis de les combattre efficacement (Essed & Goldberg, 2002). Il peut donc être conclu que de nos jours, le racisme se manifeste à plusieurs niveaux et de plusieurs manières : à travers des comportements individuels comme des préjugés, des propos hostiles, des microagressions ainsi que par des formes institutionnelles ou structurelles de discrimination qui sont souvent invisibles mais qui contribuent tout autant à reproduire des inégalités.

3.2.7. Racisme anti-Noir·e·s

Le racisme anti-Noir·e·s peut être défini de la sorte : *« une forme de racisme liée spécifiquement à la couleur de la peau ou à d'autres caractéristiques physiques visibles et immuables. L'individu est réduit à son apparence physique, les autres caractéristiques telles que l'appartenance "ethnique" ou religieuse, l'origine, le niveau d'éducation ou le statut socio-économique étant reléguées au second plan »* (Confédération Suisse, 2025a, paragraphe « Racisme anti-Noirs »). Ce racisme concerne une grande variété de populations, comme des personnes immigrées originaires d'Afrique, d'Amérique du Nord et du Sud ainsi que d'Asie du Sud. Leurs descendant·e·s peuvent également être confronté·e·s au racisme anti-Noir·e·s¹⁰.

Selon le rapport du Carrefour de Réflexion et d'Action contre le Racisme Anti-Noir (2021), plus de 300 000 personnes noires vivaient en Suisse en 2021. Ce chiffre reste toutefois approximatif puisque, d'une part, la Suisse ne collecte pas de données liées à la couleur de peau ou à l'appartenance ethnoculturelle. D'autre part, les statistiques reposent principalement sur la nationalité ou le lieu de naissance, ce qui ne reflète ni la manière dont les individus se définissent eux-mêmes et elles-mêmes, ni la situation des personnes naturalisées et de leurs descendant·e·s (Confédération Suisse, 2025b). Ces chiffres ne constituent donc que des estimations.

Malheureusement, ce manque de précision dans ces données statistiques peut contribuer à la reproduction du racisme structurel. En effet, de nombreuses personnes sont invisibilisées dans les statistiques, ce qui peut donner l'illusion d'un phénomène marginal et compliquer la mise en œuvre de politiques antiracistes efficaces (Confédération Suisse, 2025b). Comme vu précédemment, même si la construction sociale du racisme a fortement évolué au fil du temps,

¹⁰ Confédération Suisse. (2025b). *Racisme anti-Noirs*. Service de lutte contre le racisme. (En ligne) Consulté le 28.08.2025 sur <https://www.frb.admin.ch/fr/racisme-anti-noirs>

sa forme actuelle demeure marquée par les théories pseudo-scientifiques des « races » développées aux XVIII^e et XIX^e siècles. Ces théories, visant à hiérarchiser les différentes « races », plaçaient les Africain·e·s noir·e·s tout en bas de l'échelle, non loin du monde animal (Efionayi-Mäder & Ruedin, 2017). À cela s'ajoutaient de nombreux préjugés, stéréotypes et explications prétendument « scientifiques » destinés à justifier ce classement. Il fallait en effet trouver une légitimation à la traite esclavagiste de l'époque et aux rapports de domination qu'elle impliquait.

Cependant, aujourd'hui, bien que l'esclavage ait été officiellement aboli dans le monde entier, les représentations et les hiérarchies qu'il a engendrées ont laissé des traces durables dans les imaginaires collectifs (Efionayi-Mäder & Ruedin, 2017). Même si la Suisse n'a pas été une puissance coloniale à proprement parler, plusieurs recherches ont montré qu'elle a joué un rôle important dans l'entreprise coloniale, sur les plans commercial, intellectuel et religieux. Elle a également participé à la diffusion de l'idéologie coloniale et à la légitimation d'un système de domination qui continue d'influencer les perceptions des personnes noires ainsi que la place qui leur est attribuée dans la société contemporaine suisse (Gillabert, 2023).

3.2.8. Privilège blanc et principe de color-blindness

Il est important de mentionner deux autres concepts pertinents dans le cadre de cette étude : la blanchité et le *color-blindness*. En Suisse, l'identité nationale occupe une place importante. Elle s'est construite autour de la défense du territoire et, de ce fait, d'une opposition à l'étranger (Maire & Garufo, 2013). Cette identité s'est progressivement traduite socialement par une certaine norme de « blanchité », associée aux caractéristiques des « vrai·e·s Suisse·esse·s ». En effet, les « vrai·e·s Suisse·esse·s » sont souvent imaginé·e·s comme étant blanc·he·s, tandis que les personnes dites « non blanches » sont perçues comme différentes et, par conséquent, comme étrangères, puisqu'elles ne partagent pas la couleur de peau du groupe considéré comme dominant (Cretton, 2018).

Dans l'idéologie raciste, les groupes sociaux perçus comme blancs sont automatiquement considérés comme supérieurs aux groupes ne partageant pas cette caractéristique. La peau blanche y est associée à des valeurs de pureté, d'universalité mais aussi de neutralité (Cervulle, 2013). La couleur de peau devient ainsi une caractéristique centrale, participant à la construction d'une hiérarchie implicite. Les personnes noires, et plus particulièrement les personnes afro-descendantes, se retrouvent souvent placées au bas de cette hiérarchie sociale,

comme cela a été évoqué précédemment (Cretton, 2018). En ne correspondant pas à cette norme, ces personnes peuvent rencontrer des difficultés dans la construction de leur identité, car ne pouvant être perçues comme « blanches », elles sont fréquemment dévalorisées sur le plan social (Cervulle, 2013).

Cette hiérarchie, qui peut être qualifiée de « raciale », est renforcée par des phénomènes tels que le privilège blanc et le *color-blindness* (Cervulle, 2013). Ce dernier se retrouve à la fois chez les individus et au sein des institutions (Cervulle, 2013). Il tend à minimiser l'importance du racisme et des discriminations raciales, ce qui contribue à la reproduction de rapports sociaux asymétriques. Pour résumer, le privilège blanc et le *color-blindness* participent à l'invisibilisation des inégalités et favorisent des traitements de faveur implicites envers les personnes blanches (Cervulle, 2013).

4. Méthodologie

4.1. Type de recherche et approche générale

Cette recherche adopte une approche qualitative, particulièrement adaptée à l'étude des expériences vécues, des perceptions et des significations attribuées par les individus à leurs expériences. Ce choix m'a paru pertinent pour analyser un phénomène complexe et encore peu documenté comme le racisme structurel dans les hôpitaux suisses. La démarche est principalement inductive. Bien que l'analyse s'appuie sur des concepts issus de la littérature scientifique, elle vise avant tout à faire émerger des thèmes à partir des données recueillies sur le terrain. Cette approche permet de comprendre comment les participant·e·s vivent, interprètent et donnent du sens à leurs expériences professionnelles. L'objectif de cette recherche est double : examiner les manifestations du racisme dans les hôpitaux suisses du point de vue de médecins noir·e·s et analyser dans quelle mesure ces expériences relèvent de mécanismes individuels ou de dynamiques plus structurelles.

4.2. Terrain de recherche

Cette recherche porte sur les expériences de médecins noir·e·s exerçant ou ayant récemment exercé dans des hôpitaux suisses. Le choix du milieu hospitalier s'explique par son caractère fortement hiérarchisé et institutionnalisé, ce qui en fait un terrain particulièrement pertinent pour l'étude du racisme structurel. Le terrain concernait initialement la Suisse romande, principalement pour des raisons linguistiques. Il a ensuite été élargi à la Suisse alémanique afin d'intégrer une participante supplémentaire. Cet élargissement a également permis d'enrichir le matériau empirique malgré les difficultés rencontrées lors du recrutement. Le choix de se concentrer sur les hôpitaux plutôt que sur les cabinets ou les cliniques privées visait à analyser les dynamiques institutionnelles, les rapports hiérarchiques et les mécanismes organisationnels susceptibles de contribuer à la production ou à la reproduction d'inégalités.

4.3. Population et échantillon

Dans cette recherche, je m'intéresse aux expériences de médecins se percevant comme noir·e·s dans le cadre de leur travail au sein d'hôpitaux suisses. L'usage du terme « noir·e » s'inscrit dans une réflexion sur les catégories utilisées en sciences sociales. À partir du travail d'Efionayi-Mäder et al. (2017), qui s'appuient sur le rapport de 2015 du CRAN, j'ai considéré

ce terme comme une catégorie analytique possible. Ces travaux montrent que « noir·e » ne renvoie pas à une catégorie biologique, mais à une catégorie sociale permettant de décrire des expériences spécifiques du racisme, notamment en lien avec l'histoire de l'esclavage, de la traite et du colonialisme. Ce terme permet ainsi de saisir une expérience située du racisme, sans multiplier les catégories et fragmenter l'analyse. Sur le terrain, j'ai laissé les personnes se définir elles-mêmes. J'ai choisi la formulation « se percevant comme noir·e·s » après avoir envisagé des termes plus normatifs comme « afro-descendant·e·s », qui risquaient d'assigner une identité trop rigide. Cette formulation permet de respecter la manière dont les participant·e·s se présentent, d'autant plus qu'ils ont aussi utilisé spontanément les termes de « noir·e·s » et « blanc·he·s » dans les entretiens.

Initialement, le projet visait une population plus large incluant médecins noir·e·s, infirmier·ère·s noir·e·s et cadres hospitaliers noir·e·s. Toutefois, cette approche s'est rapidement révélée trop ambitieuse dans le cadre d'un mémoire de master. Bien qu'il aurait été largement plus facile de réaliser cette recherche auprès d'infirmier·ère·s noir·e·s, en raison de leur nombre plus élevé que celui des médecins noir·e·s, le choix de se concentrer sur les médecins est réfléchi. Il vise à limiter l'influence d'autres facteurs susceptibles de donner lieu à des discriminations, tels que le niveau de formation, le statut professionnel ou la position socio-économique, afin de mieux mettre en évidence les expériences liées à la discrimination raciale.

Dans une perspective intersectionnelle, l'échantillon inclut à la fois des femmes et des hommes, occupant différents postes. L'échantillon final est composé de six médecins, trois femmes (entretiens 3, 5 et 6) et trois hommes (entretiens 1, 2 et 4), ayant tous et toutes des origines africaines. Deux participant·e·s ne travaillaient plus en milieu hospitalier au moment de l'entretien, mais leurs expériences hospitalières étaient récentes et demeuraient donc pertinentes pour la recherche.

Le recrutement s'est principalement effectué par bouche-à-oreille et par l'intermédiaire de contacts personnels travaillant dans le domaine de la santé. Une stratégie de diffusion en réseau (*snowball sampling*) était envisagée, mais celle-ci a produit des résultats limités. Le choix de ne pas passer par les institutions hospitalières était volontaire afin de préserver la confidentialité des participant·e·s et de limiter les réticences liées à leur environnement professionnel. Malgré les difficultés d'accès au terrain, liées notamment à la charge de travail des professionnel·le·s

de santé et à la sensibilité du sujet, les entretiens réalisés se sont révélés particulièrement riches et ont permis de recueillir des récits détaillés offrant une base solide pour l'analyse.

4.4. Méthode de collecte des données

Pour cette recherche, j'ai opté pour la réalisation d'entretiens semi-directifs. Tous et toutes les participant·e·s ont été interrogé·e·s à l'aide d'une même grille d'entretien, afin de garantir une certaine comparabilité des données et de faciliter l'analyse ultérieure. Cette homogénéité dans la structure des entretiens permettait également de dégager plus facilement des tendances générales, malgré un nombre de participant·e·s relativement limité. Les entretiens ont duré entre 35 minutes et 1h15 et ont tous été réalisés en appel (vidéo ou non). Ce choix a été fait afin de faciliter la participation des personnes interrogées, en tenant compte de leurs disponibilités et des contraintes organisationnelles, dans un contexte où le recrutement de participant·e·s s'est révélé complexe. L'objectif était de rendre la participation aussi simple et accessible que possible.

Le choix de l'entretien semi-directif s'explique par la volonté de combiner une structure commune avec une grande liberté de parole. La grille d'entretien¹¹ était organisée autour de plusieurs thèmes principaux : la formation, les stages et l'embauche, les relations avec les collègues, les relations avec les patient·e·s, les relations avec la hiérarchie, les institutions face au racisme et les politiques internes ainsi que les stratégies individuelles mises en place. Ces thèmes permettaient d'orienter les échanges tout en abordant les dimensions principales de la recherche. En même temps, les questions posées étaient volontairement ouvertes afin de laisser aux participant·e·s la possibilité de développer librement leurs expériences et de suivre leur propre logique narrative. Il était également fréquent de leur demander d'illustrer leurs propos par des exemples concrets. Dans ce sens, les entretiens avaient une dimension très narrative, permettant de recueillir des récits détaillés de situations vécues.

L'entretien semi-directif, combiné à une approche narrative, a permis d'obtenir des récits riches et détaillés, tout en laissant une grande place à l'expression des participant·e·s. Cette flexibilité était également importante pour adapter les échanges en fonction des réponses, en rebondissant sur certains éléments ou en approfondissant des situations particulières, ce qui aurait été impossible dans une approche quantitative. Par ailleurs, dans le cadre d'un sujet sensible et

¹¹ À consulter en annexe.

parfois tabou comme le racisme structurel dans le milieu hospitalier, le fait de réaliser les entretiens en appel vidéo (pour 5 des 6 entretiens) a également contribué à humaniser la démarche de recherche et à instaurer un climat de confiance. J'ai encouragé l'utilisation de la caméra, ce qui permettait de faciliter l'interaction et de rendre l'échange plus direct et plus engageant. Dans l'ensemble, cette méthode a bien fonctionné, les participant·e·s semblant à l'aise pour se livrer. Néanmoins, ce dispositif comporte certaines limites, notamment en termes de participation, qui est restée restreinte. Dans une perspective future, il serait pertinent de compléter ce type d'entretiens par un questionnaire, plus facile à diffuser, garantissant l'anonymat et permettant d'atteindre un plus grand nombre de personnes. Enfin, l'ensemble des entretiens a été enregistré avec le consentement des participant·e·s, afin de permettre une transcription et une analyse rigoureuse des données.

4.5. Réflexivité sur ma position en tant que chercheuse blanche

Toute recherche effectuée se doit d'avoir un travail de réflexivité derrière, pour qu'elle soit éthique et rigoureuse. C'est particulièrement le cas pour le domaine des sciences sociales, qui tend à étudier des groupes minoritaires. En effet, les chercheurs et chercheuses ne sont pas des observateur·trice·s neutres : leur identité (classe, genre, ethnicité etc.), leurs expériences personnelles, leurs diverses croyances, leur position sociale mais également leurs biais implicites influencent fortement leur recherche, et tout·e chercheur·euse se doit d'être pleinement conscient·e de cela (England, 1994 ; Crenshaw, 1991). La recherche en général, mais surtout la recherche qualitative, est conçue comme un processus relationnel où chercheur·euse·s et participant·e·s construisent ensemble la réalité étudiée (Fresnoza & Cheung, 2024). En tant que chercheuse, cette prise de conscience-là se doit d'être accompagnée d'une réflexion approfondie sur ma propre position dans la recherche (Bourdieu, 2004). Ce travail de réflexion préalable permet donc de limiter les biais, renforcer l'éthique de la recherche mais aussi remettre en question certains cadres de pensées dominants, ce qui est particulièrement important dans les études migratoires (Schinkel, 2018). Ce travail de réflexion sur ma positionalité et ma subjectivité en tant que chercheuse a été essentiel pour moi, étant donné le thème très délicat que je traite dans cette recherche. Les questions de racisme et de discriminations me touchent et m'intéressent depuis longtemps, ce qui influence forcément mon regard sur le sujet. Pour limiter cet impact, j'ai cherché à appuyer mon analyse sur la littérature scientifique.

Je me suis aussi longuement questionnée si j'étais légitime d'étudier un sujet tel que le racisme anti-Noir·e·s, alors que je ne l'ai jamais subi, étant blanche. Pendant longtemps, j'ai même hésité à effectuer ce travail-là, de peur de reproduire des pensées dominantes et de ne pas être capable de comprendre les vécus des personnes que j'étudiais. J'avais également des craintes quant à la manière dont mon engagement dans cette thématique pourrait être perçu. Je redoutais notamment que les personnes interrogées interprètent ma démarche comme une forme de « *complexe de la sauveuse blanche* »¹².

J'avais cependant mené une recherche, dans le cadre d'un cours de mon master, sur les expériences de vie des jeunes femmes musulmanes qui portent le voile. Au début de cette recherche, je m'étais également posée plusieurs questions sur ma légitimité et avais quand-même décidé de la réaliser. Cette recherche fût extrêmement bien accueillie par ces jeunes filles, qui, contrairement à mes peurs, étaient ravies que quelqu'un s'intéresse aux discriminations qu'elles subissaient, mais étaient surtout très touchées et reconnaissantes que ce sujet intéresse une personne non voilée. C'est aussi cette expérience qui m'a encouragée à entreprendre cette recherche. Bien que j'aie eu des craintes concernant ma position de chercheuse, celles-ci m'ont semblé moins importantes que la nécessité de produire des connaissances sur un sujet encore insuffisamment étudié et qui touche énormément de personnes.

De plus, j'avais également effectué un travail sur la légitimité des chercheur·euse·s à travers la distinction entre les statuts d'insiders et d'outsiders. Être insider comporte certains avantages, tels qu'un accès au terrain facilité, d'une relation de confiance plus rapide mais aussi d'une compréhension plus fine des réalités étudiées (Banks, 1998 ; Bishop, 2008 ; Manohar et al., 2017). En revanche, avoir le statut d'insider dans sa recherche peut aussi amener certains biais comme une perte de distance critique ou des attentes particulières de la part des enquêté·e·s (Merriam et al., 2001 ; Sherif, 2001 ; Martiniello, 2024). Être un outsider dans sa propre recherche peut donc permettre d'avoir une plus grande distance analytique et d'éviter certains biais liés à la familiarité du sujet, ce qui peut se révéler être un avantage pour la pertinence de la recherche (Al-Makhamreh & Lewando-Hundt, 2008 ; Liamputtong, 2010).

Ce travail m'avait donc appris que la légitimité d'un·e chercheur·se ne dépend pas que de son appartenance au groupe étudié, mais surtout de sa capacité à mener une recherche rigoureuse,

¹² C'est-à-dire comme une recherche motivée par une gratification personnelle en intervenant auprès d'un groupe minoritaire auquel je n'appartiens pas, plutôt que par un réel intérêt pour la compréhension de leurs expériences et des enjeux auxquels iels sont confronté·e·s.

réflexive et éthique. Marco Martiniello, chercheur d'origine italienne, a débuté sa carrière en étudiant la migration italienne, un domaine dans lequel son parcours personnel lui conférait une certaine légitimité aux yeux du monde académique et des participant·e·s. Cependant, il a rapidement critiqué l'idée selon laquelle les chercheur·euse·s issu·e·s de l'immigration devraient se limiter à l'étude de leur propre communauté. Selon lui, réduire la légitimité scientifique à l'expérience personnelle risque d'enfermer les chercheur·euse·s dans des catégories identitaires et de restreindre la portée des sciences sociales (Martiniello, 2024). Il défend au contraire une vision selon laquelle la légitimité repose avant tout sur la rigueur méthodologique, la réflexivité et la capacité à produire une analyse critique, indépendamment de l'appartenance du ou de la chercheur·euse au groupe étudié (Martiniello, 2024).

C'est à partir de l'ensemble de ces réflexions théoriques, des travaux cités ci-dessus ainsi que des expériences et témoignages évoqués tout au long de ce travail que j'ai construit ma propre réflexion sur ma légitimité en tant que chercheuse. Consciente des différences qui existent entre mon parcours et celui des personnes interrogées, j'ai cherché à adopter une posture d'écoute, d'ouverture et de remise en question permanente de mes présupposés. J'ai ainsi tenté de construire une recherche qui ne prétend pas être totalement exempte de biais — puisque aucune recherche ne l'est — mais qui s'efforce de les reconnaître, de les questionner et de les rendre explicites. C'est dans cette volonté de transparence, de respect des personnes étudiées et de rigueur méthodologique que s'inscrit mon travail, et qui, je l'espère, lui confère son caractère éthique et scientifique.

4.6. Considérations éthiques

Dans cette recherche, la question de l'anonymat et de la confidentialité a été centrale. Dans le document d'information transmis aux participant·e·s, j'ai précisé que les entretiens seraient strictement confidentiels, que les enregistrements seraient supprimés après transcription et que les données seraient traitées de manière anonymisée. Malgré ces garanties, plusieurs personnes ont exprimé des inquiétudes concernant leur anonymat. Certain·e·s ont en effet estimé que celui-ci n'était pas totalement garanti, dans la mesure où moi-même ainsi que mon directeur de mémoire connaissions leur identité. Cette perception a, dans certains cas, constitué un frein à leur participation. À l'inverse, ces mêmes personnes auraient accepté plus facilement de répondre à un questionnaire entièrement anonyme. Concernant le traitement des données, aucun élément permettant d'identifier directement les participant·e·s n'a été divulgué dans le cadre de

cette recherche. Le genre des participant·e·s a cependant été mentionné. Afin de renforcer encore la protection de l'anonymat, l'usage de « Entretien x » a été mobilisé lors des citations. Sur le plan éthique, cette recherche impliquait une vigilance particulière, à la fois en raison de la sensibilité du sujet abordé et du fait qu'il concerne le milieu professionnel des participant·e·s. Il était donc essentiel de garantir à la fois la confidentialité des propos et la protection des personnes interrogées. Dans ce cadre, un consentement éclairé a été obtenu avant chaque entretien, et chaque participant·e a accepté l'enregistrement des échanges.

4.7. Analyse des données

Pour l'analyse des données, j'ai d'abord effectué une lecture globale des entretiens afin de me familiariser avec le corpus et de dégager les premières tendances. Cette étape m'a permis de mieux comprendre l'ensemble des discours et de repérer les grands thèmes qui ressortaient des récits. Les entretiens ont ensuite été retranscrits à l'aide des logiciels Corv, de l'Université de Lausanne et aTrain, recommandé par l'Université de Genève, qui garantissent une protection totale des données. Pour analyser les entretiens, j'ai choisi d'opter pour une analyse thématique inductive, car elle me semblait la plus adaptée aux entretiens semi-directifs, où les personnes interrogées peuvent développer librement leurs expériences. Mon analyse thématique s'inspire ici de l'approche développée par Braun et Clarke (2006), qui constitue aujourd'hui une référence majeure pour l'identification et l'analyse de thèmes dans les données qualitatives. Cette approche thématique et inductive a permis de faire ressortir des régularités et des mécanismes à partir des récits, ce qui est particulièrement pertinent pour analyser des phénomènes comme le racisme structurel. Concrètement, j'ai commencé par coder les données en identifiant les éléments importants dans les discours. Une partie de ces codes s'appuyait sur les thèmes définis dans mon guide d'entretien, mais j'ai aussi laissé émerger des codes directement à partir des entretiens. Au fil de l'analyse, j'ai affiné ces codes en comparant les différents récits entre eux, ce qui m'a permis de faire ressortir des similitudes mais aussi des différences entre les expériences. Enfin, j'ai regroupé ces codes en catégories plus larges, puis en thèmes principaux qui permettent de mieux comprendre les dynamiques liées au racisme structurel dans les hôpitaux suisses. Cette manière de procéder m'a permis de construire les résultats progressivement, à partir du terrain, tout en gardant les thèmes de départ comme point d'appui.

4.8. Limites de la recherche

Cette recherche comporte plusieurs limites. Tout d'abord, la taille restreinte de l'échantillon ne permet pas de représenter l'ensemble des médecins noir·e·s exerçant dans les hôpitaux suisses. Cette limite s'explique notamment par les difficultés d'accès au terrain, liées à la disponibilité des professionnel·le·s de santé, à la sensibilité du sujet et aux contraintes propres au milieu hospitalier. Par ailleurs, cette recherche s'inscrit dans une démarche exploratoire dont l'objectif n'était pas d'identifier des régularités statistiques ni d'atteindre une saturation des données, mais plutôt d'explorer des expériences vécues et de mettre en lumière certains mécanismes sociaux récurrents, sans prétendre à l'exhaustivité.

Le recrutement peut également avoir introduit un biais de sélection, les personnes ayant accepté de participer étant potentiellement plus sensibles aux questions de racisme ou davantage concernées par ces enjeux. Toutefois, les entretiens font également apparaître des expériences positives et des perceptions nuancées, ce qui contribue à diversifier les points de vue recueillis.

Une autre limite concerne l'absence de triangulation des données. Cette recherche repose principalement sur des entretiens individuels et n'a pas été complétée par l'analyse de documents institutionnels, de données administratives ou d'autres sources permettant de croiser les perspectives recueillies. Les résultats doivent donc être compris comme l'analyse d'expériences situées et de perceptions individuelles, plutôt que comme une description exhaustive du fonctionnement institutionnel.

Les données reposent également sur des récits subjectifs construits à partir des perceptions et des expériences des participant·e·s. Elles ne doivent donc pas être considérées comme des représentations objectives ou directement mesurables de la réalité, mais comme des témoignages permettant de mieux comprendre certains mécanismes sociaux et les significations que les individus leur attribuent. Par ailleurs, la mesure du racisme constitue en elle-même un défi méthodologique. Les situations perçues comme racistes dépendent en partie de l'interprétation qu'en font les personnes concernées, de leur vécu, de leur sensibilité et du contexte dans lequel elles s'inscrivent. Une même situation peut ainsi être interprétée différemment selon les individus. Les expériences rapportées relèvent donc d'une réalité vécue et perçue, qui, bien que fondamentalement subjective, demeure essentielle pour comprendre les manifestations et les effets du racisme dans les parcours de vie.

Enfin, le guide d'entretien utilisé dans cette recherche a pu influencer l'orientation des réponses. Certaines questions portant explicitement sur les expériences de discrimination ou de racisme ont pu attirer l'attention des participant·e·s sur ces dimensions et ainsi favoriser l'évocation de certaines expériences plutôt que d'autres.

5. Analyse

Ce chapitre présente les résultats issus de l'analyse thématique des entretiens réalisés auprès de six médecins noir·e·s exerçant en Suisse. À partir de leurs récits et de leurs expériences professionnelles, il met en lumière les différentes formes que peut prendre le racisme dans le contexte hospitalier, ainsi que les mécanismes institutionnels et relationnels qui contribuent à sa reproduction. Les thèmes présentés ont été construits de manière inductive à partir du matériau empirique et sont illustrés par des extraits d'entretiens afin de rendre compte au plus près de la parole des participant·e·s. L'objectif n'est pas seulement de décrire des expériences individuelles, mais également de voir si elles révèlent des dynamiques plus larges relevant du racisme structurel.

5.1. Formation médicale

5.1.1. Le thème du racisme peu présent dans la formation médicale

L'un des constats les plus frappants qui ressort des entretiens concerne l'absence quasi totale de réflexion sur le racisme au cours de la formation médicale. Qu'ils aient effectué leurs études en Suisse ou à l'étranger, les médecins interrogé·e·s rapportent unanimement que cette thématique n'a jamais, ou presque jamais, été abordée durant leur cursus.

« Non, ça n'a jamais été abordé dans ma formation. Jamais. » (Entretien 1)

« Globalement, non. Non, globalement non. Ce n'est pas abordé. » (Entretien 3)

« Absolument pas. » (Entretien 4)

« Non. Pas pendant la formation. » (Entretien 5)

« C'est quelque chose dont on n'a jamais parlé. » (Entretien 6)

Le fait que ce sujet ne soit pas abordé est d'autant plus étonnant car les expériences relatées dans les chapitres suivants montrent que le racisme peut constituer une réalité présente dans les institutions hospitalières. Plusieurs participant·e·s rapportent en effet avoir été confronté·e·s à des situations de discrimination de manière régulière, parfois même fréquente, dans leurs relations avec les patient·e·s, les collègues ou la hiérarchie.

Quelques participant·e·s mentionnent néanmoins de rares exceptions. Un médecin explique :

« Alors, il y a très peu de cours qui ont mentionné la problématique du racisme. Il y en a peut-être eu un ou deux où il avait été mis en évidence que les personnes de certaines ethnicités pouvaient être victimes de prises en charge qui n'étaient pas autant optimales que celles des personnes caucasiennes. » (Entretien 2)

Une autre participante rapporte :

« Il y a des thèmes dont on peut parler. Par exemple, l'année passée, on a parlé de la discrimination des personnes noires aux urgences. » (Entretien 3)

Toutefois, ces exemples apparaissent comme des exceptions plutôt que comme des éléments centraux du cursus. De plus, lorsque le racisme est abordé dans le domaine de la santé, les récits montrent qu'il est le plus souvent envisagé sous l'angle des inégalités de prise en charge des patient·e·s plutôt que sous celui des discriminations vécues par les professionnel·le·s de santé. Ce constat rejoint les observations faites dans la littérature scientifique suisse, comme cela a été présenté précédemment.

Plusieurs participant·e·s décrivent même le sujet comme largement invisibilisé dans la formation. Une médecin résume simplement :

« C'est un tabou, on peut dire. » (Entretien 6)

Un autre participant avance une explication liée à l'évolution récente du débat public :

« Je dirais qu'à l'époque, disons, je pense il y a 20 ans, même plus, on n'en parlait pas tellement de ces questions-là. C'était pas dans le débat vraiment public. Je pense que les gens n'avaient pas non plus vraiment beaucoup de connaissances sur ce sujet. C'était peut-être pas dans le scope des connaissances qu'ils avaient. Et du coup, peut-être qu'ils se sentaient inconfortables. » (Entretien 4)

Pour certain·e·s, cette absence ne relève pas uniquement d'un manque de connaissances mais également d'une difficulté à reconnaître l'existence même du problème :

« Un bandit, il annonce jamais qu'il est bandit. Voilà. Donc il est raciste, il ne va pas venir de front vous dire qu'il est raciste (...) Les gens font toujours semblant de dire que tout se passe bien. » (Entretien 1)

Les participant·e·s peinent toutefois à expliquer précisément pourquoi cette thématique demeure si peu abordée. Cette invisibilisation est d'autant plus surprenante que d'autres formes de discrimination, telles que le sexisme ou l'homophobie, semblent aujourd'hui davantage intégrées aux enseignements médicaux¹³. Dès lors, l'absence du racisme dans la formation pourrait elle-même être interprétée comme une manifestation du racisme structurel : non pas à travers des comportements individuels explicites, mais à travers l'omission d'un problème pourtant régulièrement rencontré dans la pratique professionnelle.

Cette absence de réflexion sur le racisme peut être interprétée à travers le concept de *color-blindness*. En se présentant comme neutres et égalitaires, les institutions de formation tendent parfois à considérer que les questions raciales ne constituent pas un enjeu spécifique nécessitant une attention particulière. Pourtant, cette neutralité apparente peut contribuer à invisibiliser des inégalités bien réelles et à limiter la capacité des futur·e·s professionnel·le·s à identifier ou remettre en question certains mécanismes discriminatoires.

5.1.2. Des études généralement vécues positivement

Malgré cette absence de réflexion institutionnelle sur le racisme, les études universitaires elles-mêmes sont majoritairement décrites de manière positive par les participant·e·s.

« J'ai développé des amitiés pendant les études avec les camarades... Je n'ai pas eu de problématique majeure avec les enseignants. » (Entretien 4)

« J'étais vraiment bien intégrée de base. » (Entretien 5)

« Je pense que globalement, elle était bonne. » (Entretien 2)

Les entretiens ne font ainsi pas apparaître l'université comme un lieu particulièrement marqué par des expériences de discrimination. Au contraire, plusieurs participant·e·s évoquent une intégration satisfaisante et des relations généralement positives avec les autres étudiant·e·s et le corps enseignant.

¹³ Comme le rapportent deux participants.

5.1.3. Les stages comme premiers lieux de confrontation aux discriminations

Si les années universitaires sont généralement décrites de manière positive, les stages constituent en revanche le moment où plusieurs participant·e·s rapportent leurs premières expériences de discrimination.

Comme l'explique un participant :

« Alors pendant les stages, justement, c'est ça que je disais. Côté hôpital, là, oui, oui, il y a eu un incident raciste. » (Entretien 4)

Les stages apparaissent ainsi comme une période charnière, marquant l'entrée dans les institutions hospitalières et la découverte de dynamiques qui seront ensuite retrouvées tout au long de la carrière professionnelle.

Pour autant, là encore, les expériences demeurent contrastées.

« Non, mes stages se sont globalement bien passés. » (Entretien 4)

« Pour les stages, il n'y a pas vraiment eu de problème avec les médecins. » (Entretien 2)

« La plupart des stages, en général, ça se passait plutôt bien. » (Entretien 3)

Cependant, certaines personnes rapportent déjà des formes plus subtiles de différenciation.

Une participante explique notamment :

« Moi j'ai quand même l'impression qu'en tant que personne noire, on s'attendait toujours à ce que je fasse un peu plus que les autres. Ça je l'ai perçu comme ça. Mais ce n'était pas dit de façon explicite. » (Entretien 3)

Cette citation est particulièrement intéressante car elle fait écho à plusieurs résultats observés dans les chapitres suivants. Les discriminations ne prennent pas nécessairement la forme d'insultes ou de remarques ouvertement racistes, mais peuvent se manifester à travers des attentes plus élevées, une nécessité de faire davantage ses preuves ou un niveau d'exigence différent.

Le fait que pour certain·e·s participant·e·s les premières expériences de discrimination apparaissent principalement lors des stages n'est pas anodin. L'entrée dans l'institution hospitalière confronte les étudiant·e·s à des normes professionnelles, à des hiérarchies et à des interactions quotidiennes qui rendent plus visibles certains mécanismes de différenciation. Les attentes plus élevées rapportées par plusieurs participant·e·s peuvent ainsi être interprétées comme le résultat de stéréotypes implicites qui conduisent certaines personnes à devoir davantage démontrer leur légitimité professionnelle.

5.2. Embauche

5.2.1. Une insertion professionnelle généralement facilitée

Contrairement à ce qui aurait pu être attendu au regard des expériences de discrimination rapportées dans d'autres domaines, la majorité des participant·e·s ne décrivent pas de difficultés majeures lors de leur entrée sur le marché du travail médical. Plusieurs soulignent que leur recherche d'emploi s'est déroulée relativement facilement, notamment grâce aux stages effectués durant leur formation.

« Ma recherche d'emploi, j'ai fait différents stages, ce qui m'a permis de pouvoir connaître le service et les personnes qui s'en occupent, pour pouvoir postuler sur la base d'une expérience pratique et non pas seulement sur un dossier, ce qui facilite aussi les choses (...) J'ai eu à faire seulement trois postulations pour avoir mon premier emploi. » (Entretien 2)

Cette expérience est cohérente avec plusieurs autres témoignages qui mettent en avant l'importance des stages, des recommandations et de l'intégration préalable dans les services hospitaliers. Une fois entré·e·s dans le système hospitalier, les participant·e·s décrivent un accès à l'emploi relativement favorable. Le rôle central des réseaux professionnels met en lumière un mécanisme souvent associé au racisme structurel. Lorsque l'accès aux opportunités dépend fortement des relations informelles, des recommandations et de l'intégration dans certains cercles professionnels, les inégalités déjà présentes peuvent avoir tendance à se reproduire au fil du temps.

Cette situation peut également s'expliquer par la pénurie de médecins qui caractérise actuellement le système de santé suisse. Plusieurs participant·e·s soulignent que les compétences professionnelles demeurent un critère central dans le recrutement et que les

établissements ont besoin de personnel qualifié. Ainsi, les discriminations à l'embauche n'apparaissent pas comme systématiques.

5.2.2. La nécessité de prouver davantage ses compétences

Si l'accès à l'emploi ne semble pas constituer un obstacle majeur pour la plupart des participant·e·s, plusieurs décrivent néanmoins un sentiment de devoir fournir davantage d'efforts pour atteindre les mêmes objectifs que leurs collègues.

« Oui, parce que je pense que déjà, rien que le fait de devoir à moitié bidouiller mon CV pour qu'on m'invite à des entretiens, pour moi, c'est de devoir prouver plus que d'autres ce qu'il y a. Et puis, on ne m'a jamais invitée à des entretiens si je n'ai pas mis je ne sais combien de lettres de recommandations que j'ai toujours demandé. Et je pense que j'ai toujours, par rapport à des collègues à qui j'ai demandé, j'ai dû fournir des certificats de langue, des trucs que des fois d'autres n'avaient absolument pas à donner. Donc, je pense que pour certaines choses, oui, j'ai dû faire plus que d'autres pour arriver à la même chose. Ou à moins, des fois. » (Entretien 6)

Le témoignage de cette participante fait écho à un thème récurrent observé dans l'ensemble des entretiens : la nécessité de démontrer constamment sa légitimité professionnelle. L'accès à l'emploi ne semble pas fermé aux médecins noir·e·s, mais plusieurs ont le sentiment que les exigences qui leur sont imposées sont parfois plus élevées que celles auxquelles sont confronté·e·s d'autres candidat·e·s.

Cette participante décrit également avoir développé des stratégies particulières lors de ses candidatures, notamment en évitant de mettre sa photo sur son CV ou en cherchant à mettre en avant ses qualifications plutôt que son nom. Le fait de devoir recourir à ce type d'adaptations peut être interprété comme une manifestation du racisme structurel, dans la mesure où certaines personnes estiment qu'il est nécessaire de modifier leur présentation afin de limiter les effets potentiels des préjugés. Ces ajustements montrent que les participant·e·s prennent en compte la possibilité que certains marqueurs identitaires influencent l'évaluation de leur candidature.

5.2.3. Nationalité, pays de formation et reconnaissance des qualifications

Les entretiens montrent également que les inégalités observées lors du recrutement ne sont pas toujours attribuées uniquement à la couleur de peau. Plusieurs participant·e·s évoquent l'importance de la nationalité ou du lieu de formation dans les processus de sélection.

L'un des médecins interrogés estime ainsi que les personnes étrangères rencontrent davantage de difficultés d'accès à certaines opportunités de formation :

« Du moment où ils sont étrangers, ils n'ont pas un accès facile à certains stages des formations. Donc on peut les laisser dans les hôpitaux périphériques où ils apprennent des choses de manière générale, mais pas des choses pointues (...) Quand on voit les stages pointus qui peuvent déboucher sur des postes dans les milieux universitaires, que c'est que les Suisses qui sont gardés... » (Entretien 1)

Selon lui, ces mécanismes touchent avant tout les médecins étrangers, indépendamment de leur origine ethnique :

« Qu'ils soient blancs, qu'ils soient noirs ou qu'ils soient jaunes, du moment où ils sont étrangers... » (Entretien 1)

Cette distinction entre racisme et xénophobie revient à plusieurs reprises dans les entretiens. Certain·e·s participant·e·s estiment que les obstacles rencontrés sont davantage liés au statut d'étranger qu'à la couleur de peau. D'autres soulignent cependant que les deux dimensions peuvent parfois se renforcer mutuellement, notamment lorsque les diplômes obtenus dans certains pays sont jugés moins légitimes ou moins prestigieux. Les participant·e·s évoquent notamment les difficultés rencontrées par certain·e·s collègues ayant effectué leur formation dans un pays africain. En effet, leurs qualifications sont parfois davantage remises en question que celles de médecins formé·e·s dans d'autres régions du monde.

5.2.4. Des opportunités inégalement réparties

Au-delà de l'embauche elle-même, plusieurs témoignages mettent en évidence des inégalités dans l'accès à certaines opportunités professionnelles.

Un participant raconte ainsi avoir été privé d'un poste qu'il estimait mériter :

« Il y avait un poste de chef de clinique. Tout le monde pensait que c'est moi qui allais avoir le poste. Je n'ai pas eu ce poste parce que bon, à part le fait que je n'étais pas de là-bas et que je n'étais pas blanc, il n'y a pas de raison. » (Entretien 1)

Il décrit également certaines difficultés de reconnaissance de son parcours lorsqu'il est arrivé en Suisse :

« J'avais une formation, j'avais une expérience, j'avais le nécessaire pour être cadre et avoir un poste d'enseignant à l'université. Donc ça, on ne m'a pas ouvert. » (Entretien 1)

Les témoignages présentés dans cette section renvoient davantage à des formes de discrimination indirecte qu'à des exclusions explicites. Certain·e·s participant·e·s ne décrivent pas des règles formelles empêchant leur progression professionnelle, mais plutôt une accumulation d'obstacles qui produisent des effets non négligeables sur leurs trajectoires de carrière.

5.3. Relations avec les collègues

5.3.1. Des relations généralement positives

Les relations avec les collègues sont majoritairement décrites de manière positive. La plupart des participant·e·s insistent sur le fait qu'ils ont entretenu de bonnes relations avec leurs collègues et qu'ils ont généralement été bien intégré·e·s au sein des équipes médicales.

« Mais de collègues à collègues je n'ai pas eu de soucis franchement, non. Je garde de très bons souvenirs. » (Entretien 1)

« Alors, du point de vue, encore une fois, des médecins, pas vraiment. J'ai pas vraiment eu de problème. » (Entretien 2)

« Sur le plan professionnel, avec mes collègues, ça a toujours été. » (Entretien 6)

Ces témoignages suggèrent que les relations entre collègues ne sont pas souvent marquées par le racisme. Les participant·e·s décrivent généralement un environnement de travail dans lequel les collaborations se déroulent de manière satisfaisante et où les interactions quotidiennes sont le plus souvent positives.

Toutefois, plusieurs personnes interrogées nuancent ce constat. Les difficultés semblent parfois davantage provenir d'autres corps de métier.

« Maintenant, avec les autres corps de métier, là, il peut y avoir un peu plus d'incidents ou bien de frictions. » (Entretien 2)

Cette distinction entre médecins et autres professions hospitalières apparaît à plusieurs reprises dans les entretiens et suggère que les expériences de discrimination ne se manifestent pas de

manière uniforme au sein de l'institution. Malgré ce climat généralement positif, les participant·es rapportent plusieurs situations révélant des formes plus subtiles de racialisation au sein des relations professionnelles.

5.3.2. Les microagressions du quotidien

Lorsque le racisme apparaît dans les relations entre collègues, il est rarement frontal ou explicite. Les participant·e·s décrivent davantage des microagressions prenant la forme de plaisanteries, de surnoms, de remarques ou de références stéréotypées. Celles-ci peuvent sembler anodines lorsqu'elles sont prises isolément, mais leur répétition contribue à rappeler régulièrement aux personnes concernées leur différence.

L'un des premiers exemples rapportés concerne l'utilisation d'un surnom à caractère racialisé :

« Donc le physiothérapeute (...) pour répondre à la question de c'est qui le nouveau médecin assistant de l'unité, répond à l'infirmière “Hakuna Matata¹⁴”, comme dans Le Roi Lion. » (Entretien 2)

Cette situation illustre un processus de racialisation dans lequel le participant n'est plus perçu avant tout comme médecin mais comme membre d'un groupe racialisé. La référence à une représentation stéréotypée de l'Afrique contribue à le réduire à une identité associée à son apparence plutôt qu'à son statut professionnel.

Un autre témoignage révèle des formes d'humour reposant sur des références raciales plus explicites encore :

« Une autre fois où on avait regardé une radio ensemble avec un orthopédiste et qui me dit : “Ah là là, cette fracture est aussi difficile à voir qu'un nègre dans un tunnel.” » (Entretien 4)

Cette remarque est particulièrement révélatrice de la banalisation que peuvent prendre certains propos racialisés dans les interactions professionnelles. Elle s'appuie sur un stéréotype racial historiquement construit et montre comment certaines représentations racistes peuvent être banalisées à travers l'humour. Le registre humoristique tend alors à masquer la violence symbolique du propos et à rendre plus difficile sa remise en question.

¹⁴ « Hakuna Matata » est une expression en swahili, langue parlée en Afrique de l'Est.

Les témoignages révèlent également l'existence de stéréotypes mobilisés lors de situations conflictuelles :

« Ça a pu arriver qu'avec peut-être des collègues avec qui on avait eu des soucis par rapport à quelques autres problématiques, qu'ils ont ramené les stéréotypes pour me mettre mal à l'aise. Oui, ça s'est arrivé. » (Entretien 3)

Cette citation montre que la racialisation peut être mobilisée comme une ressource permettant de dévaloriser ou de discréditer une personne lors de tensions interpersonnelles.

Dans d'autres situations, les stéréotypes prennent une forme plus subtile :

« Ah oui, bah là, récemment, encore, dans une réunion avec une autre collègue qui est chef de service, elle me dit “Ah, mais de toute façon, toi et machin, vous êtes des besties, vous êtes des meilleurs potes.” Je suis là “Bah non, pas du tout. Pourquoi vous dites ça ?” Juste parce qu'on est noirs.” » (Entretien 4)

La remarque repose ici sur l'idée implicite que deux personnes noires partageraient nécessairement une proximité particulière. Cette forme d'assignation identitaire participe à la construction d'une altérité racialisée.

D'autres microagressions reposent sur des stéréotypes historiquement associés aux personnes noires :

« Par exemple, moi, je me souviens d'un collègue qui faisait des remarques disant qu'il sentait qu'il y avait des odeurs dans la pièce. Donc, chaque fois que j'arrivais, il disait qu'il sentait qu'il y avait des odeurs dans la pièce, mais sans pouvoir dire explicitement, voilà, que tu as une odeur particulière. » (Entretien 3)

Cette remarque renvoie à des représentations sociales racistes associant les personnes noires à la saleté ou à des caractéristiques corporelles supposées. Elle participe à un processus de stigmatisation au sens de Goffman (1963), dans lequel certains attributs visibles sont associés à des caractéristiques négatives qui contribuent à dévaloriser les personnes concernées.

Enfin, certains propos sont beaucoup plus explicites :

« Et puis, cette collègue, le soir, en rigolant, a dit “Ah, mais si on avait été un siècle avant, tu aurais été notre esclave. Et on ne serait pas tous assis ici, au bureau, en train de faire des lettres.” J’ai trouvé ça complètement déplacé. (...) J’en ai reparlé après. Je lui ai dit “Écoute, c’était quand même pas très cool”. Elle n’a pas compris. » (Entretien 6)

Cette citation est particulièrement révélatrice du décalage entre la perception de la personne visée et celle de l’auteure de la remarque, qui ne semble pas comprendre pourquoi cette comparaison peut être blessante. Plusieurs participant·e·s soulignent précisément cette difficulté : les comportements racialisants sont souvent banalisés par leurs auteurices, qui ne perçoivent pas nécessairement leur caractère discriminatoire. Cette référence à l’esclavage témoigne également de la persistance de représentations héritées de l’histoire coloniale. Même lorsqu’elles sont formulées sur le ton de l’humour, ces remarques réactivent des rapports de domination historiquement construits.

5.3.3. Être constamment identifié comme différent

Au-delà des microagressions ponctuelles, plusieurs participant·e·s décrivent un sentiment plus profond et plus durable : celui d’être constamment perçu·e comme différent·e au sein de l’institution hospitalière. Cette différence ne se manifeste pas uniquement à travers des remarques explicites, mais également dans des attitudes, des comportements ou des interactions quotidiennes qui contribuent à rappeler aux médecins noir·e·s leur statut de minorité.

Cette altérité apparaît parfois de manière directe. Comme le résume simplement l’un des participant·e·s :

« Vous êtes le seul qui est noir. » (Entretien 4)

D’autres situations révèlent une remise en question implicite de leur légitimité professionnelle.

« Durant toute ma formation, encore une fois, du fait qu’on est très peu de personnes ici d’une autre ethnie dans le cursus, j’ai ressenti tout le long ce sentiment où quand j’arrive dans un stage, quand j’arrive dans une unité, que je me présente au desk infirmier, ou quand je me balade dans l’hôpital, je prends l’ascenseur, les personnes regardent systématiquement mon badge, du fait que je porte une blouse, pour regarder si je suis vraiment dans le cursus médical. » (Entretien 2)

Cette citation est particulièrement révélatrice. Elle montre que le simple fait de porter une blouse blanche ne suffit pas toujours à être spontanément reconnu·e comme médecin. Là où les collègues blanc·he·s semblent bénéficier d'une présomption de légitimité, certains médecins noir·e·s ont le sentiment devoir constamment démontrer leur appartenance au groupe professionnel. La figure du médecin semble ainsi rester associée à certaines représentations sociales où la blancheur constitue encore implicitement la norme.

Cette altérité est parfois formulée de manière beaucoup plus explicite. Un participant raconte ainsi une discussion avec un collègue :

« Oui, oui. Alors, attitudes déplacées, oui. (...) Une fois où on parlait et puis j'ai dit : "Ah, mais de toute façon, voilà... Sous la peau, on est tous pareils". Et puis il a dit : "Ben non, on n'est pas pareils. Regarde tes gencives. Regarde la couleur de tes gencives." » (Entretien 4)

Cette remarque illustre une logique de catégorisation qui insiste sur les différences physiques plutôt que sur les caractéristiques individuelles. Elle rappelle que le racisme repose précisément sur la réduction des individus à certaines caractéristiques corporelles perçues comme significatives.

Plusieurs participant·e·s rapportent également ressentir des tensions particulières avec certains autres corps de métier de l'hôpital, comme déjà observé dans le chapitre sur les stages :

« Et par la suite aussi, ce que j'observe, contrairement aux médecins, c'est que d'autres corps de métier, comme les infirmières ou bien les thérapeutes, les ergothérapeutes, voilà, peut-être les femmes de ménage ou bien à la cafétéria, qu'il y a un peu une sorte de tension du fait peut-être qu'on est d'une autre ethnicité. C'est assez difficile à mettre un terme dessus, mais on peut percevoir que ce n'est pas tout à fait le même traitement qu'il y aurait vis-à-vis d'une personne de couleur blanche. » (Entretien 2)

Pour expliquer cette situation, ce même participant avance une hypothèse intéressante :

« Je pense que ça peut être dû à la perception peut-être qu'ils ont l'habitude du médecin qui est caucasien, homme (...) ou ça peut peut-être déranger de voir une personne issue d'une minorité ethnique être dans ce rôle-là et qu'il y a potentiellement peut-être un peu plus de défiance dans ce sens-là. » (Entretien 2)

L'image traditionnelle du médecin semble ainsi encore fortement associée à certaines caractéristiques sociales et raciales. La présence d'un·e médecin noir·e peut dès lors apparaître comme une remise en cause implicite de ces représentations.

5.3.4. Entre racisme, xénophobie et concurrence professionnelle

L'un des éléments les plus frappants des entretiens est la difficulté à distinguer clairement ce qui relève du racisme de ce qui relève davantage de la xénophobie ou des rivalités professionnelles.

Plusieurs participant·e·s évoquent en effet des discriminations qui semblent liées autant à leur statut d'étranger qu'à leur couleur de peau.

« Les étrangers, pour eux, c'est vraiment on est là pour renflouer les trous. Ça veut dire on va privilégier les Suisses d'abord et puis les autres un peu ensuite. Et puis, il y a clairement un certain sens de dénigrement. Vous n'êtes pas, on ne se sent pas tout à fait à égalité. » (Entretien 6)

Cette citation montre que les mécanismes de différenciation observés ne se construisent pas uniquement autour de la race, mais également autour de la nationalité .

Une autre participante souligne quant à elle que les comportements discriminatoires ne proviennent pas nécessairement des collègues suisses :

« Au fond, moi, à la fin, je suis arrivée à la conclusion que je suis même beaucoup plus à l'aise si mes responsables sont des Suisses que d'autres origines (...) avec les autres personnes, en fait, c'est comme si on est en concurrence tous. Et donc, c'est par rapport à ça qu'il y a plus de discrimination. » (Entretien 3)

Cette observation revient à plusieurs reprises dans les entretiens. Contrairement à certaines attentes, les participant·e·s ne désignent pas systématiquement les collègues suisses blanc·he·s comme les principaux·ales auteurices de comportements discriminatoires.

« Moi je dois dire en général que c'est un peu toutes les origines... Ici en Suisse, je n'ai pas eu l'impression que c'était les personnes d'origine caucasienne et c'est tout. Non. Moi, je dirais que c'est toutes les origines. Je dirais même que c'est moins les Suisses que les autres, franchement. » (Entretien 3)

Ces témoignages montrent que la racialisation ne se limite pas à une opposition entre majorité blanche et minorités racisées. Elle est aussi liée à d'autres enjeux, notamment la concurrence entre professionnel·le·s et l'accès aux opportunités professionnelles.

5.3.5. Des différences de traitement souvent indirectes

Ces expériences peuvent être rapprochées du concept de discrimination indirecte. En effet, plusieurs participant·e·s décrivent des différences de traitement qui ne prennent pas nécessairement la forme de remarques racistes explicites mais qui produisent néanmoins des effets concrets sur leur quotidien professionnel.

L'exemple le plus récurrent concerne la répartition du travail :

« Alors moi c'était surtout sur la répartition du travail en général. Moi je me suis trouvée plusieurs fois à devoir discuter avec les collègues pour que le travail soit réparti de façon équitable parce que du coup c'était réparti de façon à ce que moi j'en fasse plus et les autres en fassent moins. » (Entretien 3)

Cette situation illustre un phénomène qui revient fréquemment dans les entretiens : le sentiment de devoir constamment fournir davantage d'efforts que les autres.

D'autres témoignages évoquent des formes plus diffuses de dévalorisation :

« Indirectement, il y a des choses où... Vous connaissez l'expression quand on dit, on vous prend pour un con ? (...) on vous fait sentir que vous êtes un peu comme une deuxième classe. » (Entretien 6)

Cette participante souligne cependant elle-même la difficulté d'attribuer ces comportements uniquement à la « race » :

« Ce n'est pas forcément toujours lié à ma couleur. C'est aussi juste le fait d'être étranger et le fait de ne pas être suisse. » (Entretien 6)

Cette hésitation est particulièrement intéressante car elle révèle la complexité des expériences vécues. Les discriminations apparaissent souvent comme le résultat de plusieurs mécanismes imbriqués plutôt que d'une seule cause clairement identifiable.

Enfin, certain·e·s participant·e·s évoquent également des différences de reconnaissance :

« Vous avez le collègue bien blanc, bien comme il faut. Et puis tout le monde est là et applaudit. Et vous présentez vous-même. Et puis personne ne fait de commentaires. » (Entretien 6)

Cette moindre reconnaissance peut être interprétée comme le produit de représentations sociales qui influencent, parfois inconsciemment, la manière dont les compétences et les performances professionnelles sont évaluées.

5.3.6. Des expériences difficiles à nommer et à faire reconnaître

Enfin, l'un des enseignements majeurs des entretiens concerne la difficulté à qualifier les expériences vécues.

Plusieurs participant·e·s insistent sur le caractère ambigu de nombreuses situations :

« C'est difficile à dire, vraiment. » (Entretien 5)

Cette participante ajoute même avoir observé certaines situations où l'argument du racisme était utilisé de manière discutable :

« J'ai vu aussi la situation où la personne noire, en fait, elle est vraiment en tort, et elle utilise l'arme ou le prétexte de racisme. » (Entretien 5)

Ces propos montrent que les participant·e·s ne cherchent pas à attribuer systématiquement toute expérience négative au racisme. Au contraire, iels adoptent généralement une posture prudente et réflexive.

Cette difficulté est renforcée par le manque de compréhension de certains collègues :

« On est seuls parce que j'en ai jamais vraiment parlé avec mes autres collègues blancs, déjà, parce que, voilà, la majorité ne comprendrait pas. » (Entretien 4)

La difficulté à qualifier certaines situations comme racistes constitue un résultat important. Elle rappelle que le racisme contemporain se manifeste fréquemment à travers des comportements ambigus, implicites ou banalisés qui rendent leur identification particulièrement complexe. Cette ambiguïté peut renforcer le sentiment d'isolement des personnes concernées et les amener à ne pas rapporter certaines expériences.

5.4. Relations avec la hiérarchie

5.4.1. Des relations généralement positives avec la hiérarchie

À l'instar des relations avec les collègues, les relations avec la hiérarchie sont souvent décrites de manière positive par plusieurs participant·e·s. La majorité des médecins interrogé·e·s soulignent avoir entretenu de bonnes relations avec leurs supérieur·e·s et insistent sur le fait que les expériences négatives ne concernent qu'une minorité de personnes.

« Avec les chefs, dans la grande majorité des cas, ça s'est très bien passé. » (Entretien 1)

« En tout cas, dans les domaines où j'ai été (...) j'ai pas vraiment été confronté à ce problème-là. » (Entretien 2)

« Et mes chefs m'aimaient bien dans les deux. Et donc, je n'ai jamais eu de problème, vraiment. » (Entretien 6)

Ces témoignages montrent que les expériences de discrimination ne caractérisent pas systématiquement les relations hiérarchiques. Plusieurs participant·e·s insistent d'ailleurs sur la nécessité d'éviter toute généralisation abusive. Comme le rappelle un médecin :

« Donc il y a du bon chez beaucoup, il y a du mauvais chez quelques personnes. Donc il ne faut pas non plus généraliser les choses. » (Entretien 1)

Toutefois, malgré ce constat globalement positif, les entretiens révèlent également un ensemble de comportements, d'attitudes et de pratiques qui sont perçus comme discriminatoires par les participant·e·s. Comme dans les relations avec les collègues, ces comportements sont le plus souvent indirects et difficiles à objectiver.

5.4.2. Des comportements et propos discriminants souvent implicites

La plupart des situations rapportées ne relèvent pas d'un racisme frontal. Les participant·e·s décrivent davantage des remarques, des attitudes ou des comportements qui leur donnent le sentiment d'être perçu·e·s comme différent·e·s sans qu'il soit toujours possible de démontrer explicitement une intention discriminatoire.

Plusieurs participant·e·s évoquent ainsi des remarques portant sur leur apparence physique. Un médecin explique notamment :

« Alors, on m'a fait des remarques sur mon apparence, en fait (...) On m'a fait des remarques sur mes cheveux. On m'a dit que mes cheveux n'étaient pas professionnels. » (Entretien 4)

Cette remarque est particulièrement révélatrice de normes professionnelles souvent construites autour de caractéristiques physiques associées à la majorité blanche. Des cheveux considérés comme parfaitement ordinaires pour une personne noire peuvent ainsi être perçus comme incompatibles avec l'image attendue d'un·e médecin.

D'autres témoignages illustrent la persistance de certains préjugés concernant les compétences linguistiques. Une participante raconte :

« Le chef était quand même gonflé et m'a dit : “Ah, mais vous parlez quand même très bien allemand.” » (Entretien 6)

Ce type de remarque repose sur un stéréotype implicite selon lequel une personne noire serait moins susceptible de maîtriser la langue de la région. Présentée comme un compliment, elle contribue néanmoins à rappeler la position d'altérité attribuée à la personne concernée et renforce les préjugés associés à cette personne.

Plusieurs participant·e·s décrivent également un climat difficile à caractériser précisément, mais qu'ils perçoivent néanmoins comme problématique :

« Alors, les attitudes déplacées, oui, c'était aussi sournois (...) J'ai eu des relations avec un membre de la direction, qui sont des relations qui font penser au racisme. Il a des propos qui sont à la limite du racisme. » (Entretien 1)

Cette difficulté à identifier clairement les comportements problématiques revient régulièrement dans les entretiens :

« De manière directe, non... Mais à part un peu, je vous dis, cette sensation de malaise que j'avais... pas vraiment. Je n'ai pas d'exemple concret où je peux dire ça, c'était quelque chose qui n'allait pas. Oui, il y a des fois, c'était toujours un petit peu en sous-entendu. » (Entretien 6)

Ces comportements et remarques, bien qu'implicites produisent néanmoins un sentiment d'exclusion ou d'altérité chez les personnes interviewées.

Dans certains cas, ces comportements sont plus explicites. Un participant rapporte ainsi :

« Une fois dans un ascenseur, il y a un chef de service. Il était plus grand que moi, qui dit : “Ah, salut” et puis qui après s'approche et qui met sa main sur mes cheveux, quoi, pour toucher mes cheveux. » (Entretien 4)

Cette situation renvoie à une forme d'exotisation¹⁵ de la personne noire. La curiosité manifestée à l'égard des cheveux traduit une perception de la différence qui transforme certaines caractéristiques physiques en objets d'observation ou de fascination.

Les participant·e·s évoquent également plusieurs situations dans lesquelles l'humour véhicule des représentations racialisées.

« Il y avait une histoire avec un de mes ex-chefs qui a fait une présentation qui parlait de l'évolution des virus, et il comparait ça un peu à l'évolution des présidents américains (...) Puis, lui, il voulait faire une blague avec ça, donc il prend les présidents américains (...) tout semble être la même chose, jusqu'à l'apparition du premier variant, donc mutant. Et là, bam, c'est la tête d'Obama. Et tout le monde a rigolé. Sauf moi, parce que moi, je n'ai pas trouvé ça très drôle... Donc, voilà, ça, c'est dans des blagues, il y en a plein, plein d'exemples de blagues comme ça. » (Entretien 4)

Cet exemple illustre la manière dont certaines représentations racialisées peuvent être mobilisées dans des contextes apparemment anodins. L'association entre la figure d'Obama et l'idée de mutation repose sur une logique de différenciation qui présente implicitement la blancheur comme la norme de référence.

Dans un autre cas, un chef envoie à un médecin noir une photographie particulièrement problématique :

« Mon chef, par exemple, à l'époque, il m'a dit envoie-moi une photo pour que je mette sur le site web du service (...) Puis, il m'envoie une photo où c'était un guerrier, un membre des Janjaouid¹⁶ (...) une milice qui est très violente et qui a causé deux génocides déjà. Bah, il

¹⁵ L'exotisation désigne un processus de construction de l'altérité qui oppose « nous, ici » à « elles et eux, ailleurs ». Fondée sur un regard ethnocentré et hiérarchisant, elle présente les différences culturelles comme marginales ou inhabituelles, tout en pouvant les valoriser de manière ambivalente (Bouvet et al., 2024).

¹⁶ Ce sont des milices arabes nomades originaires du Soudan.

m'envoie une photo d'un de ces guerriers-là sur un chameau avec une machette. Il dit, ah, tu pourrais mettre ça. » (Entretien 4)

Cette association entre un médecin noir et un membre d'une milice responsable de crimes de masse repose uniquement sur une appartenance raciale supposée. Elle illustre la manière dont certains stéréotypes peuvent être mobilisés sous couvert d'humour sans que leur caractère problématique ne soit nécessairement reconnu.

Cette banalisation apparaît également dans d'autres exemples :

« Après, voilà, j'ai eu des patrons qui imitaient les accents africains ouvertement devant moi. » (Entretien 4)

Ces différents témoignages montrent que les comportements discriminatoires prennent souvent la forme de plaisanteries, d'allusions ou de commentaires présentés comme anodins. Pourtant, leur accumulation contribue à rappeler régulièrement aux médecins noir·e·s leur différence et leur statut de minorité au sein de l'institution.

5.4.3. Des comportements parfois ouvertement racistes

Si la majorité des expériences rapportées relèvent de formes implicites de discrimination, plusieurs participant·e·s évoquent également des situations beaucoup plus explicites.

L'une des participantes explique avoir été surnommée d'une certaine manière à la suite de critiques qu'elle avait formulées concernant des traitements qu'elle estimait injustes :

« Moi, j'ai déjà fréquenté un établissement où, quand je pouvais me plaindre, on trouvait que je me plaignais trop, au point où j'ai été surnommée l'Italienne noire, parce que ce n'était pas habituel qu'une noire se plaigne. Donc, on l'a attribué au fait que j'étais italienne (...) En fait, c'était pour dire que voilà, si c'était une noire, elle ne se serait pas plainte. Mais en Italie, elle a appris qu'elle a des droits et elle se plaint. » (Entretien 3)

Cette citation met en évidence plusieurs stéréotypes imbriqués : l'idée que les personnes noires seraient plus dociles, plus résignées ou moins enclines à défendre leurs droits.

D'autres exemples mobilisent directement des références à l'esclavage :

« “Bon, ben, aujourd'hui, je vais avoir besoin d'esclaves.” Et puis il m'a regardé, moi et une autre collègue afro-descendante. » (Entretien 4)

Cette remarque est particulièrement frappante car elle associe directement deux employé·e·s noir·e·s à une position de subordination historique.

Un autre participant rapporte :

« Il y avait un chef de service qui est décédé maintenant, mais qui passait dans le service et il disait : “Où sont mes nègres ?” (...) Il hurlait ça dans le service : “Vous avez vu mes nègres ?” en parlant de ses subordonnés. » (Entretien 4)

Au-delà du caractère ouvertement raciste du terme utilisé, cette citation met également en évidence la dimension hiérarchique du rapport de domination. L'utilisation du possessif « mes » renvoie à une logique de possession particulièrement lourde de sens au regard de l'histoire de l'esclavage et du colonialisme.

Le fait que ces propos soient tenus publiquement par des chefs de service contribue également à leur normalisation et peut rendre leur contestation particulièrement difficile.

5.4.4. Des différences de traitement récurrentes

Au-delà des remarques ou des comportements discriminatoires, ce sont surtout les différences de traitement qui reviennent de manière récurrente dans les entretiens. Plusieurs participant·e·s ont le sentiment de ne pas être évalué·e·s, soutenu·e·s ou récompensé·e·s de la même manière que leurs collègues blanc·he·s. Ces différences sont rarement explicites mais elles sont décrites comme récurrentes et produisent, à terme, un sentiment d'injustice important. Cette accumulation est précisément ce qui caractérise les mécanismes du racisme structurel.

5.4.4.1. Des avantages et des opportunités inégalement distribués

Certains participant·e·s estiment ne pas bénéficier des mêmes avantages que leurs collègues, sans toujours parvenir à identifier précisément les mécanismes qui produisent ces inégalités.

« C'est une forme de racisme, si vous voulez. Et ça, par contre, ça continue d'exister (...) sur le papier, vous avez les mêmes salaires, aucun problème, mais vous avez des avantages qu'on ne vous donne pas. » (Entretien 1)

« Il n'y avait pas vraiment de doute sur le fait que peut-être, oui, les autres ont des avantages que moi j'ai pas. » (Entretien 5)

Ces témoignages soulignent le caractère souvent subtil de ces inégalités. Les participant·e·s ne parviennent pas toujours à en identifier les causes précises, mais ont néanmoins le sentiment que certaines opportunités ou ressources sont distribuées de manière inégale.

5.4.4.2. Une charge de travail plus importante

Plusieurs médecins rapportent également avoir eu l'impression de devoir fournir davantage d'efforts que leurs collègues pour obtenir les mêmes résultats, ce qui est une forme de discrimination indirecte.

« Moi j'ai quand même remarqué qu'à certains moments peut-être j'avais des tâches un peu plus complexes que les autres... Ce n'est pas explicite, on ne dit pas on vous fait ça parce que vous êtes noire. Mais vous remarquez juste qu'en tant que personne noire, votre charge de travail est plus importante que celle des autres. » (Entretien 3)

Cette citation illustre bien le caractère implicite des discriminations évoquées tout au long des entretiens. Rien n'est explicitement formulé, mais une accumulation de situations conduit les participant·e·s à percevoir un traitement différencié.

5.4.4.3. Une reconnaissance inégale du travail accompli

Les différences observées dans la reconnaissance du travail illustrent également la manière dont les stéréotypes peuvent influencer l'évaluation des performances professionnelles. Les critiques semblent davantage visibles tandis que les réussites sont moins valorisées publiquement.

« J'ai remarqué aussi que ça pouvait arriver que nos supérieurs, au moment de faire des reproches, mes reproches étaient plus explicites et qu'elles avaient lieu en public. Par contre, les compliments avaient plutôt lieu en privé. Ça, j'ai attribué au fait que j'étais une personne noire... quand il s'agissait de donner des exemples sur des personnes qui sont de nationalité européenne, on n'indexait pas personnellement la personne, mais dans mon cas, vraiment, on m'indexait et on disait les défauts de mon travail, et tout le monde savait que c'était moi. » (Entretien 3)

Ce témoignage met en évidence une asymétrie dans la visibilité accordée aux réussites et aux erreurs. Les critiques sont rendues publiques tandis que les compliments restent discrets, ce qui contribue à fragiliser la reconnaissance professionnelle.

Une autre participante décrit une situation similaire :

« Et j'avais quelques supérieurs comme ça, vous sentez quand vous présentez les cas le matin. Vous avez le collègue bien blanc, bien comme il faut. Et puis, tout le monde est là et applaudit. Et vous présentez vous-même. Et puis, personne ne fait de commentaires. Et puis, on vous regarde un peu comme ça. » (Entretien 6)

Même lorsqu'il ne s'agit que d'impressions ou de ressentis, ces expériences contribuent à construire un sentiment persistant de ne pas être évalué·e de la même manière que les autres.

5.4.4.4. Moins de confiance et davantage de surveillance

Plusieurs participant·e·s ont le sentiment d'être davantage surveillé·e·s ou contrôlé·e·s que leurs collègues, ce qui pourrait être interprété comme le résultat de préjugés implicites concernant leurs compétences ou leur légitimité. Ces mécanismes contribuent à créer un climat professionnel différent de celui vécu par certain·e·s collègues.

« J'ai eu l'impression que mon travail était beaucoup plus scripté que les autres. C'est-à-dire qu'on faisait moins confiance... Alors que, clairement, pour les autres, il y avait un niveau qui était très différent en termes de confiance... Et puis, quand on en a parlé avec d'autres collègues, ils ont partagé que c'était aussi le cas pour eux. Et ça, c'était fréquent. » (Entretien 4)

Ce manque de confiance accordé aux médecins noir·e·s apparaît à plusieurs reprises dans les entretiens. Les participant·e·s décrivent devoir régulièrement démontrer leurs compétences alors que celles-ci semblent plus facilement reconnues chez leurs collègues blanc·he·s.

5.4.4.5. Des sanctions perçues comme plus sévères

Certain·e·s médecins évoquent également se sentir plus sévèrement traité·e·s lorsqu'ils commettent des erreurs ou lorsqu'ils sont impliqué·e·s dans des situations conflictuelles.

« J'ai beaucoup d'exemples de personnes qui ont subi des sanctions qui étaient disproportionnées par rapport à certaines situations... C'est-à-dire qu'il y a des fois où on laisse

passer et puis des fois, on laisse passer. Et puis, statistiquement, on a l'impression qu'on nous laisse moins passer des choses, nous, les personnes racisées. » (Entretien 4)

Cette perception renvoie à l'idée que les mêmes comportements ne produisent pas toujours les mêmes conséquences selon les personnes concernées.

5.4.4.6. Des promotions et opportunités plus difficiles à obtenir

La question de l'évolution de carrière apparaît à plusieurs reprises dans les entretiens. En effet, plusieurs participant·e·s ont le sentiment de devoir fournir davantage d'efforts ou présenter davantage de qualifications pour accéder aux mêmes postes que leurs collègues.

« Mais il y a des situations, je n'ai pas eu des postes que j'ai mérité d'avoir. Parce que j'avais pas les yeux bleus... à part le fait que je n'étais pas blanc, il n'y a pas de raison pour lesquelles je n'ai pas pu avoir ce poste. » (Entretien 1)

« Et moi, maintenant, donc plus de deux ans après, je vais avoir cette promotion. Mais maintenant, après ce recul, ces deux ans, j'ai des qualifications bien plus hautes que celles que mon collègue a eues lorsque son dossier a été poussé. Donc moi, je dois payer beaucoup plus cher pour la même chose. » (Entretien 4)

Le sentiment d'injustice est renforcé par les comparaisons directes avec des collègues perçu·e·s comme moins qualifié·e·s :

« Enfin, mes cadres, j'en ai deux. Ils sont moins formés que moi. Et si j'ai un problème, je peux pas les appeler. Ils savent rien. Et ça, je trouve que c'est un peu une insulte. Mais ils sont blancs. Donc voilà. » (Entretien 6)

Plusieurs participant·e·s soulignent également les difficultés particulières rencontrées par les médecins formé·e·s en Afrique :

« Et il y a ceux qui viennent de pays africains directement, qui ont fait des études, mais en passant par la Russie, la Grèce, etc. Oui, eux, clairement, ils sont dénigrés. Je pense qu'on leur ouvre pas les portes au départ. (...) Et puis, quand ils arrivent en chirurgie, on dit ouh là là, mais eux, ils arrivent du tiers monde, donc ils ont tout à apprendre. » (Entretien 6)

Cette citation met en évidence la persistance de certains préjugés associant les formations africaines à une moindre qualité ou à une moindre compétence.

Ces témoignages rejoignent les constats de la littérature sur les discriminations raciales dans l'emploi. Les obstacles semblent moins liés à l'accès initial à la profession qu'à l'accès aux positions les plus valorisées. Dans l'ensemble, ces différents témoignages montrent que les discriminations hiérarchiques ne se manifestent pas uniquement à travers des propos ou des comportements individuels. Elles semblent également s'inscrire dans des mécanismes plus structurels touchant à l'évaluation du travail, à la confiance accordée, à l'accès aux opportunités professionnelles et aux perspectives d'évolution de carrière. Ces dimensions sont d'autant plus importantes qu'elles influencent directement les trajectoires professionnelles des médecins concerné·e·s.

5.4.5. Le manque de soutien hiérarchique

Au-delà des différences de traitement évoquées précédemment, l'un des thèmes qui revient le plus fréquemment dans les entretiens est celui du manque de soutien de la part de la hiérarchie. Plusieurs participant·e·s ont le sentiment de ne pas être protégé·e·s ou défendu·e·s lorsqu'ils font face à des situations problématiques, qu'il s'agisse de conflits avec des collègues, de comportements discriminatoires ou encore de tensions avec des patient·e·s.

Une participante résume simplement ce ressenti :

« Je ne me suis pas sentie protégée. » (Entretien 3)

Plusieurs médecins décrivent également une absence de soutien lorsqu'ils sont confronté·e·s à des situations conflictuelles avec des patient·e·s. Un participant explique :

« Donc, c'est aussi le manque de soutien. Oui. C'est-à-dire, quand... dans plusieurs situations où, par exemple, s'il y a des conflits avec les patients, en fait, on n'a pas le bénéfice du doute. C'est le patient qui a raison. » (Entretien 4)

Ce sentiment de ne pas être cru·e·s ou soutenu·e·s par sa propre institution apparaît à plusieurs reprises dans les récits recueillis.

« Une fois, j'étais menacé par un patient et je n'ai eu aucun soutien de ma hiérarchie, quoi. Et puis, ça arrive relativement régulièrement, en fait. Mais même maintenant, même maintenant,

s'il y a un désaccord ou un conflit entre collègues, on ne me donne pas raison. Moi, c'est extrêmement rare qu'on me donne raison. » (Entretien 4)

Cette impression de ne jamais avoir le bénéfice du doute est particulièrement marquante. Elle renforce le sentiment d'être moins légitime ou moins crédible que les autres membres du personnel soignant.

Plusieurs témoignages mettent également en évidence des différences de réaction de la part des supérieur·e·s selon les personnes concernées. Un participant raconte ainsi une situation particulièrement révélatrice :

« Et alors, il y a une fois, par exemple, où je me suis plaint envers mon chef il y a deux ans et demi, d'un épisode où j'ai été humilié par un autre chef devant beaucoup de personnes. Et puis, j'en ai parlé à mon chef pour lui dire ce qui s'était passé. Et il m'a dit : “ah, je n'étais pas là, je ne peux rien faire.” Alors qu'il y avait des témoins. Et puis, voilà, il y a ma version quand même. Donc, il n'a pas du tout pris en compte ma version des faits. OK. Et la même semaine, une autre collègue s'est aussi fait humilier, mais au téléphone, donc en privé, par la même personne qui m'avait humilié moi. Et puis, elle, elle a bénéficié d'un soutien et il a appelé tout de suite l'autre en disant : “ah, ce n'est pas acceptable comment tu parles à cette collègue.” Et cette collègue, elle est blanche. » (Entretien 4)

Cette comparaison directe entre deux situations similaires constitue, pour le participant, un indice particulièrement fort d'une différence de traitement.

Le manque de soutien apparaît également dans le cadre des promotions ou de l'évolution professionnelle :

« Pour une promotion, ben voilà, à compétence égale. Moi, j'ai pas le même niveau de soutien qu'un autre collègue blanc. Ça, c'est évident. » (Entretien 4)

« Oui, c'est clair que là, c'est un cas très concret où on a deux collègues, deux hommes, une compétence égale, des qualifications plus ou moins égales... Et puis, en fait, j'apprends par la suite que son dossier a été poussé et pas le mien. » (Entretien 4)

Ces témoignages montrent que le soutien hiérarchique n'est pas seulement une question de bien-être au travail. Il joue également un rôle déterminant dans les trajectoires professionnelles et les opportunités de carrière.

Plusieurs participant·e·s évoquent enfin un sentiment d'abandon face aux comportements discriminatoires rencontrés dans leur quotidien professionnel :

« Je suis allé en parler à mon supérieur parce que j'étais particulièrement énervée parce que ça commence à me fatiguer. En fait, il n'y a personne qui me protège. » (Entretien 6)

Cette absence de protection est d'autant plus difficile à vivre que certaines institutions affichent officiellement une politique de tolérance zéro :

« Et puis, mes chefs me disent, ah, mais s'il y a quelqu'un qui est incorrect, tu nous le dis. Et puis, ils ont interdiction d'être traités à l'hôpital. Ça n'est jamais arrivé. » (Entretien 6)

Cependant, il est important de souligner que toutes les expériences ne sont pas négatives. Certaines personnes interrogées rapportent également avoir bénéficié du soutien de leur hiérarchie :

« Pour moi, oui. Justement, ils ont vu des choses que moi je n'ai même pas vues. Ils ont réagi derrière. » (Entretien 5)

Cette diversité des expériences rappelle une nouvelle fois qu'il convient d'éviter toute généralisation. Néanmoins, la fréquence avec laquelle la question du soutien revient dans les entretiens suggère qu'il peut s'agir d'un enjeu central dans les expériences professionnelles des médecins noir·es.

5.4.6. Le déni du racisme et la difficulté à faire reconnaître le problème

Au-delà des discriminations elles-mêmes, plusieurs participant·e·s évoquent une autre difficulté : celle de faire reconnaître l'existence du racisme au sein de l'institution. Selon les participant·e·s, les situations vécues sont souvent minimisées, ignorées ou tout simplement niées par la hiérarchie. Ce déni peut être rapproché du principe de *color-blindness*. En considérant que la « race » ne joue aucun rôle dans les interactions professionnelles, il devient plus difficile de reconnaître les inégalités vécues par les personnes concernées et de mettre en place des mesures adaptées.

« Moi, quand j'essaie d'en parler, les rares fois où j'essaie de parler de racisme à mes cadres, ils m'ont dit “mais non, il n'y a pas de racisme.” » (Entretien 4)

Cette citation illustre bien un mécanisme fréquemment décrit dans les recherches sur le racisme institutionnel : la difficulté à faire reconnaître les expériences des personnes concernées. Lorsque les situations sont immédiatement rejetées ou minimisées, les possibilités de prise en charge deviennent limitées.

D'autres participant·e·s évoquent davantage une forme d'indifférence :

« Et on a des chefs, si vous venez leur raconter des trucs comme ça, ils disent : “mais premièrement, je m'en fous.” » (Entretien 6)

Dans ce type de situation, le problème n'est pas seulement le refus de reconnaître le racisme mais également le manque d'intérêt pour ces questions. Les participant·e·s ont parfois le sentiment que leurs préoccupations ne sont pas considérées comme légitimes ou suffisamment importantes pour mériter une attention particulière.

Cette absence de reconnaissance contribue à renforcer le sentiment d'isolement déjà évoqué dans d'autres parties de l'analyse. Lorsque les personnes concernées ne se sentent ni entendues ni soutenues, elles peuvent être amenées à garder pour elles certaines expériences ou à renoncer à signaler des situations problématiques.

Le déni du racisme apparaît ainsi comme un phénomène particulièrement important. Il ne produit pas directement les discriminations, mais il contribue à leur maintien en empêchant leur reconnaissance et leur traitement au niveau de l'institution.

5.4.7. Un profil récurrent des auteurs de comportements discriminatoires

Enfin, lorsque les participant·e·s sont interrogé·e·s sur les supérieur·e·s hiérarchiques à l'origine de ces comportements, un profil plutôt commun semble émerger.

Alors que les discriminations entre collègues étaient décrites comme pouvant provenir de personnes très diverses, plusieurs participant·e·s identifient ici des caractéristiques relativement similaires chez les supérieur·e·s concerné·e·s.

« Tous les exemples que j'ai donnés, c'est des hommes. Des hommes d'une cinquantaine d'années. Et des cadres sup. » (Entretien 4)

Ce constat est particulièrement intéressant. Il suggère que les comportements discriminatoires les plus marquants sont souvent associés à des personnes masculines occupant des positions hiérarchiques élevées et disposant d'un pouvoir important au sein de l'institution.

Par ailleurs, certains témoignages évoquent également des formes d'abus de pouvoir plus générales, qui ne sont pas nécessairement liées à la couleur de peau mais qui peuvent s'articuler à d'autres rapports de domination :

« J'avais vraiment cette impression que son objectif, c'était vraiment d'asseoir son pouvoir sur moi, de m'écraser sous son pouvoir et m'humilier (...) Par ailleurs (...) on avait eu des débats où, pour lui, l'Occident, c'était le meilleur. » (Entretien 4)

Cette citation montre que les expériences de racisme rapportées ne sont pas toujours isolées d'autres formes de hiérarchisation ou de domination. Elles s'inscrivent souvent dans des rapports de pouvoir plus larges qui traversent l'institution hospitalière.

5.5. Relations avec les patient·e·s

5.5.1. Des relations majoritairement positives

Malgré les nombreuses situations problématiques évoquées dans les entretiens, les relations avec les patient·e·s sont globalement décrites de manière positive par l'ensemble des participant·e·s. Les médecins interrogé·e·s insistent sur le fait que les expériences de discrimination restent minoritaires au regard du nombre important d'interactions qu'ils entretiennent quotidiennement avec les patient·e·s.

« La très grande majorité de mes interactions avec les patientes et les patients sont positives. » (Entretien 4)

« Globalement, j'ai une bonne expérience avec les patients. » (Entretien 2)

« En Suisse, les gens ne m'ont pas fait vraiment sentir ce genre de choses. » (Entretien 1)

Ces témoignages rappellent l'importance de ne pas réduire les relations avec les patient·e·s aux seules expériences de discrimination. Plusieurs participant·e·s décrivent au contraire des

relations de confiance solides et des retours très positifs de la part des personnes prises en charge. Néanmoins, derrière cette appréciation globalement positive, les entretiens révèlent également l'existence de mécanismes plus subtils de méfiance et de remise en question de leur légitimité professionnelle.

5.5.2. Une confiance qui doit parfois être gagnée

Un constat récurrent des entretiens concerne la méfiance initiale à laquelle certain·e·s médecins sont confronté·e·s lors de leur première rencontre avec les patient·e·s. Cette méfiance ne prend pas toujours la forme d'un rejet explicite mais se traduit souvent par des doutes concernant les compétences, les qualifications ou la légitimité du médecin.

« Cette patiente (...) m'a dit : “oui, vous êtes médecin, mais là, moi, je veux quelqu'un d'autre, pas vous.” (...) J'ai eu à la prendre en charge encore sur les prochains jours (...) et là, au final, ça s'était très bien passé avec elle. » (Entretien 2)

Cet exemple est particulièrement révélateur. Le refus initial ne disparaît pas nécessairement parce que les représentations de la patiente changent, mais parce que le médecin parvient à démontrer concrètement ses compétences. Plusieurs participant·e·s décrivent ainsi un processus similaire : la confiance finit par s'installer, mais elle semble parfois devoir être conquise.

« Et puis, quand ils voient que je sais de quoi je parle, ça va. » (Entretien 6)

« La méfiance ? Quelques cas, oui. Mais ces quelques cas ont été très, très vite dissipés par le contact (...) vous prenez en charge les enfants, ils récupèrent les enfants en meilleure santé, ils vous sont reconnaissants. » (Entretien 1)

Plusieurs médecins soulignent ainsi que la relation thérapeutique permet souvent de dépasser les préjugés initiaux. Cependant, cette situation n'est pas sans conséquence. Elle implique que certains médecins noir·e·s doivent constamment démontrer leurs compétences avant d'obtenir la confiance qui semble accordée plus spontanément à d'autres collègues.

Cette remise en question apparaît également à travers des commentaires qui peuvent paraître anodins à première vue :

« Vous êtes vraiment jeune pour être médecin, vous avez l'air vraiment jeune pour être chef (...) c'est clair qu'on sent clairement que notre compétence est remise en question. » (Entretien 4)

Le participant lui-même souligne que ces remarques constituent souvent une manière socialement acceptable d'exprimer un doute plus profond concernant sa légitimité à occuper cette fonction.

Dans certains cas, ces doutes sont formulés de manière beaucoup plus explicite :

« J'ai eu une fois un patient qui (...) m'a dit : “Parce que de là d'où vous venez, ce ne sont quand même pas les mêmes standards.” » (Entretien 6)

Cette nécessité de gagner la confiance des patient·e·s pourrait être interprétée comme une conséquence de certaines représentations sociales associées à la figure du médecin. Lorsque celle-ci demeure implicitement associée à la blancheur, les médecins noir·e·s peuvent voir leurs compétences davantage remises en question.

5.5.3. De racisme ordinaire au refus de soins

Comme dans les autres domaines analysés précédemment, les participant·e·s décrivent fréquemment des formes de racisme indirectes ou ambiguës.

« Mais il y a le racisme sournois, c'est celui-là qui est souvent sur le terrain. » (Entretien 1)

Plusieurs participant·e·s évoquent des remarques faites en leur absence ou adressées à d'autres membres du personnel :

« Il y a certains patients (...) qui avaient fait certaines remarques, pas directement, mais avec des collègues, sur moi. » (Entretien 5)

D'autres rapportent que leurs recommandations médicales sont parfois davantage remises en question, alors que celles de leurs collègues sont plus facilement suivies :

« Quand ils étaient suivis avec d'autres personnes d'une couleur différente, ils adhéraient plus à la prise en charge (...) ça peut être un 20-30 % des patients. » (Entretien 3)

Cette observation est particulièrement importante car elle montre que les effets du racisme ne se limitent pas aux interactions verbales. Ils peuvent également affecter la relation thérapeutique en elle-même. Lorsque les patient·e·s accordent moins de confiance aux recommandations

d'un·e médecin noir·e, les conséquences ne concernent pas seulement le ou la médecin, mais peuvent également affecter la prise en charge des patient·e·s.

Malheureusement, les entretiens montrent également que certaines situations relèvent d'un racisme beaucoup plus explicite, qui illustre la présence de discrimination directe.

Lorsque je lui ai demandé si elle a déjà été confrontée à des comportements racistes de la part des patient·e·s, une participante répond simplement :

« Oui, beaucoup. » (Entretien 3)

Une autre estime également que ces situations sont fréquentes :

« Je dirais au moins une à deux fois par semaine de manière directe et verbale. » (Entretien 6)

Les refus de soins constituent l'une des manifestations les plus visibles de ce racisme explicite :

« Il y a vraiment des patients avec qui on ne peut pas travailler parce qu'ils ne veulent pas travailler avec des personnes noires. » (Entretien 3)

« Je ne veux pas travailler avec vous parce que vous êtes noire. » (Entretien 3)

« Je ne parle pas aux personnes chocolat. » (Entretien 6)

« Je suis allergique à deux choses dans la vie, les noirs et les idiots. » (Entretien 6)

Contrairement aux situations décrites précédemment, le problème n'est plus ici la confiance ou la compétence du médecin. C'est son appartenance « raciale » elle-même qui devient le motif du refus. La couleur de peau semble alors suffire à susciter une forme de rejet, voire de dégoût, conduisant certains patient·e·s à refuser ne serait-ce que de se faire toucher.

« Il y a des patients qui refusent de me regarder dans les yeux, qui veulent pas me serrer la main. » (Entretien 6)

« “Je ne veux pas que vous me touchiez. Parce que vous êtes noir.” » (Entretien 4)

Dans certains cas, ces comportements prennent même une dimension physique, rappelant la haine raciale qui peut survenir :

« Elle m'a craché dessus, m'a mis des coups, toutes sortes d'insultes à caractère raciste. »
(Entretien 2)

Ces situations demeurent minoritaires selon les participant·e·s, mais elles constituent les formes les plus visibles et les plus violentes du racisme rencontré avec les patient·e·s.

5.5.4. Le poids des stéréotypes dans la relation de soin

Au-delà des manifestations explicitement racistes, les entretiens mettent en évidence la persistance de nombreux stéréotypes qui influencent la manière dont les médecins noir·e·s sont perçu·e·s par les patient·e·s.

L'un des stéréotypes les plus fréquents concerne l'association entre la couleur de peau et certaines caractéristiques physiques ou culturelles.

Un participant raconte, lors d'une consultation où une petite fille avait touché le participant :

« “Mamie, tu vois, ça ne tache pas !” » (Entretien 1)

Cette remarque formulée par une enfant peut sembler anodine, mais elle illustre la manière dont certaines représentations raciales sont transmises et intégrées dès le plus jeune âge.

D'autres stéréotypes concernent directement les capacités intellectuelles ou linguistiques. A nouveau ces paroles ont été dites lors d'une consultation avec une mère âgée et sa fille :

« “Les Noirs de nos jours aussi, ils apprennent l'allemand. Et puis, ils font des études.” »
(Entretien 6)

Cette remarque reflète des stéréotypes associant les personnes noires à un niveau de formation plus faible ou à une moins bonne maîtrise de la langue.

Plusieurs participant·e·s rapportent également des représentations très négatives de l'Afrique :

« “Vous avez la chance d'être ici. Là où vous êtes née, vous êtes née parmi les crottes.” »
(Entretien 6)

Ces remarques reposent sur une vision très dévalorisante du continent africain, qui est ensuite projetée sur les médecins concernés.

Mais le stéréotype le plus récurrent concerne probablement la figure-même du médecin.

Plusieurs participant·e·s décrivent une difficulté persistante à être immédiatement identifié·e·s comme médecins :

« “Est-ce qu'on peut voir un vrai médecin ?” » (Entretien 1)

« “Est-ce que vous êtes là pour nettoyer la chambre ?” » (Entretien 4)

« On a plutôt tendance à vous tendre le gant de toilette pour que vous laviez le dos, plutôt qu'à considérer que vous êtes le médecin. » (Entretien 6)

Présentes dans plusieurs récits, ces situations mettent en lumière certaines représentations sociales encore largement répandues. Elles montrent que la figure du médecin reste, dans l'imaginaire de certains patient·e·s, associée à la blancheur. Inversement, les médecins noir·e·s sont parfois spontanément associé·e·s à des fonctions moins qualifiées ou subalternes au sein de l'hôpital.

5.5.5. Entre ignorance, maladresse et racisme

Enfin, plusieurs participant·e·s soulignent que toutes les situations rencontrées ne relèvent pas nécessairement d'une intention raciste à la base. Certaines semblent davantage liées à l'ignorance, à la curiosité ou au manque d'habitude.

Les questions sur les origines en constituent un bon exemple :

« Avant même que je commence la prise en charge, ils me demandent de quel pays je viens. » (Entretien 2)

« La question mythique (...) d'où vous venez. » (Entretien 5)

« Énormément de gens qui me demandent d'où je viens. » (Entretien 6)

Ces questions ne sont pas toujours perçues négativement par les participant·e·s. Toutefois, leur répétition contribue à rappeler constamment leur statut de personnes perçues comme extérieures ou différentes.

Cette ambiguïté apparaît également lorsque les médecins tentent d'interpréter certaines situations :

« On comprend que c'est aussi un peu la peur de l'inconnu plus que du racisme. » (Entretien 3)

Cette prudence dans l'interprétation est présente dans l'ensemble des entretiens. Les participant·e·s ne considèrent pas systématiquement toute interaction négative comme du racisme. Ils distinguent au contraire différentes situations, allant de la curiosité maladroite aux comportements ouvertement discriminatoires.

Cette frontière parfois floue entre ignorance, préjugés et racisme contribue d'ailleurs à rendre certaines expériences particulièrement difficiles à nommer et à dénoncer.

5.5.6. L'absence d'un profil unique

Contrairement à ce qui ressortait des relations avec la hiérarchie, les entretiens ne permettent pas d'identifier un profil précis des patient·e·s à l'origine des comportements discriminatoires. Les participant·e·s décrivent des situations impliquant des personnes d'âges, de milieux et d'origines très variés.

Une participante souligne néanmoins :

« C'est malheureux à dire, mais ceux qui sont les plus agressifs avec les médecins, pas tant sur le problème des races, mais je pense que ce sont les étrangers surtout. » (Entretien 1)

Cette observation reste toutefois isolée dans le corpus et n'est pas reprise de manière systématique par les autres participant·e·s. Au contraire, plusieurs médecins insistent sur la diversité des profils rencontrés.

Les expériences rapportées montrent donc que les préjugés ou les comportements discriminatoires ne peuvent être attribués à un groupe spécifique de patient·e·s. Ils apparaissent plutôt comme des représentations générales, qui peuvent être utilisées par des personnes aux profils très variés.

5.6. Institutions hospitalières face au racisme

5.6.1. Une reconnaissance institutionnelle encore limitée

L'un des premiers constats qui ressort des entretiens concerne la faible visibilité des dispositifs institutionnels consacrés au racisme. Cette reconnaissance partielle du problème peut être interprétée comme une manifestation du racisme institutionnel. Lorsque les institutions peinent à identifier ou à nommer certaines formes de discrimination, leur capacité à agir efficacement est de ce fait limitée. D'ailleurs, plusieurs participant·e·s expliquent ne pas connaître de structures spécifiques auxquelles s'adresser en cas de discrimination ou ne pas avoir reçu d'informations à ce sujet lors de leur arrivée dans les établissements hospitaliers :

« Je ne sais même pas s'il y en avait. Peut-être qu'il y en a un. Je ne sais pas vraiment. Je ne saurais pas dire si j'avais eu un épisode comme ça, à qui j'aurais pu dire. (...) De dire : “Ah oui, je sais qu'il y a une structure spécialisée pour ça à l'hôpital”, honnêtement, je ne sais pas. »
(Entretien 5)

Un autre participant souligne :

« Alors curieusement, il y a des dispositions contre le sexisme, contre l'homophobie, tout ce qu'on veut, mais des dispositions contre le racisme, je n'en connais pas. Je n'en ai pas connu. »
(Entretien 1)

Une participante va encore plus loin :

« Je pense qu'il n'y en a aucun. » (Entretien 6)

Cette absence de visibilité contraste avec d'autres thématiques qui semblent davantage institutionnalisées. Plusieurs participant·e·s mentionnent par exemple des formations ou des campagnes de sensibilisation concernant les questions LGBTQIA +, tandis que le racisme apparaît rarement comme un sujet explicitement abordé.

« Puisque pour les LGBT, il y a des formations (...). Mais pour le racisme (...) non, il n'y a rien. » (Entretien 1)

Ainsi, même lorsque des dispositifs existent, ils semblent peu visibles ou insuffisamment connus des personnes concernées.

5.6.2. Des politiques présentes sur le papier

Si plusieurs participant·e·s soulignent l'absence de visibilité des dispositifs, d'autres rappellent néanmoins que des mécanismes institutionnels existent bel et bien dans certains établissements.

« Je pense que maintenant, dans les hôpitaux, il y a quand même toutes sortes de structures qui visent à éviter tout comportement inapproprié ou bien débordement de ce côté-là. » (Entretien 2)

Il décrit notamment :

« Des plateformes de déclaration d'incident qui permettent d'expliquer une situation et elle est analysée par une commission (...) pour voir ce qui s'est passé, quelles pourraient être les sanctions et les pistes d'amélioration. » (Entretien 2)

Une autre participante évoque également certaines initiatives :

« Durant la journée d'accueil, on a abordé la problématique et on nous a explicité les cas et on nous a dit qu'on pouvait dénoncer et à qui on pouvait le dénoncer. » (Entretien 3)

Plusieurs personnes interrogées reconnaissent ainsi que les institutions ont progressivement intégré ces enjeux dans leurs règlements ou leurs politiques internes.

« Je pense que globalement, en Suisse, les politiques institutionnelles sont très bien faites sur le papier. » (Entretien 3)

« Il y avait la création d'un pôle diversité, équité, inclusion (...) donc je pense qu'il y a des efforts, en tout cas à très haut niveau. » (Entretien 4)

Toutefois, cette reconnaissance institutionnelle est souvent perçue comme étant purement théorique.

5.6.3. Un décalage entre les politiques et leur mise en pratique

Le principal reproche formulé par les participant·e·s ne concerne pas tant l'absence totale de règles mais leur application concrète. Ce décalage illustre l'une des caractéristiques du racisme institutionnel : l'existence de principes égalitaires sur le plan formel qui ne se traduisent pas nécessairement dans les pratiques quotidiennes.

Comme le résume cette participante :

« Les politiques sont très claires (...) mais dans l'application, voilà, il y a toujours des façons un peu détournées de le faire. » (Entretien 3)

« Les institutions ont bien compris la problématique. Et ce n'est que dans la pratique que peut-être ce n'est pas appliqué comme ça se devrait. » (Entretien 3)

Plusieurs médecins ont ainsi le sentiment que les discours institutionnels ne se traduisent pas nécessairement en changements concrets dans le quotidien hospitalier.

« Après, le temps que ça descende sur le terrain... » (Entretien 4)

Cette idée d'un écart entre les engagements institutionnels et les réalités vécues revient à plusieurs reprises dans les entretiens. Les dispositifs existent parfois formellement mais semblent peu mobilisés ou peu efficaces lorsqu'une situation problématique survient.

5.6.4. Une confiance limitée dans les mécanismes de signalement

Même lorsque des dispositifs de signalement existent, plusieurs participant·e·s expriment une confiance limitée à leur égard. Plus que l'absence de procédures formelles, c'est leur crédibilité et leur efficacité qui sont remises en question.

« Moi, aujourd'hui, je n'ai jamais fait appel à ça parce que je fais pas confiance. (...) Je me sentirais pas écouté, je me sentirais jugé (...) On va me demander de justifier pourquoi telle action constitue du racisme ou pas, ou je serais confronté à des explications, des dédramatisations, de la banalisation. » (Entretien 4)

Cette citation illustre une préoccupation récurrente dans les entretiens : le problème n'est pas seulement de signaler un acte raciste, mais également de parvenir à faire reconnaître celui-ci comme tel. Les participant·e·s s'attendent souvent à ce que leur expérience soit remise en question, minimisée ou relativisée. Dans ce contexte, signaler une situation apparaît comme une démarche émotionnellement difficile, dont les résultats sont incertains.

Plusieurs participant·e·s soulignent également l'absence de soutien institutionnel lorsqu'ils sont confronté·e·s à des situations de discrimination :

« En fait, il n'y a personne qui me protège (...) Il n'y a pas de réseau. Il n'y a pas de personne à laquelle je peux m'adresser. Il n'y a pas de bureau de discrimination. Il n'y a pas quelque chose de concret. » (Entretien 6)

Ces propos traduisent un sentiment d'isolement particulièrement marqué. Pour certain·e·s participant·e·s, les mécanismes de soutien sont inexistants ou insuffisamment visibles pour constituer une ressource mobilisable en cas de problème. Cette absence de protection est d'ailleurs perçue comme une forme de vulnérabilité supplémentaire :

« Et en fait, moi, je lui ai dit que d'être racisé, c'était un facteur de vulnérabilité, que les gens pouvaient nous attaquer beaucoup plus facilement sans craindre pour eux, finalement, parce qu'on n'a pas ce soutien, justement, cette défense. » (Entretien 4)

Au-delà des situations individuelles, cette citation suggère que le manque de soutien institutionnel peut contribuer à un sentiment d'impunité. Lorsque les victimes anticipent qu'elles ne seront pas protégées ou entendues, les comportements discriminatoires risquent d'être moins fréquemment dénoncés et donc moins visibles pour l'institution.

Pour d'autres participant·e·s, l'aide reçue dépend avant tout des personnes rencontrées plutôt que de mécanismes institutionnalisés :

« C'est vraiment personne-dépendante plus qu'institution-dépendante. » (Entretien 3)

Ainsi, le soutien apporté aux personnes concernées semble dépendre en grande partie de la sensibilité des supérieur·e·s hiérarchiques ou des collègues impliqué·e·s. Cette situation entraîne des expériences très variables d'un contexte à l'autre et renforce l'impression que la protection contre les discriminations ne repose pas sur des mécanismes institutionnels clairement établis.

5.6.5. Un sujet tabou et souvent minimisé

Un autre thème qui est souvent apparu dans les entretiens concerne la difficulté à parler du racisme au sein des institutions hospitalières. Plusieurs participant·e·s décrivent un sujet rarement abordé, voire évité dans les espaces professionnels. Cette minimisation participe à l'invisibilisation du racisme décrite dans la littérature. Lorsqu'un problème est peu discuté ou

constamment relativisé, il devient plus difficile de le reconnaître comme un phénomène structurel.

« C'est un tabou, on peut dire. » (Entretien 6)

« C'est quelque chose qui est fréquemment abordé ? Non, pas du tout. » (Entretien 3)

L'absence de discussion autour du racisme apparaît comme un constat largement partagé. Ce silence ne semble toutefois pas résulter d'une absence de situations problématiques, mais plutôt d'une difficulté collective à aborder le sujet.

Plusieurs participant·e·s associent ainsi le racisme à un fort malaise social :

« C'est très gênant. Je pense que c'est gênant pour tout le monde (...) Ça met tout le monde mal à l'aise. » (Entretien 3)

« C'est très inconfortable comme sujet, de n'importe quel côté honnêtement. Et donc, je pense que c'est ça qui rend la chose difficile. » (Entretien 5)

Cette gêne peut avoir des effets concrets sur la reconnaissance des expériences vécues. Lorsqu'un sujet est perçu comme particulièrement sensible ou conflictuel, il devient plus difficile de le nommer, d'en parler ou de le remettre en question collectivement.

Plusieurs participant·e·s estiment ainsi que le racisme demeure largement invisible pour une partie de leurs collègues :

« Non. On n'en parle pas. Et toujours la même chose, c'est quelque chose qui, pour mes collègues, est relativement inexistant. C'est un problème dont ils n'ont pas trop conscience. » (Entretien 6)

« “Mais non, quand même, il n'y a pas de racisme en Suisse.” » (Entretien 4)

Selon certain·e·s médecins, cette invisibilisation ne relève pas uniquement d'un manque de connaissances, mais également d'une forme de déni plus ou moins explicite.

« Je pense que c'est parce qu'on veut faire croire que le problème n'existe pas. » (Entretien 1)

« On aime bien, dans le contexte culturel ici, les gens qui se taisent. Et qui ne disent pas trop grand-chose. Et qui se fondent dans le moule. Et qui suivent. » (Entretien 6)

Cette dernière citation suggère que certaines normes professionnelles ou culturelles peuvent décourager la dénonciation de situations problématiques. Le silence apparaît alors non seulement comme une conséquence du tabou, mais aussi comme un mécanisme contribuant à sa reproduction.

Pour les personnes concernées, cette forme d'invisibilisation est particulièrement problématique puisqu'elle tend à délégitimer leur expérience et à remettre en question la réalité même des discriminations vécues.

« Quand on essaie d'aborder ce sujet, on le banalise, il y a du négationnisme¹⁷, il y a de la banalisation. » (Entretien 4)

Ainsi, le tabou entourant le racisme ne se manifeste pas uniquement par le silence, mais également par des mécanismes de minimisation ou de déni qui contribuent à maintenir le problème hors du débat institutionnel.

5.6.6. Un racisme difficile à identifier et à nommer

Cette difficulté à reconnaître le problème est également liée à la manière dont le racisme est défini et compris au sein des institutions.

Plusieurs participant·e·s estiment que le racisme continue d'être principalement associé à ses manifestations les plus visibles et les plus extrêmes.

« Je pense que les gens assimilent le racisme avec la haine et la violence raciale (...) les injures comme sale nègre ou vraiment la violence raciale. » (Entretien 4)

Une telle conception tend à limiter la reconnaissance du racisme aux situations ouvertement hostiles ou intentionnelles. Or, les expériences décrites dans les entretiens renvoient davantage à des formes ordinaires, implicites ou banalisées de discrimination.

¹⁷ Au sens strict, le négationnisme désigne la remise en cause de la réalité du génocide des Juifs perpétré par les nazis, notamment l'existence des chambres à gaz. Par extension, le terme s'applique également à la contestation d'autres génocides et crimes contre l'humanité (Acke, 2016).

Comme l'explique ce participant :

« Les injures et cette haine, c'est la pointe de l'iceberg. Le reste, c'est des stéréotypes (...) Ce genre de stéréotypage, ces assomptions, c'est ça qui nuit. (...) C'est pas la haine. » (Entretien 4)

Ces propos mettent en évidence un décalage entre les définitions dominantes du racisme et les expériences concrètement vécues par les participant·e·s. Les situations rapportées reposent souvent sur des préjugés, des attentes différentes ou des stéréotypes. Prises séparément, elles peuvent sembler anodines, mais leur répétition produit des effets importants sur les personnes concernées.

5.6.7. Entre problème individuel et problème structurel

Enfin, les entretiens montrent des points de vue assez similaires concernant la nature du racisme dans les institutions hospitalières. Si les participant·e·s décrivent des expériences fréquentes de discrimination, iels soulignent également que celles-ci sont rarement interprétées comme relevant d'un problème structurel au sein de l'institution.

Selon plusieurs médecins, les institutions ont tendance à considérer le racisme avant tout comme des problèmes individuels isolés :

« Je pense que dans les institutions, le racisme se voit plus comme un problème individuel (...) On a plus tendance à dire que c'est une personne qui est raciste et pas la politique. » (Entretien 3)

« Encore une fois, structurel au niveau du corps médical, pas de manière explicite en tout cas. » (Entretien 2)

Plusieurs participant·e·s remettent toutefois en question cette interprétation centrée sur les individus. Pour les personnes interrogées, les situations vécues ne pas peuvent être réduites qu'à quelques comportements isolés puisqu'elles se répètent dans différents contextes, concernent plusieurs personnes et semblent s'inscrire dans le fonctionnement ordinaire des institutions.

L'un des médecins exprime particulièrement clairement cette tension entre la manière dont le problème est présenté et sa propre compréhension de la situation :

« Soyons sérieux, c'est individuel plutôt que structurel... Non mais je crois que dans ces cas particuliers du milieu médical, c'est structurel, oui. C'est la structure qui est comme ça. » (Entretien 1)

Un participant évoque notamment des affaires médiatisées dans lesquelles les problèmes sont réduits à des conflits entre individus, sans remise en question du fonctionnement institutionnel :

« Individuel. D'ailleurs, ce que vous avez peut-être vu sur les réseaux ou dans les journaux concernant la situation, moi je connais juste ce qui a été écrit dans les journaux, c'est que, apparemment, on aurait réduit ces problèmes à des problèmes interpersonnels. » (Entretien 4)

Pour plusieurs participant·e·s, cette difficulté à reconnaître le caractère structurel du racisme constitue précisément l'un des principaux obstacles à sa prise en charge. À leurs yeux, les institutions peinent à agir efficacement sur un phénomène dont elles ne reconnaissent pas pleinement l'existence ou l'ampleur.

« Est-ce que les gens en ont pas du tout conscience ? C'est qu'on se fait un joli discours en disant le racisme n'existe pas. Ou n'a pas sa place. Mais on n'a aucune conscience de l'étendue ou quoi que ce soit. Et je pense que la structure est... Enfin, en tout cas, toutes les institutions qui sont au-dessus de moi ne sont pas du tout au fait du truc. » (Entretien 6)

Cette citation met en évidence un mécanisme récurrent déjà observé dans les sections précédentes : la faible reconnaissance du phénomène contribue à son invisibilisation. Dès lors, le racisme est plus facilement interprété comme une succession d'incidents individuels que comme un problème systémique traversant les pratiques, les normes et les rapports sociaux au sein des institutions hospitalières. Pour plusieurs participant·e·s, cette absence de conscience institutionnelle constitue elle-même une manifestation du caractère structurel du problème.

5.7. Des stratégies variées face au racisme

Face aux situations de racisme et de discrimination rencontrées au cours de leur parcours professionnel, les participant·e·s développent différentes stratégies d'adaptation, de résistance ou de protection. Ces stratégies varient selon les individus, les contextes et la gravité des situations rencontrées.

5.7.1. Entre silence, évitement et protection de soi

Pour plusieurs participant·e·s, la première réaction consiste souvent à ne pas répondre immédiatement aux situations vécues. Ce silence ne traduit pas nécessairement une acceptation de la situation, mais peut constituer une manière de se protéger ou d'éviter une confrontation jugée inutile ou risquée pour sa propre carrière.

« Donc moi je préfère plutôt dans un premier temps garder un silence extrêmement froid. »
(Entretien 2)

« On est obligé de regarder l'intérêt du patient. » (Entretien 3)

5.7.2. Dénoncer lorsque cela paraît possible

À l'inverse, plusieurs participant·e·s expliquent avoir choisi de signaler certaines situations lorsqu'elles leur semblaient particulièrement graves ou répétées.

« C'est des choses que j'ai dénoncées parce que je ne suis pas du genre à accepter de subir. »
(Entretien 1)

« Si c'est trop évident, moi j'arrive quand même à confronter ou à le dire à des supérieurs pour que quelque chose change. » (Entretien 3)

Les expériences rapportées montrent toutefois que l'efficacité de ces démarches dépend fortement du contexte et des personnes impliquées. Dans certains cas, les participant·e·s décrivent avoir été écouté·e·s et soutenu·e·s par leur hiérarchie. Dans d'autres, les signalements sont restés sans suite ou ont même provoqué des réactions défensives de la part des responsables concerné·e·s. Ces témoignages mettent en évidence l'importance du soutien institutionnel dans la capacité des personnes concernées à dénoncer les discriminations vécues.

5.7.3. S'adapter aux stéréotypes et démontrer sa compétence

Plusieurs participant·e·s décrivent également des stratégies d'adaptation visant à anticiper les préjugés ou à limiter leurs effets. Certaines personnes accordent ainsi une attention particulière à leur apparence, à leur comportement ou à leur manière de se présenter.

« Je suis attentive à comment je me présente, comment je m'habille, comment je me parfume (...), je sais qu'il peut y avoir des stéréotypes. » (Entretien 3)

Une autre témoigne avoir modifié la présentation de sa candidature afin de réduire l'influence potentielle de certains préjugés :

« Sur les CV, j'ai jamais mis ma photo. J'ai toujours mis mon nom en petit. » (Entretien 6)

La compétence apparaît également comme une ressource fréquemment mobilisée pour faire face aux discriminations :

« On répond à ce genre de bêtises par la compétence. » (Entretien 1)

Ces différentes stratégies illustrent le travail supplémentaire que certaines personnes doivent accomplir afin de composer avec des stéréotypes ou des attentes différenciées. Elles témoignent également du coût souvent invisible associé aux expériences de discrimination.

5.7.4. Chercher du soutien et favoriser le dialogue

Enfin, plusieurs participant·e·s évoquent l'importance du soutien social pour faire face aux expériences de racisme. Certaines personnes privilégient les discussions avec leurs proches :

« J'essayerai surtout d'en parler déjà avec mon cercle de proches. » (Entretien 5)

D'autres soulignent toutefois le sentiment d'incompréhension qu'elles rencontrent parfois dans leur entourage professionnel :

« Finalement... On ne peut pas trop en parler. » (Entretien 4)

Face à ce constat, un participant explique avoir participé à la création d'un réseau informel de médecins noir·e·s :

« On fait des groupes de parole. On échange. On raconte un petit peu nos anecdotes (...). On se sent compris. On se sent validé. » (Entretien 4)

Plusieurs participant·e·s insistent également sur l'importance de la sensibilisation et de l'éducation pour lutter contre les préjugés et favoriser une meilleure compréhension des expériences vécues. Au-delà des stratégies individuelles, leurs témoignages soulignent ainsi le besoin d'espaces de dialogue, de reconnaissance et de soutien permettant de rendre visibles des réalités souvent minimisées ou ignorées.

6. Discussion : le racisme présent en Suisse dans les hôpitaux est-il structurel ?

6.1. Le caractère ordinaire du racisme structurel

L'un des principaux enseignements de cette recherche est que les médecins noir·e·s interrogé·e·s ne décrivent pas leur environnement professionnel comme systématiquement hostile ou ouvertement raciste. Au contraire, la majorité des participant·e·s soulignent avoir entretenu de bonnes relations avec la plupart de leurs collègues, supérieur·e·s hiérarchiques et patient·e·s. Cette observation est importante, car elle invite à s'éloigner d'une conception du racisme centrée exclusivement sur des actes explicites ou sur la présence d'individus ouvertement racistes.

Pourtant, malgré ce constat globalement positif, les entretiens révèlent la présence récurrente de discriminations, de microagressions, de stéréotypes et de différences de traitement dans des contextes variés. Ces expériences apparaissent dans les relations avec les collègues, la hiérarchie, les patient·e·s, mais également dans les processus de recrutement, de promotion ou de reconnaissance professionnelle. Ce paradoxe rejoint les approches contemporaines du racisme structurel, selon lesquelles les inégalités raciales ne reposent pas uniquement sur des comportements individuels intentionnels, mais également sur un ensemble de pratiques ordinaires, de normes implicites et de fonctionnements institutionnels qui contribuent à reproduire des désavantages pour certains groupes.

Cette lecture permet également de distinguer plusieurs niveaux d'analyse du racisme. Les microagressions, les remarques stéréotypées ou les interactions discriminatoires rapportées par les participant·e·s relèvent du niveau *micro* du racisme au quotidien. Les difficultés rencontrées dans les processus de signalement, les réponses institutionnelles limitées ou l'absence de sensibilisation renvoient davantage au niveau *méso*, c'est-à-dire au racisme institutionnel. Enfin, les représentations sociales qui associent implicitement certaines professions ou certaines positions de pouvoir à des groupes particuliers relèvent du niveau *macro* du racisme structurel (Mugglin et al., 2022). Les résultats de cette recherche montrent ainsi que les expériences vécues par les participant·e·s ne peuvent être comprises uniquement à travers les interactions individuelles, mais doivent être replacées dans un système plus large de production et de reproduction des inégalités.

Les résultats obtenus rejoignent ainsi les travaux qui décrivent le racisme comme un phénomène systémique et multidimensionnel. Le racisme observé ici dans les entretiens ne prend généralement pas la forme d'une exclusion directe des médecin·e·s du système hospitalier. Il se manifeste plutôt à travers une accumulation de situations parfois banales lorsqu'elles sont considérées isolément, mais dont la répétition produit des effets concrets sur les trajectoires professionnelles et le quotidien des personnes concernées.

Cette accumulation est particulièrement importante à souligner. Plusieurs situations rapportées pourraient paraître anodines si elles étaient analysées séparément : une remarque sur les cheveux, une plaisanterie sur l'Afrique, une vérification de badge ou un doute concernant la maîtrise d'une langue nationale. Cependant, leur répétition dans différents contextes, auprès de différents acteur·ices et à différentes étapes des parcours professionnels suggère l'existence de mécanismes plus profonds que de simples incidents isolés. Comme le souligne la définition du racisme structurel mobilisée dans cette recherche, ce sont moins les intentions individuelles qui importent que les conséquences produites pour les groupes concernés (Mugglin et al., 2022).

Cette observation est particulièrement importante dans le contexte suisse, où le racisme est souvent envisagé comme un phénomène marginal ou exceptionnel. Les récits recueillis suggèrent au contraire que les discriminations s'inscrivent dans des mécanismes plus ordinaires et plus diffus, qui traversent les institutions sans nécessairement être reconnus comme tels. Le caractère structurel du racisme présent dans cette recherche ne réside donc pas uniquement dans l'existence de comportements discriminatoires, mais également dans la manière dont certaines normes, représentations et pratiques contribuent à reproduire des inégalités de façon et souvent invisible.

6.2. La blanchité comme norme implicite de la profession médicale

Un autre résultat marquant de cette recherche concerne la remise en question de la légitimité professionnelle de la plupart des médecin·e·s interrogé·e·s. Cette remise en question apparaît sous des formes diverses : des patient·e·s demandant à voir un·e « vrai·e médecin », une vérification répétée des badges professionnels, des doutes concernant les compétences ou encore la nécessité de fournir davantage de preuves lors des processus de recrutement ou de promotion.

Pris séparément, chacun de ces épisodes pourrait paraître sans trop d'importance. Cependant, leur récurrence dans l'ensemble des entretiens suggère l'existence d'une norme professionnelle implicite associant encore largement la figure du médecin à la blanchité. Les récits des entretiens suggèrent donc que les médecins noir·e·s apparaissent comme des professionnel·le·s dont la présence est, dans certains contextes, perçue comme inhabituelle ou inattendue, voire non méritée.

Cette observation peut être interprétée à travers le concept de racialisation. Comme présenté dans le cadre théorique, la racialisation désigne le processus par lequel certaines caractéristiques physiques deviennent socialement significatives et servent à catégoriser les individus. Les récits montrent que plusieurs participant·e·s ne sont pas uniquement perçu·e·s comme médecins, mais également comme membres d'un groupe racialisé. Leur apparence physique semble alors davantage retenir l'attention que leur fonction de médecin aux yeux de certain·e·s collègues ou patient·e·s.

Cette interprétation rejoint également la théorie des représentations sociales développée par Jodelet (2014). Les réactions décrites par les participant·e·s suggèrent l'existence d'une représentation collective implicite du médecin, associée à certaines caractéristiques physiques, sociales ou culturelles. Historiquement, la profession médicale suisse a longtemps été occupée majoritairement par des personnes blanches et européennes. Cette réalité historique a contribué à construire une image socialement attendue du médecin qui continue d'influencer les perceptions contemporaines. Lorsque les médecins noir·e·s ne correspondent pas à cette représentation dominante, leur présence peut apparaître comme inattendue et susciter davantage de questionnements quant à leur légitimité.

Les situations rapportées dans cette étude illustrent également des mécanismes de stigmatisation au sens de Goffman (1963). Certaines caractéristiques visibles, comme la couleur de peau, deviennent des marqueurs susceptibles d'influencer les attentes et les jugements portés sur les individus. Ces médecins noir·e·s semblent ainsi plus fréquemment confronté·e·s à une présomption d'incompétence ou à une remise en question de leur statut professionnel. Ils doivent alors démontrer des compétences qui sont parfois présumées chez d'autres collègues.

Cette dynamique rejoint enfin les travaux portant sur la blanchité. Selon la plupart des récits obtenus analysés dans cette recherche, les professionnel·le·s appartenant au groupe majoritaire bénéficient plus facilement d'une présomption de compétence, tandis que les personnes

appartenant à des groupes minoritaires doivent souvent fournir davantage d'efforts pour accéder à cette reconnaissance. Le problème ne réside donc pas uniquement dans les actes explicitement racistes, mais également dans des normes professionnelles implicites qui continuent à associer la compétence médicale à certaines caractéristiques raciales.

Les cas de racisme observés dans cette étude ne se limitent donc pas à quelques incidents isolés, mais s'inscrivent dans des mécanismes plus larges de racialisation et de normes professionnelles qui favorisent certaines personnes au détriment d'autres.

6.3. L'invisibilisation du racisme comme mécanisme de reproduction des inégalités

Au-delà des discriminations elles-mêmes, les entretiens mettent en évidence l'importance de leur faible reconnaissance institutionnelle. Plusieurs participant·e·s soulignent que le racisme a rarement été abordé au cours de leur formation médicale et n'est que très peu discuté dans les institutions hospitalières. Cette absence contraste fortement avec la fréquence des situations rapportées au cours des entretiens.

Cette invisibilisation apparaît également dans les difficultés rencontrées pour signaler ou faire reconnaître certaines expériences. Plusieurs participant·e·s décrivent un sentiment de banalisation, de minimisation ou d'incompréhension lorsqu'ils tentent d'aborder ces questions. D'autres expliquent avoir progressivement renoncé à signaler certaines situations en raison de leur faible confiance dans les mécanismes existants.

Ces résultats rejoignent les travaux sur le *color-blindness* et le déni contemporain du racisme. Comme présenté dans le cadre théorique, cette approche repose sur l'idée que les différences « raciales » ne devraient pas être prises en compte et que tous les individus seraient traité·e·s de manière identique. Bien que cette posture puisse sembler égalitaire à première vue, plusieurs auteurices montrent qu'elle contribue paradoxalement à invisibiliser les discriminations réellement vécues par les groupes minoritaires. Lorsque les institutions considèrent que la « race » ne joue aucun rôle dans leur fonctionnement, il devient plus difficile de reconnaître les inégalités qui persistent malgré cette prétendue neutralité.

Les récits mettent également en lumière la présence de mécanismes de racisme institutionnel. Celui-ci ne se manifeste pas nécessairement à travers des règlements explicitement discriminatoires, mais peut prendre la forme d'une absence de mesures adaptées, d'un manque

de sensibilisation ou d'une faible capacité à reconnaître certaines expériences. L'absence de formation sur le racisme, la rareté des espaces de discussion et la méfiance exprimée envers les dispositifs de signalement peuvent être interprétées comme des éléments contribuant indirectement à la reproduction des inégalités.

Cette absence de reconnaissance de la part de l'institution peut aussi alimenter le doute chez les personnes concernées. Plusieurs participant·e·s décrivent leur difficulté à déterminer si certaines situations relèvent effectivement du racisme. Cette ambiguïté n'est pas anodine. Elle constitue l'une des caractéristiques des formes contemporaines de discrimination, qui se manifestent souvent à travers des comportements subtils, indirects ou facilement justifiables par d'autres explications. Le racisme devient alors plus difficile à identifier, à démontrer et à dénoncer.

Les résultats de cette recherche suggèrent ainsi que le caractère structurel du racisme ne réside pas uniquement dans les discriminations elles-mêmes, mais également dans les mécanismes qui contribuent à les rendre invisibles. L'absence de reconnaissance institutionnelle participe alors indirectement à leur reproduction, en limitant les possibilités de les identifier, de les nommer et de les combattre.

6.4. L'articulation entre « race », nationalité et autres rapports sociaux

Les entretiens montrent également que les expériences rapportées ne peuvent être comprises uniquement à travers la dimension raciale. La racialisation apparaît comme un processus qui peut se combiner à d'autres rapports sociaux, tels que le genre, l'âge, la nationalité, le parcours migratoire, le pays de formation ou encore la position hiérarchique occupée dans l'institution. Ces différentes dimensions ne s'additionnent pas simplement, mais peuvent interagir et influencer la manière dont les individus sont perçu·e·s, évalué·e·s et traité·e·s dans leur environnement professionnel.

Cette observation souligne l'intérêt d'une approche intersectionnelle. Développé par Crenshaw à la fin des années 1980, le concept d'intersectionnalité permet de comprendre comment plusieurs rapports de domination peuvent s'articuler simultanément pour produire des expériences spécifiques de discrimination. Les résultats montrent que les participant·e·s ne sont jamais uniquement perçu·e·s comme noir·e·s, étranger·ère·s, femmes ou médecins, mais que ces différents éléments se combinent et influencent ensemble leur expérience professionnelle.

Les récits recueillis illustrent également la difficulté de distinguer clairement les différentes formes de discrimination. Plusieurs participant·e·s hésitent à attribuer certaines situations exclusivement au racisme, soulignant qu'elles peuvent aussi être liées à leur accent, à leur nationalité, à leur statut migratoire ou à leur position hiérarchique. Cette difficulté rejoint les travaux sur les discriminations intersectionnelles, qui montrent que les expériences vécues ne correspondent pas toujours à une addition simple de plusieurs formes de discrimination (discrimination multiple), mais résultent souvent de leur interaction.

La question de la reconnaissance des diplômes étrangers constitue un exemple particulièrement significatif de cette intersectionnalité. Plusieurs participant·e·s ont évoqué une méfiance plus importante envers certaines qualifications obtenues dans des pays d'Afrique. Dans ces situations, la couleur de peau, l'origine nationale et les représentations associées à certains pays semblent étroitement imbriquées. Les doutes exprimés ne concernent alors pas uniquement les compétences individuelles, mais également les représentations sociales associées à certains espaces géographiques et à certaines populations. Ce lien entre « race » et nationalité peut être à nouveau analysé à travers le concept de racialisation. Les récits présents dans cette étude suggèrent que certaines nationalités ou origines géographiques sont associées à des représentations spécifiques qui influencent la manière dont les individus sont perçu·e·s et évalué·e·s. Les participant·e·s décrivent ainsi des situations dans lesquelles leur origine semble renforcer ou réactiver certaines catégorisations raciales préexistantes.

Par exemple, les expériences des femmes noires interrogées révèlent aussi l'interaction entre plusieurs rapports sociaux. Une participante en particulier décrit des situations où le racisme semble se combiner au sexisme, produisant des expériences particulières qui ne peuvent être expliquées uniquement par l'un ou l'autre de ces facteurs. Cette observation faite par cette médecin rejoint les analyses intersectionnelles qui soulignent que les personnes occupant plusieurs positions minorisées peuvent être confrontées à des formes spécifiques de discrimination. Cet exemple permet ainsi d'illustrer la manière dont le genre peut s'articuler avec la racialisation, sans pour autant permettre de conclure à une expérience commune à l'ensemble des femmes noires médecins. Compte tenu de la taille et de la composition de l'échantillon, cette étude ne vise pas à établir une comparaison systématique entre les expériences des femmes et des hommes ni à identifier des différences généralisables selon le genre, mais plutôt à mettre en évidence la manière dont plusieurs rapports sociaux peuvent se combiner dans certains parcours individuels.

Un autre récit illustre l'articulation entre la racialisation et l'âge dans la perception de la légitimité professionnelle. Un jeune médecin rapporte avoir ressenti, à travers certaines questions qui lui étaient posées, que son jeune âge pouvait influencer la manière dont sa légitimité en tant que médecin était perçue, en particulier dans un contexte où il était également noir.

D'autres récits recueillis illustrent également la manière dont le pays de formation peut constituer une dimension supplémentaire dans l'analyse des expériences vécues. Une médecin en formation évoque par exemple le sentiment d'être davantage remise en question ou considérée comme moins légitime en raison de son origine, mais aussi du fait d'avoir effectué une partie de sa formation médicale à l'étranger. Dans son expérience, la racialisation semble ainsi s'articuler avec la reconnaissance des parcours de formation internationaux et les représentations associées à certains systèmes éducatifs étrangers. La difficulté rencontrée ne semble donc pas pouvoir être attribuée à un seul facteur, mais à l'interaction entre plusieurs éléments influençant la manière dont ses compétences sont perçues.

À l'inverse, un autre participant rapporte avoir été relativement peu confronté à des microagressions au cours de son parcours professionnel en Suisse, tout en nuancant lui-même cette perception en soulignant qu'il occupait alors une position de chef de service. Cette position hiérarchique a pu modifier les interactions auxquelles il était exposé et la manière dont certaines attitudes étaient exprimées à son égard. Cet exemple rappelle que les expériences de racialisation peuvent également être influencées par le statut professionnel et le pouvoir institutionnel détenu par les individus.

Les résultats montrent ainsi que les expériences des médecins noir·e·s ne peuvent être comprises à travers une lecture unidimensionnelle du racisme. Elles s'inscrivent dans des configurations plus complexes où plusieurs rapports sociaux interagissent et se renforcent mutuellement. L'approche intersectionnelle est donc particulièrement utile pour comprendre la diversité et la complexité des situations vécues.

6.5. Le coût du racisme : devoir constamment faire ses preuves

Un autre résultat transversal particulièrement important concerne la nécessité de démontrer sa valeur professionnelle. Cette idée traverse l'ensemble des entretiens et apparaît dans des

contextes très différents : études, embauche, promotion, interactions avec les patient·e·s, les collègues ou encore relations avec la hiérarchie.

Plusieurs participant·e·s décrivent ainsi le sentiment de devoir être meilleur·e·s, plus performant·e·s ou plus irréprochables que les autres pour obtenir une reconnaissance comparable. Cette dynamique peut être interprétée à travers le concept de stigmatisation développé par Goffman (1963). Les participant·e·s semblent confronté·e·s à une forme de présomption d'incompétence qui les conduit à devoir constamment démontrer qu'ils possèdent les compétences attendues. Là où certaines personnes bénéficient d'une reconnaissance relativement spontanée de leur légitimité professionnelle, les médecins noir·e·s décrivent devoir continuellement confirmer qu'ils méritent leur place au sein de l'institution.

Les résultats peuvent également être mis en lien avec les représentations sociales associées aux personnes noires dans les espaces professionnels. Les stéréotypes ne conduisent pas nécessairement à des formes explicites d'exclusion, mais ils influencent les attentes et les jugements portés sur les individus. Les participant·e·s décrivent ainsi des situations où leurs compétences semblent davantage questionnées ou soumises à vérification que celles de certain·e·s collègues.

Au-delà des inégalités de carrière qu'elle peut produire, cette situation engendre un coût psychologique important, comme me l'ont décrit la quasi-totalité des personnes interviewées. Le fait de devoir constamment démontrer ses compétences, anticiper les préjugés ou se préparer à d'éventuelles remises en question représente une charge supplémentaire qui s'ajoute aux exigences déjà élevées du métier de médecin. Cette observation fait écho au concept de *minority tax*¹⁸, évoqué par l'une des personnes interrogées. Ce concept renvoie aux efforts et aux charges supplémentaires supportés par les membres de groupes minorisés pour démontrer leurs compétences, anticiper ou gérer les préjugés et, parfois, assumer eux-mêmes et elles-mêmes le travail de sensibilisation ou de dénonciation. Les récits de cette recherche permettent d'entrevoir que ces coûts ne se limitent en effet pas aux discriminations les plus visibles. Ils incluent également une charge mentale liée à l'anticipation des préjugés, à la gestion des

¹⁸ Le concept de *minority tax* désigne la charge supplémentaire et souvent invisible imposée aux membres des groupes minoritaires, notamment dans le milieu universitaire et médical, qui assument de manière disproportionnée des responsabilités liées à la diversité, au mentorat et à la représentation, tout en faisant face à des inégalités et à des discriminations (Rodríguez et al., 2015).

situations discriminatoires et, souvent, à la responsabilité de dénoncer, expliquer ou tenter de résoudre elles-mêmes les problèmes liés au racisme.

Les résultats de cette recherche montrent donc que le racisme peut produire des effets qui dépassent largement les incidents ponctuels. Il influence également le bien-être psychologique, le sentiment d'appartenance et les trajectoires professionnelles des personnes concernées. Cette dimension diffuse et cumulative constitue l'une des manifestations les plus importantes du racisme structurel observé dans cette recherche.

6.6. Une réalité hétérogène et contextualisée

Enfin, cette recherche met en évidence l'importante diversité des expériences vécues par les participant·e·s. Aucun·e médecin interrogé·e n'a rapporté les mêmes situations ni la même intensité de discrimination. Les expériences semblent varier selon les établissements, les régions linguistiques, les spécialités médicales, les positions hiérarchiques occupées ou encore les personnes rencontrées au cours du parcours professionnel.

Les résultats mettent en évidence des tendances communes sans pour autant permettre de généraliser l'ensemble des expériences. Cette précaution est d'autant plus nécessaire dans le cadre de cette étude, qui s'appuie sur un nombre restreint de six entretiens et vise avant tout à explorer des expériences vécues plutôt qu'à établir une représentativité statistique. Les résultats ne permettent donc pas d'affirmer que l'ensemble des institutions hospitalières suisses fonctionnent de manière identique ni que tous et toutes les médecins noir·e·s partagent les mêmes expériences. Ils révèlent néanmoins des mécanismes récurrents qui émergent dans différents contextes et qui peuvent contribuer à façonner des expériences similaires.

Cette hétérogénéité est particulièrement importante d'un point de vue théorique. Elle rappelle que le racisme structurel ne produit pas des expériences identiques pour toutes les personnes concernées. Il crée plutôt des probabilités inégales d'exposition à certaines formes de discrimination selon les contextes institutionnels, les trajectoires individuelles et les positions sociales occupées.

Cette variabilité ne remet cependant pas en question l'existence du racisme structurel dans cette étude. Au contraire, elle constitue l'une de ses caractéristiques. Les mécanismes structurels ne se manifestent pas nécessairement de manière uniforme ou constante. Comme vu

précédemment, ils opèrent souvent de manière diffuse, à travers des normes, des représentations et des pratiques qui peuvent produire des effets différents selon les contextes.

L'analyse montre également que certains éléments semblent atténuer les expériences de discrimination. La présence de responsables sensibilisés à ces questions, l'existence d'environnements multiculturels ou encore la diversité des équipes apparaissent comme des facteurs susceptibles de limiter certains mécanismes discriminatoires. À l'inverse, les contextes où la diversité est moins présente semblent parfois favoriser davantage les processus de différenciation et de racialisation. Cette diversité des expériences souligne finalement l'importance d'approches qualitatives permettant de saisir la complexité des vécus individuels. Loin de remettre en cause l'existence du racisme, elle met en évidence les multiples formes qu'il peut prendre ainsi que les différents contextes dans lesquels il se manifeste. Elle rappelle également que le racisme structurel ne constitue pas une réalité uniforme, mais un ensemble de mécanismes dont les effets varient selon les situations et les trajectoires des personnes concernées.

7. Conclusion

Cette recherche avait pour objectif de comprendre comment des expériences de médecins noir·e·s exerçant en Suisse permettent de mettre en lumière des formes concrètes du racisme structurel au sein des institutions médicales suisses. À travers six entretiens semi-directifs, elle a permis d'explorer les expériences vécues par les participant·e·s au cours de leur formation et de leur pratique professionnelle, ainsi que leur perception du fonctionnement des institutions hospitalières face à ces enjeux.

Les récits de cette étude qualitative ont montré que le racisme est présent sous des formes diverses et souvent ordinaires. Les participant·e·s ont rapporté des remarques stéréotypées, de la violence verbale, des microagressions, des doutes concernant leurs compétences professionnelles, des formes d'exotisation ou encore des situations de discrimination émanant aussi bien de patient·e·s que de collègues ou de supérieur·e·s hiérarchiques. Si certains épisodes décrits sont explicites, beaucoup prennent la forme d'interactions ambiguës, répétées et banalisées, dont l'accumulation produit néanmoins des effets importants sur le vécu professionnel et personnel des médecins concerné·e·s.

Toutefois, l'un des enseignements les plus marquants de cette recherche ne réside pas uniquement dans l'existence de ces expériences, mais dans la manière dont elles sont reçues par l'environnement institutionnel. À plusieurs reprises, les participant·e·s évoquent la banalisation, la minimisation ou la remise en question des situations qu'ils et elles rapportent. Cette difficulté à faire reconnaître la réalité du racisme apparaît comme une source de souffrance particulièrement importante. Le sentiment de ne pas être entendu, de devoir constamment justifier ses expériences ou de faire face à l'incompréhension de son entourage professionnel semble parfois plus difficile à vivre que certains actes racistes eux-mêmes pour les participant·e·s.

Les analyses de cette recherche suggèrent également que le racisme ne peut être compris uniquement à travers des comportements individuels. Les récits recueillis mettent en évidence des mécanismes plus larges qui participent à la reproduction des inégalités : un manque de représentation dans certaines positions hiérarchiques, l'absence de formations sur le racisme, des dispositifs de signalement jugés insuffisants ou peu crédibles, ainsi qu'une difficulté générale à aborder cette thématique dans les institutions médicales. Ces éléments rejoignent les

travaux qui envisagent le racisme comme un phénomène structurel, produit et entretenu par des normes, des pratiques et des organisations qui dépassent les intentions individuelles.

Cette recherche présente néanmoins certaines limites. En raison de son caractère qualitatif et de la taille restreinte de l'échantillon, cette recherche ne visait ni à mesurer la fréquence ni l'ampleur du phénomène à l'échelle du système de santé suisse, et encore moins à produire des résultats généralisables à l'ensemble de la population médicale. Par ailleurs, si l'objectif était d'étudier le racisme structurel, les données recueillies donnent principalement accès aux expériences vécues par les individus, c'est-à-dire au niveau *micro* des interactions quotidiennes. Quelques éléments permettent également d'entrevoir des mécanismes institutionnels relevant du niveau *méso*. En revanche, les dimensions *macro* du racisme structurel, qui concernent les politiques publiques, les structures de pouvoir ou les inégalités systémiques à grande échelle, demeurent plus difficiles à saisir à travers une telle méthodologie. Il serait ainsi particulièrement pertinent de poursuivre cette réflexion à travers des recherches complémentaires, notamment quantitatives, portant sur un plus grand nombre de professionnel·le·s de santé et permettant d'examiner les mécanismes structurels à une échelle plus large.

Au-delà des résultats, cette recherche met également en évidence l'importance de produire des connaissances sur des réalités encore trop peu documentées en Suisse. Les réactions des participant·e·s témoignent du besoin de rendre visibles des expériences souvent peu reconnues et rarement discutées publiquement. Plusieurs personnes interrogées se sont montrées reconnaissantes que cette thématique soit étudiée dans un cadre académique, rappelant que l'invisibilisation du racisme participe à sa perpétuation. Dans cette perspective, la recherche apparaît non seulement comme un outil scientifique, mais aussi comme un moyen de donner une place à des expériences qui peinent parfois à trouver un espace d'expression et de reconnaissance.

Cette dimension a également nourri ma propre réflexion en tant que chercheuse. N'étant pas moi-même concernée par le racisme anti-Noir·e·s, je me suis interrogée tout au long du processus sur ma légitimité à étudier cette question. Les échanges avec les participant·e·s ont toutefois montré que cette légitimité ne reposait pas uniquement sur l'expérience personnelle du phénomène étudié, mais également sur la rigueur de la démarche, la réflexivité adoptée et l'attention portée à la parole des personnes concernées. Les entretiens ont également mis en lumière le rôle que peuvent jouer les personnes non directement concernées dans la lutte contre les discriminations. Comme l'ont souligné plusieurs participant·e·s, la responsabilité de rendre

visibles ces problématiques et de lutter contre le racisme ne devrait pas reposer uniquement sur celles et ceux qui en font l'expérience. Leur attribuer cette charge reviendrait à leur demander de porter, en plus des discriminations vécues, la responsabilité de les dénoncer et de les faire reconnaître.

Finalement, ce mémoire met en évidence, à travers les expériences rapportées par les personnes interrogées, que le racisme en contexte médical ne se manifeste pas uniquement à travers des actes ou des paroles explicitement discriminatoires. Les témoignages recueillis montrent également l'existence de mécanismes plus discrets de banalisation, de silence et de non-reconnaissance, qui peuvent contribuer à renforcer le sentiment d'isolement des personnes concernées et à compliquer la remise en question des inégalités vécues. Si cette recherche ne prétend pas rendre compte de toute la complexité du phénomène, elle espère contribuer à documenter une réalité encore insuffisamment étudiée en Suisse et à encourager la poursuite des réflexions scientifiques, institutionnelles et professionnelles sur les formes contemporaines du racisme dans le domaine de la santé.

Déclaration relative à l'utilisation d'une intelligence artificielle générative dans le processus de rédaction

Lors de la préparation de ce mémoire, j'ai eu recours à l'outil d'intelligence artificielle générative ChatGPT pour m'assister dans certaines tâches de rédaction, notamment la correction de la grammaire, de la syntaxe et de l'orthographe, la reformulation de certains passages dans un langage plus académique, l'amélioration de la structure de certains textes ainsi que la synthèse ou le raccourcissement de passages trop longs. Après chaque utilisation de cet outil, j'ai relu, vérifié et modifié le contenu lorsque cela était nécessaire. Je demeure seule responsable de l'ensemble du contenu, des analyses, des interprétations et des conclusions présentés dans ce mémoire.

8. Bibliographie

Articles et ouvrages

Acke, D. (2016). Révisionnisme et négationnisme. Présentation. *Témoigner. Entre histoire et mémoire. Revue pluridisciplinaire de la Fondation Auschwitz*, (122), 53-63.

Al-Makhamreh, S. S., & Lewando-Hundt, G. (2008). Researching at home as an insider/outsider: Gender and culture in an ethnographic study of social work practice in an Arab society. *Qualitative Social Work*, 7(1), 9–23.

Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Addison-Wesley.

Auer, D., Bonoli, G., Fossati, F., & Liechti, F. (2019). The matching hierarchies model. *International Migration Review*, 53(1), 90–121.

Banks, J. A. (1998). The lives and values of researchers: Implications for educating citizens in a multicultural society. *Educational Researcher*, 27(7), 4–17.

Bishop, R. (2008). Freeing ourselves from neocolonial domination in research: A Māori approach to creating knowledge. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The landscape of qualitative research* (3rd ed., pp. 145–183). Sage.

Blandenier, E., Chollet, M., Morisod, K., Grazioli, V., Dzi, K., Bodenmann, P., & Tan, R. (2025a). Racism in health care (part 3): The Mediterranean syndrome. *Revue Médicale Suisse*, 21(923), 1299–1302.

Blandenier, E., Ngassop, J. B., Morisod, K., Grazioli, V., Bühler Viredaz, N., Dzi, K., Pahud Vermeulen, B., Bodenmann, P., & Tan, R. (2025b). Racism in health care (part 2): Implicit bias. *Revue Médicale Suisse*, 21(906), 351–355.

Bourdieu, P. (2004). *Science of science and reflexivity*. Polity Press.

Bouvet, M., Chossière, F., Duc, M., & Fisson, E. (éds.). (2024). *Catégoriser*. Lyon: ENS Éditions. <https://doi.org/10.4000/128p3>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Brewer, M. B. (1999). The psychology of prejudice: Ingroup love and outgroup hate? *Journal of Social Issues*, 55(3), 429–444.

Bugnon, C. (2016). *L'hétérogénéité du rapport au voile parmi les étudiantes le portant dans le canton de Genève* [Mémoire de master, Université de Genève]. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:160882>

Cervulle, M. (2013). *Dans le blanc des yeux : diversité, racisme et médias*. Éd. Amsterdam.

Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299.

Cretton, V. (2018). Performing whiteness: Racism, skin colour, and identity in Western Switzerland. *Ethnic and Racial Studies*, 41(5), 842–859.

- Deligne, J., Rebato, E., & Susanne, C. (2001). Races et racisme. *Journal des Anthropologues*, 84, 217–235.
- Doise, W. (1978). *Groups and individuals: Explanations in social psychology*. Cambridge University Press.
- dos Santos Pinto, J., Ohene-Nyako, P., Pétrémont, M., Lavanchy, A., Lüthi, B., Purtschert, P., & Skenderovic, D. (2022). Un/Doing race : Racialisation en Suisse. Seismo.
- Dunezat, X., & Gourdeau, C. (2016). Le racisme institutionnel : Un concept polyphonique. *Migrations Société*, 163(1), 13–32.
- Dzi, K. (s.d.). *Expériences et perceptions des professionnels de la santé concernant la discrimination et le rôle de la bioéthique* [Thèse de doctorat en cours]. Université de Lausanne.
- Efionayi-Mäder, D., & Ruedin, D. (2017). *État des lieux du racisme anti-Noir-e en Suisse : Étude exploratoire à l'attention du Service de lutte contre le racisme* (Publication n° 67f). Institut SFM.
- Efionayi-Mäder, D., & Ruedin, D. (2018). *Colloque sur le racisme anti-Noirs en Suisse* (Publication n° 70f). Institut SFM.
- England, K. V. L. (1994). Getting personal: Reflexivity, positionality, and feminist research. *The Professional Geographer*, 46(1), 80–89.
- Essed, P. (2005). Racisme et préférence pour l'identique : Du clonage culturel dans la vie quotidienne. *Actuel Marx*, 38(2), 103–118.
- Essed, P., & Goldberg, D. T. (Eds.). (2002). *Race critical theories: Text and context*. Blackwell.
- Fibbi, R., Fehlmann, J., Ruedin, D., & Counilh, A.-L. (2019). *Discrimination des personnes hautement qualifiées issues de la migration dans le domaine social ?* (SFM Studies 72). Institut SFM.
- Fibbi, R., Ruedin, D., Stünzi, R., & Zschirnt, E. (2022). Hiring discrimination on the basis of skin colour? A correspondence test in Switzerland. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 48(7), 1515–1535. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2021.1999795>
- Fresnoza-Flot, A., & Cheung, H. (2024). Temporal contextuality of agentic intersectional positionalities: Nuancing power relations in the ethnography of minority migrant women. *Qualitative Research*, 24(4), 793–812.
- Géraud, M.-O., Leservoisier, O., & Pottier, R. (2016). Ethnocentrisme. In *Les notions clés de l'ethnologie : Analyses et textes* (pp. 81–93). Armand Colin.
- Gillabert, M. (2023). Le racisme et l'héritage du colonialisme dans la fabrique de l'histoire en Suisse. *Tangram*, 47, 9–12.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.
- Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, 102(1), 4–27.
- Hangartner, D., Kopp, D., & Siegenthaler, M. (2021). Monitoring hiring discrimination through online recruitment platforms. *Nature*, 589(7843), 572–576.

- Hewstone, M., Rubin, M., & Willis, H. (2002). Intergroup bias. *Annual Review of Psychology*, 53, 575–604.
- Jodelet, D. (2014). *Les représentations sociales*. Presses universitaires de France.
- Lavanchy, A. (2020). La blanchité et ses privilèges en Suisse. *Tangram*.
- Liamputtong, P. (2010). *Performing qualitative cross-cultural research*. Cambridge University Press.
- Liard, L. (2025). *De l'expérience du racisme ordinaire à l'identification des discriminations systémiques : Le cas d'étudiant-e-s afro-descendant-e-s en Suisse* [Thèse de doctorat, Université de Lausanne].
- Mahon, P., Steffanini, F., & Graf, A. L. (2019). *La notion de « race » dans le droit suisse*. Service de lutte contre le racisme.
- Maire, C. & Garufo, F. (2013). Frontières territoriales et idéologiques : Un siècle d'affiches politiques en Suisse (1918-2013), *Hommes & migrations*, 1304, pp. 127-133.
- Manohar, N., Liamputtong, P., Bhole, S., & Arora, A. (2017). Researcher positionality in cross-cultural and sensitive research. *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences*, 1–15.
- Martin, J. L., & Yeung, K. T. (2003). The use of the conceptual category of race in American sociology, 1937–1999. *Sociological Forum*, 18(4), 521–543.
- Martiniello, M. (2024). From “second-generation immigrant” to sociologist of migration. In M. Gemignani, Y. Hernandez-Albujar, & J. Sladkova (Eds.), *Migrant scholars researching migration: Reflexivity, subjectivity and biography in research* (pp. 194–202). Routledge.
- Mazouz, S. (2020). *Race*. Anamosa.
- Merriam, S. B., Johnson-Bailey, J., Lee, M.-Y., Kee, Y., Ntseane, G., & Muhamad, M. (2001). Power and positionality: Negotiating insider/outsider status within and across cultures. *International Journal of Lifelong Education*, 20(5), 405–416.
- Mugglin, L., Efionayi, D., Ruedin, D., & D'Amato, G. (2022). *Racisme structurel en Suisse : Un état des lieux de la recherche et de ses résultats* (Publication n° 81f). Institut SFM.
- Probst, J., Ruedin, D., Bodenmann, P., Efionayi-Mäder, D., & Wanner, P. (2021). *Littératie en santé relative au covid-19: focus sur la population migrante*. (SFM Studies 78). Institut SFM.
- Quillian, L. (2006). New approaches to understanding racial prejudice and discrimination. *Annual Review of Sociology*, 32(1), 299–328.
- Quillian, L., Heath, A., Pager, D., Midtbøen, A. H., Fleischmann, F., & Hexel, O. (2019). Do some countries discriminate more than others? Evidence from 97 field experiments of racial discrimination in hiring. *Sociological Science*, 6, 467–496.
- Rodríguez, J. E., Campbell, K. M., & Pololi, L. H. (2015). Addressing disparities in academic medicine: what of the minority tax?. *BMC medical education*, 15(1), 6.
- Sabbagh, D. (2022). Le « racisme systémique » : un conglomérat problématique. *Mouvements*, 2022/HS(2), pp. 56-74. <https://doi.org/10.3917/mouv.hs02.0056>.

Schinkel, W. (2018). Against immigrant integration: For an end to neocolonial knowledge production. *Comparative Migration Studies*, 6, 31.

Schwarz, Z. (2019). Rassismuserfahrungen dunkelhäutiger Pflegefachpersonen. *NCCR On the Move Blog*.

Sherif, B. (2001). The ambiguity of boundaries in the fieldwork experience: Establishing rapport and negotiating insider/outsider status. *Anthropology Quarterly*, 74(1), 103–111.

Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A. M., Nadal, K. L., & Esquilin, M. (2007). Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice. *American Psychologist*, 62(4), 271–286. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.4.271>

Tajfel, H. (1970). Experiments in intergroup discrimination. *Scientific American*, 223(5), 96–103.

Tajfel, H., & Turner, J. C. (1979). An integrative theory of inter-group conflict. In W. G. Austin & S. Worchel (Eds.), *The social psychology of inter-group relations* (pp. 33–47). Brooks/Cole.

Tajfel, H., & Turner, J. C. (2004). The social identity theory of intergroup behavior. In J. T. Jost & J. Sidanius (Eds.), *Political psychology* (pp. 276–293). Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9780203505984-16>

Telep, S. (2021). Racialisation. *Langage et Société*, HS1, 289–292.

Thijssen, L. D. J. (2020). *Racial and ethnic discrimination in western labor markets: Empirical evidence from field experiments* (Doctoral dissertation, Utrecht University). Universiteit Utrecht.

Thomas, W. I., & Znaniecki, F. (1918). *The Polish peasant in Europe and America* (Vol. 1). Richard G. Badger.

Trevisan, A. (2020). Rassismus und sein Einfluss auf die psychische Gesundheit. In *Depression und Biographie: Krankheitserfahrungen migrierter Frauen in der Schweiz* (pp. 283–332). transcript Verlag.

Vettorato, C. (2023). Qu'est-ce que l'intersectionnalité ? In *Déconstructions queer* (pp. 101–138). Hermann.

Zschirnt, E., & Ruedin, D. (2016). Ethnic discrimination in hiring decisions: A meta-analysis of correspondence tests 1990–2015. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 42(7), 1115–1134.

Sites internet

Centre-Écoute contre le Racisme. (2023). *Rapport annuel 2023*. (En ligne) Consulté le 08.09.2025 sur https://c-ecr.ch/medias/ra-c-ecr_2023_final_digital.pdf

Centre-Écoute contre le Racisme. (2024). *Rapport annuel 2024*. (En ligne) Consulté le 08.09.2025 sur https://c-ecr.ch/medias/ra-c-ecr_2024.pdf

Confédération Suisse. (2021). *Discrimination raciale en Suisse : Rapport 2019/2020 du Service de lutte contre le racisme*. Service de lutte contre le racisme. (En ligne) Consulté le 10.09.2025 sur <https://www.frb.admin.ch/dam/fr/sd-web/82N-GRve-aKa/SLR%20Rapport%20-%20Discrimination%20raciale%20en%20Suisse%202019-2020.pdf>

Confédération Suisse. (2023). *Synthèse de l'état des lieux : Racisme structurel en Suisse*. Service de lutte contre le racisme. (En ligne) Consulté le 12.09.2025 sur <https://www.frb.admin.ch/fr/etudes-et-rapports>

Confédération Suisse. (2024). *Le racisme en Suisse : Chiffres, faits, mesures à prendre*. Service de lutte contre le racisme. (En ligne) Consulté le 25.08.2025 sur https://www.frb.admin.ch/dam/fr/sd-web/8PHyn6UHFHvj/250325_Facts_Figures_korr_FR_HZ.pdf

Confédération Suisse. (2025a). *Glossaire*. Service de lutte contre le racisme. (En ligne) Consulté le 11.09.2025 sur <https://www.frb.admin.ch/fr/glossaire>

Confédération Suisse. (2025b). *Racisme anti-Noirs*. Service de lutte contre le racisme. (En ligne) Consulté le 28.08.2025 sur <https://www.frb.admin.ch/fr/racisme-anti-noirs>

CRAN – Carrefour de réflexion et d'action contre le racisme anti-Noir. (2021). *CRAN Report on Anti-Black Racism in Switzerland*. (En ligne) Consulté le 12.09.2025 sur <https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/issues/racism/wgeapd/cfi-res-47-21/submissions/2022-09-14/CRAN-Submission-NGO-PAD-hrc51-A-HRC-51-53-I.pdf>

Réseau de centres de conseil pour les victimes de racisme (2024). *Incidents racistes recensés par les centres de conseil*. (En ligne) Consulté le 07.09.2025 sur https://www.ekr.admin.ch/pdf/250424_humanrights_Rassismusbericht_2024_F.pdf

9. Annexes

Guide d'entretien

Introduction

- Me présenter
- Remercier de la participation
- Résumer brièvement l'objectif de recherche
- Répéter que l'entretien est strictement confidentiel et anonymisé.
- Rappeler que la personne peut ne pas répondre à certaines questions et stopper l'entretien dès qu'elle le souhaite
- Parler de l'enregistrement qui servira à retranscrire, puis destruction de l'enregistrement.

À garder en tête

- Vérifier l'intersectionnalité lors des faits de racisme
- Chercher des exemples concrets, des situations de vies
- Porter attention au profil des auteurs et autrices d'actes racistes

Question d'ouverture

Pour commencer, pourriez-vous vous présenter (nationalité, origine, genre, âge, poste, année d'expérience, pays de formation) ?

Thèmes généraux	Questions générales	Questions d'approfondissement
Formation médicale et embauche	Selon vous, la question du racisme ou de la discrimination était-elle abordée pendant votre formation ?	
	Comment décririez-vous vos relations avec les enseignant·e·s ou les autres étudiant·e·s ?	Avez-vous eu le sentiment d'avoir été traité·e différemment pendant votre formation ? Par exemple à travers des remarques, des attentes particulières, un manque de reconnaissance ou un regard stéréotypé lié à votre origine ou votre apparence ? Avez-vous remarqué des attitudes, propos ou pratiques qui vous ont marqué·e ? (exemple)
	Comment se sont déroulés vos stages durant la formation (à l'hôpital, en cabinet, etc.) ?	Avez-vous eu de la difficulté à trouver un stage et si oui à quoi vous pensez que ces difficultés sont liées ?

		Avez-vous observé des différences de traitement, de reconnaissance ou d'opportunités pendant ces stages ?
	Comment s'est passée votre recherche d'emploi ?	Avez-vous rencontré des difficultés particulières lors de vos candidatures ou entretiens d'embauche ? Par exemple, pensez-vous que la présence d'une photo sur le dossier ait pu influencer la perception de votre candidature ?
Relations avec les collègues	Avez-vous déjà été confronté·e à des propos ou attitudes déplacés de la part de vos collègues ?	Si oui, pouvez-vous me donner un exemple. Comment avez-vous réagi ?
	Avez-vous l'impression que les collègues perçu·e·s comme racisé·e·s -c'est-à-dire pouvant être identifié·e·s comme appartenant à des minorités visibles- sont traité·e·s ou considéré·e·s différemment des autres ? Si oui, pouvez-vous donner un exemple ?	
Relations avec la hiérarchie	Avez-vous déjà été confronté·e à des propos ou attitudes déplacés de la part de votre hiérarchie ?	Si oui, à quel niveau de hiérarchie (par exemple : supérieur·e direct·e, cadre, direction, médecin-chef·fe, etc.) Comment avez-vous réagi ?
	Avez-vous déjà eu le sentiment que votre évolution professionnelle était freinée ou conditionnée par des stéréotypes ?	Avez-vous déjà eu à prouver davantage vos compétences ? Et si oui, lesquelles en particulier
Relations avec les patient·e·s	Avez-vous déjà observé des attitudes de méfiance ou des remarques sur votre origine ou votre apparence de la part de vos patient·e·s ?	Si oui, pouvez-vous me raconter une expérience significative ?
Institution et politiques internes	Que savez-vous des politiques ou dispositifs mis en place dans votre	Selon vous, le soutien de la hiérarchie face au racisme est-il suffisant et efficace ?

	établissement concernant les discriminations et le racisme en particulier ?	
	Le racisme est-il un sujet dont on parle dans votre milieu de travail ?	Si non, pourquoi pas si cette problématique est présente ?
	Pensez-vous que le racisme est davantage perçu comme un problème individuel ou structurel dans votre institution ?	Pourquoi ?
Stratégies individuelles	Quelles sont vos stratégies dans des situations de racisme ou de discrimination ?	