

## Préjugés en médecine

### *Notre rôle dans les inégalités en matière de santé*

John Guilfoyle MD FCFP   Len Kelly MD MClInSc FCFP   Natalie St-Pierre-Hansen

Quel accueil un patient différent de nous reçoit-il dans notre cabinet et notre salle d'attente? Le patient moins scolarisé, plus défavorisé ou d'une culture différente se sent-il à l'aise? Comment ces distinctions influent-elles sur leurs soins, si elles ont effectivement un impact?

L'accent qu'on met actuellement sur la médecine fondée sur des données probantes et sur son application sur la scène du traitement clinique et des politiques en matière de santé est de notoriété publique. Son antithèse, la médecine fondée sur les préjugés, n'est pas aussi bien étudiée et n'est pas prise suffisamment en compte dans la pratique médicale contemporaine. Les préjugés—présumer et prendre des décisions en se fondant sur des renseignements et hypothèses inexacts ou faussés—parsèment l'histoire. À diverses époques, nous nous sommes révélés capables, par diverses manœuvres psychologiques, de propager des données fallacieuses au sujet des objets de nos préjugés et d'en faire des pratiques discriminatoires. La discrimination a pris toutes sortes de formes, allant de l'exclusion de certains droits et services jusqu'au génocide. Personne n'est immunisé contre les préjugés; il n'est donc pas surprenant qu'ils influencent notre façon d'exercer la médecine.

De récents travaux, en particulier par l'Institute of Medicine—un organisme américain sans but lucratif qui fournit des renseignements fondés sur des données probantes et ainsi que des conseils en matière de médecine et de santé—font valoir que les préjugés et la discrimination affectent directement l'obtention de services de santé nécessaires par certains groupes. Les services de l'Institut ont été retenus par le Congrès américain pour étudier les inégalités raciales et ethniques dans les soins de santé. Selon l'étude, les comportements, les présomptions et les attitudes des dispensateurs de soins peuvent influencer négativement sur la santé de ceux qui demandent des soins<sup>1</sup>.

### Que sont les préjugés?

Les préjugés sont à la fois une attitude et un processus cognitif, dont le résultat identifiable et mesurable est la pratique de la discrimination. Il n'existe pas de définition normalisée du préjugé. Même dans le cadre des lois, les définitions varient: certaines compétences insistent sur l'intention et d'autres sur l'effet<sup>1</sup>. Aux fins des soins de santé, l'Institute of Medicine les définit comme étant des

différences dans la qualité des soins de santé qui ne sont pas dues à des problèmes d'accès ou à des besoins cliniques, à des préférences ou à la nature appropriée de l'intervention. Il a identifié des pratiques discriminatoires dans les soins de santé sur deux plans: la structure des soins de santé (discrimination systémique) et la discrimination découlant des partis pris, des préjugés, des stéréotypes et de l'incertitude dans la communication clinique<sup>1</sup>.

De nombreuses études américaines ont démontré que les minorités aux États-Unis reçoivent des services de santé de moins bonne qualité et ont moins de chance d'avoir des interventions médicales que les Américains de race blanche<sup>2-5</sup>. Les inégalités dans l'accès et la qualité des soins existent même quand le revenu et les facteurs sociodémographiques sont pris en compte<sup>2</sup>. Il est moins probable qu'un Afro-Américain, par exemple, ait une intervention chirurgicale au stade précoce du cancer du poumon, du côlon ou du sein, qu'un Blanc<sup>3</sup>. Une étude par Laditka et ses collègues des résultats d'accouchements en Caroline du Sud (N=26 866) a révélé des taux considérablement plus élevés de complications post-partum évitables chez les Afro-Américaines et les Hispano-Américaines que chez les femmes blanches, même en tenant compte de l'assurance-maladie<sup>4</sup>. Dans la même veine, une étude par Chung et ses collègues sur les accouchements à Long Beach en Floride (N=37 688) faisait valoir que les Noires et les Hispaniques subissaient respectivement 75 % et 22 % plus de césariennes<sup>5</sup>.

### Au Canada

Malgré le système de santé universel au Canada, des inégalités persistent dans ce domaine en fonction de la race et du statut d'immigrant. Quelques études canadiennes ont démontré que les Autochtones et les Canadiens nés à l'étranger éprouvent des difficultés d'accès. On parle abondamment de ces obstacles et de l'importance de stratégies de communication efficaces, mais rares sont les études qui examinent les différences mesurables dans la prestation des services de santé en fonction de la race ou de l'origine ethnique.

Dans une étude de 2004, Tonelli et ses collègues (N=4 333) ont constaté que les patients autochtones en dialyse avaient moins de chance de recevoir une greffe du rein que les autres patients, même après ajustements pour les variables confusionnelles possibles (ratio de risque de 0,43, intervalle de confiance à 95 % de 0,35 à 0,53)<sup>6</sup>. Une étude plus récente par Tonelli et ses collègues (N=835) a révélé que les patients autochtones

This article is also in English on **page 1511**.

avaient deux fois moins de chance d'être placés sur une liste d'attente de greffe en raison des difficultés dans le processus d'investigation plutôt qu'à cause d'une contre-indication médicale ( $P < ,01$ )<sup>7</sup>.

L'étude par Heaman et ses collègues<sup>8</sup> en 2005 comparait les réponses à un sondage à propos des soins prénataux reçus par des femmes autochtones et non autochtones au Manitoba (N=652). Les soins prénataux fournis étaient inadéquats dans le cas de 4 fois plus de femmes autochtones que de femmes non autochtones (15,7 % contre 3,6 %). Après ajustement en fonction des variables confusionnelles pertinentes, la différence était toujours présente. En faisant entrer en ligne de compte dans l'analyse la situation socioéconomique, les auteurs ont découvert que la pauvreté était le facteur de prédiction le plus important de soins inadéquats<sup>8</sup>. En 2007, une étude à l'échelle provinciale sur les soins prénataux au Manitoba (N=149291) examinait les inégalités entre les districts géographiques: les plus hauts taux de soins prénataux inadéquats se trouvaient dans les quartiers à revenus les plus faibles<sup>9</sup>. C'est aussi là qu'on retrouvait la plus forte proportion de récents immigrants et de populations autochtones<sup>10</sup>.

D'autre part, certaines études canadiennes ne signalaient aucune différence dans les soins selon la race ou l'origine ethnique. Reime et ses collègues, par exemple, n'ont trouvé aucune association significative entre l'origine ethnique et le traitement des patients (N=20488) dans les unités néonatales de soins intensifs<sup>10</sup>. La comparaison entre les femmes autochtones et non autochtones (N=2047) faite par Wenman et collègues a révélé que la probabilité était plus grande pour les femmes autochtones d'avoir un nourrisson de faible poids à la naissance; par ailleurs, en tenant compte de la situation économique, du tabagisme et de la mauvaise alimentation, les différences ne revêtaient pas de signification statistique<sup>9,11</sup>.

### Pauvreté, culture et accès aux soins

Ces études mettent en évidence l'interconnexion entre les inégalités ethniques ou raciales et la situation socio-économique en ce qui a trait à la qualité et aux résultats des soins de santé. Variables confusionnelles mises à part, ces groupes défavorisés font face à des obstacles aux soins de santé. De nouvelles initiatives fédérales commencent à se pencher sur l'élimination des obstacles à l'accès par les Autochtones au Canada. Par exemple, le gouvernement fédéral tente de régler ces problèmes d'obstacles pour les Premières nations et les Inuits en régions éloignées et isolées en établissant des temps d'attente garantis pour les patients<sup>12</sup>. En 2006, on

annonçait un projet pilote sur les soins du diabète et, par la suite, pour les soins prénataux, afin d'accroître l'intervention précoce<sup>12</sup>.

Janet Smylie, ancienne présidente du Comité sur les questions relatives à la santé des Autochtones de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, souligne l'importance d'examiner les facteurs sociopolitiques en cause plutôt que de simplement limiter l'explication des problèmes à la variable «autochtone»<sup>13,14</sup>. On a identifié des obstacles semblables chez les Canadiens nés à l'étranger qui éprouvent des problèmes d'accès à cause de la langue et des barrières culturelles<sup>11,15</sup>. Une étude examinait les facteurs sociodémographiques associés aux faibles taux de dépistage de cancer du col de l'utérus (N=24584). On observait les taux de dépistage les plus bas là où la concentration d'immigrants était la plus élevée<sup>16</sup>. La durée de temps depuis l'arrivée au Canada était aussi une variable importante: les taux de test de Papanicolaou pour les récentes immigrantes étaient de 36,9 % par rapport à 60,9 % chez les autres<sup>16,17</sup>.

Les inégalités dans la santé des minorités au Canada—en particulier, la santé des Autochtones—sont bien documentées<sup>17,18</sup>. En 2000, l'espérance de vie chez les hommes des Premières nations était, selon les données, de 7 ans

inférieure à celle de la moyenne nationale chez les hommes et, en 1997, la prévalence du diabète chez les femmes des Premières nations de 65 ans et plus s'élevait à plus du triple de la moyenne nationale<sup>19</sup>. De fait, le taux de maladies chroniques global dans la population autochtone est trois fois plus élevé que celui dans la population canadienne en général<sup>20</sup>.

La complexité de ces résultats inférieurs au chapitre de la santé demande qu'on tienne compte des facteurs sociopolitiques et historiques. L'analyse de la marginalisation qui découle des inégalités dans les systèmes de santé examine l'interconnexion entre ces facteurs.

### Attitudes des soignants

Les études canadiennes sur les attitudes des soignants et sur les différences mesurables dans les soins selon l'origine ethnique se font rares. Aucune étude canadienne n'a été trouvée à l'aide du mot clé de recension *prejudice* dans les principales bases de données sur la recherche. Certains spécialistes maintiennent qu'en se concentrant sur les degrés attitudinaux et comportementaux de la discrimination pour trouver des explications, nous faisons abstraction de la contribution de la discrimination systémique dans la création des inégalités persistantes<sup>13</sup>. Cependant, des investigations cherchant à isoler le rôle des préjugés de la part des soignants

## Les manifestations flagrantes de préjugés ou de racisme ne sont qu'une petite partie du problème

pourraient nous permettre de mieux comprendre nous-mêmes et nos établissements.

Scott Plous, auteur d'*Understanding Prejudice and Discrimination*, fait valoir que les préjugés se prêtent à des stratégies d'intervention<sup>21</sup>. Il s'agit, entre autres, de l'éducation et d'autres efforts pour exposer ceux qui font preuve de préjugés à des renseignements et à des jeux de rôles permettant l'exploration des problèmes et le développement d'attitudes pour prévenir la discrimination<sup>21</sup>. Le concept émergent de la sécurité culturelle apparaît de plus en plus dans la formation continue et les pratiques institutionnelles. Ce concept, qui a été élaboré dans le contexte de la formation en soins infirmiers en Nouvelle-Zélande, repose sur une compréhension que la culture d'un soignant et les présomptions qui en découlent influent sur la façon dont se déroule une rencontre clinique et, du fait même, sur les soins au patient. Cette approche reconnaît que tous les comportements et les attitudes—même ceux qui ne sont pas des manifestations flagrantes de préjugés et de pratiques discriminatoires mesurables—peuvent avoir des conséquences sérieuses sur les soins aux minorités et sur leur santé.

Les stratégies de dénonciation et de blâme envers les soignants ne sont pas constructives; il faut plutôt créer prioritairement un climat où les préjugés sont reconnus comme possibles, de manière à diriger et renforcer les efforts sur la compréhension et l'empathie. La mesure concomitante au sein des systèmes de santé dans le but d'éliminer les obstacles susceptibles d'engendrer la discrimination serait aussi utile.

Il est difficile de définir et de mesurer les attitudes et les comportements. Il est peut-être encore plus difficile de comprendre les déterminants complexes de la santé des minorités; les manifestations flagrantes de préjugés ou de racisme ne sont qu'une petite partie du problème. Les études qui isolent ces aspects des soins (comme ceux mentionnés dans les ouvrages américains) font ressortir des résultats mesurables, qui servent de points de repère précieux dans le contexte canadien. Quand des variables confusionnelles comme la situation socioéconomique et les degrés de scolarisation sont écartées de l'équation, nous pourrions être confrontés à une image miroir révélatrice des attitudes des soignants. La détermination des indicateurs pertinents de discrimination, la mesure de ces indicateurs et des rapports réguliers sur les progrès contribueront aux efforts pour renverser les effets néfastes de la discrimination. ✨

**D<sup>r</sup> Guilfoyle** est médecin de famille à Sioux Lookout, en Ontario, et professeur agrégé à la Faculté de médecine du Nord de l'Ontario et à l'Université du Manitoba. **D<sup>r</sup> Kelly** est médecin de famille et professeur agrégé de médecine familiale à la Faculté de médecine du Nord de l'Ontario et à la McMaster

University à Sioux Lookout. **M<sup>me</sup> St-Pierre-Hansen** est stagiaire en recherche à la Faculté de médecine du Nord de l'Ontario à Sioux Lookout.

### Intérêts concurrents

Aucun déclaré

### Correspondance à

**D<sup>r</sup> J. Guilfoyle**, Faculté de médecine du Nord de l'Ontario, Case postale 489, Sioux Lookout, ON P8T 1A8; courriel [fjguilfoyle@mac.com](mailto:fjguilfoyle@mac.com)

**Les opinions exprimées** dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles sont sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

### Références

1. Smedley BD, Stith AY, Nelson AR. *Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care*. Washington, DC: National Academic Press; 2003.
2. Snowden L. Bias in mental health assessment and intervention: theory and evidence. *Am J Public Health* 2003;93(2):239-43.
3. Thomas SB. The color line: race matters in the elimination of health disparities. *Am J Public Health* 2001;91(7):1046-8.
4. Laditka SB, Laditka JN, Probst JC. Racial and ethnic disparities in potentially avoidable delivery complications among pregnant Medicaid beneficiaries in South Carolina. *Matern Child Health J* 2006;10(4):339-50. Publication électronique du 23 février 2006.
5. Chung JH, Garite TJ, Kirk AM, Hollard AL, Wing DA, Lagrew DC. Intrinsic racial differences in the risk of cesarean delivery are not explained by differences in caregivers or hospital site of delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194(5):1323-8. Publication électronique du 21 avril 2006.
6. Tonelli M, Hemmelgarn B, Manns B, Pylypchuck G, Bohm C, Yeates K, Gourishankar S. Death and renal transplantation among Aboriginal people undergoing dialysis. *CMAJ* 2004;171(6):577-82.
7. Tonelli M, Chou S, Gourishankar S, Jhangri GS, Bradley J, Hemmelgarn B, et al. Wait-listing for kidney transplantation among Aboriginal hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2005;46(6):1117-23.
8. Heaman MI, Gupton AL, Moffatt ME. Prevalence and predictors of inadequate prenatal care: a comparison of aboriginal and non-aboriginal women in Manitoba. *J Obstet Gynaecol Can* 2005;27(3):237-46.
9. Heaman MI, Green CG, Newburn-Cook CV, Elliott LJ, Helewa ME. Social inequalities in use of prenatal care in Manitoba. *J Obstet Gynaecol Can* 2007;29(10):806-16.
10. Reime B, Tu AW, Lee SK; Canadian Neonatal Network. Treatment differences between Aboriginal and white infants admitted to Canadian neonatal intensive care units. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2007;21(6):532-40.
11. Wenman WM, Joffres MR, Tataryn IV; Edmonton Perinatal Infections Group. A prospective cohort study of pregnancy risk factors and birth outcomes in Aboriginal women. *CMAJ* 2004;171(6):585-9.
12. SantéCanada. First Nations communities selected to host patient wait time guarantees pilot projects [communiqué de presse]. Ottawa, ON: Health Canada; 2007 Nov 6. Accessible à: [www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/\\_2007/2007\\_159-eng.php](http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/_2007/2007_159-eng.php). Accédé le 13 août 2008.
13. Smylie J. The ethics of research involving Canada's Aboriginal populations. *CMAJ* 2005;172(8):977.
14. Smylie J. *A guide for health professionals working with Aboriginal peoples: Aboriginal health resources*. Ottawa, ON: Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; 2001. Accessible à: [www.sogc.org/guidelines/public/100E-PS5-March2001.pdf](http://www.sogc.org/guidelines/public/100E-PS5-March2001.pdf). Accédé le 13 août 2008.
15. Lai DW, Chau SB. Effects of service barriers on health status of older Chinese immigrants in Canada. *Soc Work* 2007;52(3):261-9.
16. Lofters A, Glazier RH, Agha MM, Creatoro MI, Moinedden R. Inadequacy of cervical cancer screening among urban recent immigrants: a population based study of physician and laboratory claims in Toronto, Canada. *Prev Med* 2007;44(6):536-42. Publication électronique du 21 mars 2007.
17. Prasad GV. Renal transplantation for ethnic minorities in Canada: inequity in access and outcomes? *Kidney Int* 2007;72(4):390-2.
18. Baxter NN. Equal for whom? Addressing disparities in the Canadian medical system must become a national priority. *CMAJ* 2007;177(12):1522-3. Publication électronique du 14 novembre 2007.
19. Waldram JB, Herring DA, Young TK. *Aboriginal health in Canada*. Toronto, ON: University of Toronto Press; 2006.
20. Beiser M, Stewart M. Reducing health disparities: a priority for Canada. *Can J Public Health* 2005;96(Suppl 2):S4-5.
21. Plous S. *Understanding prejudice and discrimination*. Boston, MA; McGraw-Hill; 2002. p. 464-506.

