

Disparité de prise en charge en pédiatrie parmi les enfants à risque de stéréotype

Pr Romain GUEDJ

Service des urgences pédiatriques, Hôpital Armand trousseau, AP-HP. Sorbonne Université

INTRODUCTION

En tant que médecins, nous avons l'obligation, et probablement la conviction partagée, de prendre en charge tous nos patients de manière équitable, indépendamment de leurs caractéristiques individuelles : qu'ils soient obèses ou maigres, hommes ou femmes, quelle que soit leur orientation sexuelle, leur religion ou encore leur couleur de peau. Pourtant, de nombreuses études ont mis en évidence des différences systématiques dans la prise en charge de certains groupes de patients, sans qu'aucune justification clinique ne puisse expliquer ces écarts. Ces disparités sont multifactorielles, mais il est probable que les biais implicites et les stéréotypes des soignants envers certains patients jouent un rôle déterminant dans ces inégalités. Cela concerne également la pédiatrie, ainsi que des disciplines techniques comme la radiologie. Dans un premier temps, nous définirons ce qu'est un biais implicite et un stéréotype et les méthodes pour les mesurer. Dans une deuxième partie, nous détaillerons certains biais implicites et stéréotypes présents dans la population générale mais aussi chez les médecins. Dans la troisième partie, nous donnerons des exemples de disparités de prise en charge parmi les patients à risque de stéréotype et d'études ayant tenté d'investiguer le lien entre ces disparités et les biais implicites des soignants. Enfin nous concluons en donnant les premières étapes permettant de lutter contre ces biais et stéréotypes.

PARTIE I : BIAIS IMPLICITES ET STEREOTYPES

Description de concepts de psychologie sociale pour comprendre les stéréotypes

Le processus de catégorisation

La catégorisation est un concept issu de la psychologie cognitive¹. Elle consiste à regrouper mentalement des objets partageant des propriétés communes, simplifiant ainsi la réalité. Par exemple, les mots « brancard » et « seringue » peuvent être associés à la catégorie « hôpital », malgré leurs différences. Ce processus, universel et essentiel à l'apprentissage, permet de comprendre et de généraliser les propriétés attribuées à une catégorie à tous ses éléments.

La catégorisation peut également inclure une valence, positive ou négative. Par exemple, les fleurs sont souvent perçues comme positives, tandis que les asticots sont associés à une connotation négative. En psychologie sociale, ce concept s'applique aussi aux individus : les catégories sociales regroupent des personnes selon des critères tels que l'âge, le sexe ou la religion. Ces catégories peuvent aussi être valorisées positivement ou négativement, conduisant parfois à des biais cognitifs.

Les biais cognitifs

Les biais cognitifs sont des distorsions induites par la catégorisation, qui influencent notre perception et notre jugement. Ils sont universels et se divisent en deux types :

- Les biais explicites, dont nous sommes conscients.
- Les biais implicites, inconscients, qui opèrent de manière automatique.

Par exemple, un dirigeant peut défendre sincèrement l'égalité homme-femme (absence de biais explicite) tout en favorisant inconsciemment l'embauche d'hommes (biais implicite, associant les femmes à une moindre performance au travail).

La notion de stéréotype

Un stéréotype est une association, explicite ou implicite, entre une catégorie de personnes et certains attributs. Ces images simplifiées des groupes sociaux nous aident à répondre rapidement aux situations, bien qu'elles réduisent la complexité de la réalité.

Les stéréotypes peuvent être positifs ou négatifs. Par exemple, une personne travaillant dans l'humanitaire bénéficie souvent d'associations positives comme « bon » ou « aidant ». À l'inverse, d'autres stéréotypes peuvent véhiculer des connotations négatives.

S'ils reflètent parfois une part de réalité, les stéréotypes posent problème lorsqu'ils sont infondés ou entraînent des conséquences négatives. Comme les biais cognitifs, ils peuvent être explicites ou implicites.

Mesurer les biais et stéréotypes implicites et explicites

Les méthodes de mesure varient selon qu'il s'agit de biais explicites ou implicites.

Les biais explicites

Pour évaluer un biais explicite, on utilise généralement des questionnaires basés sur des échelles de Likert. Par exemple :

Quelle phrase vous décrit le mieux ?

- J'ai une forte préférence pour les personnes obèses.
- J'ai une préférence modérée pour les personnes obèses.
- J'ai une légère préférence pour les personnes obèses.
- Je n'ai pas de préférence entre les personnes obèses ou maigres.
- J'ai une légère préférence pour les personnes maigres.
- J'ai une préférence modérée pour les personnes maigres.
- J'ai une forte préférence pour les personnes maigres.

Ces méthodes reposent donc sur l'auto-déclaration, mais elles sont sujettes au biais de désirabilité sociale, car les individus peuvent chercher à se présenter sous un jour favorable.

Les biais implicites

Les biais implicites, quant à eux, révèlent des associations inconscientes. Le cerveau stocke les informations sous forme de réseaux associatifs (c'est la catégorisation) : lorsqu'une idée est activée, les concepts liés le sont également, facilitant leur mobilisation. Ce mécanisme, appelé amorçage, est la base des tests mesurant les biais implicites dont le plus utilisé est l'IAT (Implicit Association Test).

○ *Principe de l'IAT*

L'IAT repose sur l'idée qu'il est plus facile et donc plus rapide d'associer deux concepts associés car catégorisés ensemble². Prenons une analogie :

- Joueur A doit trier des cartes en deux piles : à droite les piques et trèfles (noir) ; à gauche les cœurs et carreaux (rouge).
- Joueur B doit trier à droite les piques (noir) et carreaux (rouge), et à gauche les trèfles (noir) et cœurs (rouge).

Joueur A sera plus rapide, car les cartes dans chaque pile partagent une couleur.

De la même manière, l'IAT mesure la rapidité avec laquelle une personne associe deux concepts cibles (ex. : homme vs femme) et deux concepts attributs (ex. : force vs faiblesse).

○ Exemple d'IAT

Imaginons que l'on teste l'association entre « Plantes » et « Déchets » (concepts cibles) d'une part, et « Bonheur » et « Malheur » (concepts attributs) d'autre part :

- Étape 1 : Classer à gauche les images ou les mots liés aux plantes et au bonheur, et à droite ceux liés aux déchets et au malheur.
- Étape 2 : Inverser les consignes : à gauche, les déchets et le bonheur ; à droite, les plantes et le malheur.

On compare les temps de réponse entre les deux étapes : généralement, les réponses sont plus rapides dans la première configuration, car les plantes sont intuitivement associées à des notions positives, et les déchets à des notions négatives. Plus la différence dans les temps de réponses est différente entre les deux étapes, plus l'association entre les concepts cibles et les concepts attributs est importante. Ainsi, cette différence de temps est transformée en score permettant de quantifier la force de cette association implicite (l'IAT score compris entre $d=-2$ et $d=2$)

○ Application à d'autres concepts

Ce principe peut être appliqué à des thématiques comme la couleur de peau, le sexe ou l'obésité. L'hypothèse est que le sujet associe plus rapidement des concepts cibles et attributs qu'il lie inconsciemment. La différence de temps de réponse permet d'évaluer quantitativement ces biais implicites.

L'IAT est une méthode largement utilisée dans les études sur les stéréotypes. Comprendre son fonctionnement est essentiel pour interpréter les résultats et les enjeux liés à ces biais inconscients.

PARTIE II : BIAIS ET STEREOTYPES RETROUVES DANS LA POPULATION GENERALE ET CHEZ LES MEDECINS

1. Biais implicites dans la population générale

Le Projet Implicite, développé en collaboration entre plusieurs départements de psychologie clinique, offre au grand public un accès libre afin de réaliser des tests de cognitions implicites via l'IAT (Implicit Association Test) sur le site implicit.harvard.edu. En 2007, Brian Nosek et son équipe (Université de Virginie) ont analysé les résultats de plus de 2,5 millions d'IAT portant sur 17 types de biais, collectés entre 2000 et 2006³. Cette analyse, enrichie par les données continues du projet qui est toujours en cours, montre que les biais implicites et explicites sont omniprésents, indépendamment du sexe, de l'ethnie, de l'âge, de l'origine géographique ou des orientations politiques des participants. De très nombreuses autres études confirment que les stéréotypes sont universels, affectant toutes les populations et tous les âges.

- L'« Implicit Racial Bias »

Parmi les biais les plus étudiés figure celui exploré par l'« implicit racial bias », qui mesure la préférence implicite du participant envers les personnes de couleur de peau blanche VS de couleur de peau noire. Selon les données du Projet Implicite, 73 % des 1,7 million de participants manifestent une préférence implicite pour les personnes de couleur de peau blanche. En Europe, une analyse du « racial IAT » auprès de 144 038 participants de couleur de peau blanche montre un biais implicite négatif envers les personnes de couleur de peau noire dans tous les pays étudiés. Les coefficients, compris entre 0,2 (biais faible) et 0,5 (biais modéré), témoignent de variations limitées entre les pays.

- Biais « anti-obèse »

Le biais anti-obèse, mesuré par le Weight IAT, révèle un fort biais en faveur des individus minces, aussi bien implicite qu'explicite. L'analyse de Nosek et al. (2007) indique d'ailleurs que ce biais explicite est de loin le plus marqué parmi les catégories étudiées ($d = 0,88$)³.

- Autres biais

D'autres biais implicites sont documentés, notamment envers les personnes LGBTQ+, les personnes âgées, les populations arabes/musulmanes, et les personnes en situation de handicap. Ces catégories, bien que pertinentes, ne sont pas détaillées ici.

2. Biais implicites et stéréotypes parmi les médecins

La présence de biais implicites semblant inhérente à la cognition humaine, il semble logique de supposer qu'il puisse en exister dans la population médicale.

Une revue de la littérature conduite par FitzGerald et al. en 2017, publiée dans le BMC Medical Ethics, a exploré les biais implicites chez les professionnels de santé⁴. Elle confirme que les médecins et infirmiers présentent des biais implicites à un degré comparable à celui de la population générale. Ces biais concernent une variété de catégories :

- l'origine ethnique et la couleur de peau
- le sexe
- le statut socio-économique
- l'âge avancé
- les maladies mentales/psychiatriques
- l'obésité
- le SIDA
- l'infirmité cérébrale
- la toxicomanie
- le handicap

Pourquoi s'intéresser aux biais implicites et stéréotypes en médecine ?

Les biais implicites reposent sur des processus de réflexion automatisés, souvent décrits comme des "raccourcis mentaux". Ces mécanismes sont particulièrement sollicités dans des environnements où la prise de décision rapide et une charge cognitive élevée sont nécessaires⁵. Les médecins et les soignants évoluent fréquemment dans de telles conditions : manque de temps, fatigue, voire épuisement, et besoin de trier rapidement des informations complexes. Ces contraintes favorisent le recours à des automatismes cognitifs préexistants⁶. Par conséquent, l'exercice de la médecine peut exacerber l'expression de ces biais implicites et stéréotypes

Leur manifestation comporte un risque important : celui d'influencer négativement la prise en charge de populations souvent déjà socialement vulnérables au sein du système de santé. D'une part, il a été démontré que la perception de discrimination ou le sentiment d'être jugé par les professionnels de santé réduit le recours aux soins, entraîne un retard à la consultation et diminue l'observance thérapeutique (8). D'autre part, il est légitime de se demander si ces biais peuvent modifier l'attitude diagnostique et thérapeutique des soignants, générant ainsi des disparités dans la prise en charge.

Face à ces enjeux, il est essentiel de s'interroger sur la manière dont ces biais, bien qu'inconscients, peuvent affecter nos décisions cliniques et, par extension, l'équité des soins.

PARTIE III : EXISTE-T-IL DES DIFFERENCES DE PRISE EN CHARGE ET SONT ELLES ASSOCIEES AUX BIAIS IMPLICITES DES SOIGNANTS ?

Ainsi, de nombreux travaux de recherche ont cherché à mettre en évidence des différences de prise en charge parmi ces patients à risque de stéréotypes, et à rechercher si ces différences étaient associées à des biais implicites parmi les soignants les prenant en charge.

1. Disparités de prise en charge

Une disparité désigne une différence de prise en charge systématique qui n'est pas cliniquement justifiée. Si certaines variations sont appropriées (par exemple, surveiller de plus près un enfant dont les parents migrants ne maîtrisent pas bien les consignes), les disparités systématiques non justifiées sont problématiques. Il existe une littérature abondante mettant en évidence des disparités envers différents groupes d'enfants à risque de stéréotype. Nous prendrons l'exemple des disparités selon l'ethnie et la couleur de peau des enfants, qui a été le plus largement documentée.

Disparités selon l'ethnie et la couleur de peau aux urgences pédiatriques

De nombreuses études pédiatriques ont mis en évidence des disparités selon l'origine ethnique ou la couleur de peau à différents niveaux de prise en charge, notamment aux urgences :

- *Testings pour infections sexuellement transmissibles* : une recherche d'infection sexuellement transmissible est plus fréquemment réalisée chez les adolescents de couleurs de peau noire que de couleurs de peau blanche ⁷
- *Examens complémentaires* : Des examens complémentaires (biologiques et/ou radiologiques) sont plus fréquemment prescrits pour les enfants de couleur de peau blanche ⁸.
- *Niveaux de tri* : Les enfants de couleurs de peau blanche ont un niveau de tri plus élevé à pathologie égale, une durée de séjour plus courte et partent moins des urgences sans avoir été vue que les enfants de couleurs de peau noire ⁹.
- *Antibiothérapie* : les enfants de couleur de peau blanche ont 2 fois plus de chance d'être traités par antibiotique que les enfants de couleur de peau noire dans un contexte d'infection virale respiratoire ¹⁰
- *Traitement de la douleur* : Les enfants de couleur de peau noire et d'origine hispanique qui consultent aux urgences pédiatriques pour une fracture ou une douleur abdominale sévère ont une probabilité moins importante de recevoir un traitement par morphine que les enfants de couleur de peau blanche consultant pour le même motif ¹¹.

Disparités selon l'ethnie et la couleur de peau en radiologie pédiatrique

La radiologie en pédiatrie pose un dilemme clinique : elle peut aider au diagnostic mais expose également à des radiations. Plusieurs études ont retrouvé des disparités dans la prise en charge en radiopédiatrie qui restent parfois difficiles à interpréter ¹².

- Dans les traumatismes abdominaux, les patients de couleur de peau noirs ont une probabilité moins importante de recevoir un TDM abdominale que les patients de couleur de peau blanche ¹³.

- Concernant les traumatismes crâniens, une étude de 2010 a montré que les patients de couleur de peau blanche avaient une probabilité plus importante d'avoir un TDM ¹⁴.
- Parmi les patients présentant un risque intermédiaire de lésion cérébrale traumatique, les patients de couleur de peau avaient une probabilité plus importante d'avoir un TDM ¹⁵.

2. Association entre différence de prise en charge et biais implicites

Plusieurs études suggèrent que les biais implicites chez les soignants pourraient contribuer aux disparités de prise en charge, bien que les résultats soient parfois contradictoires. Pour étudier cette association, la majorité des travaux utilisent le modèle des vignettes cliniques :

- Les participants doivent répondre à des cas cliniques proposant plusieurs choix diagnostiques ou thérapeutiques, sans qu'aucune réponse ne soit fausse.
- Deux versions identiques de la vignette sont créées, ne différant que par la catégorie explorée (ex. : sexe ou couleur de peau du patient).
- Les médecins reçoivent aléatoirement une des deux versions, et leurs réponses sont comparées.
- Un IAT est également réalisé pour évaluer le biais implicite des participants vis-à-vis des catégories explorées.
- L'objectif est d'analyser si une différence de prise en charge est associée à l'intensité du biais implicite.

Une revue systématique publiée en 2017¹⁶ a analysé neuf études examinant l'impact des biais raciaux implicites sur la prise de décision clinique. Deux études ont trouvé une association significative entre biais implicites et disparités, montrant une tendance à mieux traiter la douleur ou à pratiquer une thrombolyse chez les patients de couleur de peau blanche d'autant plus qu'il existe chez le soignant une préférence implicite envers les personnes de couleur de peau blanche. Les sept autres études n'ont pas identifié de lien clair entre ces biais et les différences de prise en charge.

Ainsi, la littérature a mis en évidence un nombre de situations médicales importantes au cours desquelles il existe des disparités de prise en charge envers des patients à risque de stéréotypes. Tandis que les soignants, tout comme la population générale, ont des biais implicites et des stéréotypes envers ces catégories sociales, peu d'études ont pu montrer une association entre la présence de ces biais et un comportement encourageant une disparité de prise en charge.

PARTIE IV : QUE FAIRE AFIN D'EVITER LES DIFFERENCES DE PRISE EN CHARGE LIEES AUX BIAIS ET STEREOTYPES ?

Des programmes ont été développés pour réduire ces biais ¹⁷. Ils reposent sur des principes tels que :

- **Reconnaître les biais** : identifier ses croyances implicites et en prendre conscience.
- **Déculpabilisation** : aborder les biais sans jugement pour favoriser un changement constructif.
- **Gestion du stress et de la fatigue** : réduire la surcharge cognitive, qui accentue la dépendance aux automatismes.

Ces initiatives ont montré une efficacité pour modifier les résultats des tests mesurant les biais implicites, mais aucune preuve solide ne démontre, à ce jour, qu'elles réduisent les comportements discriminatoires ou les disparités envers les populations à risque.

CONCLUSION

Les médecins, y compris les pédiatres et les radiologues, possèdent des biais implicites et des stéréotypes similaires à ceux observés dans la population générale. L'existence de disparités dans la prise en charge des patients à risque de stéréotype a désormais été largement démontrée, tant en pédiatrie qu'en radiologie. Bien que le lien direct entre ces biais et les disparités n'ait pas encore été clairement établi, il est crucial d'agir pour les limiter. La première étape consiste à reconnaître l'existence de ses propres biais. Ce texte a pour objectif de sensibiliser à leur présence et d'encourager à les explorer, notamment à travers le Projet Implicit, sans culpabiliser. La littérature actuelle, majoritairement nord-américaine, met en lumière l'importance de ce sujet. Il est désormais temps de l'approfondir davantage en France et en Europe.

Références

1. Salès-Wuillemin E. La catégorisation et les stéréotypes en psychologie sociale [Internet]. DUNOD; 2006 [cited 2020 Mar 26]. Available from: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00596051>
2. Greenwald AG, McGhee DE, Schwartz JL. Measuring individual differences in implicit cognition: the implicit association test. *J Soc Psychol* 1998;74(6):1464–80.
3. Nosek BA, Greenwald AG, Banaji MR. The Implicit Association Test at Age 7: A Methodological and Conceptual Review. In: *Social psychology and the unconscious: The automaticity of higher mental processes*. New York, NY, US: Psychology Press; 2007. p. 265–92.
4. FitzGerald C, Hurst S. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Med Ethics* 2017;18(1):19.
5. Evans JStBT. Dual-Processing Accounts of Reasoning, Judgment, and Social Cognition. *Annu Rev Psychol* 2008;59(1):255–78.

6. Burgess DJ, Fu SS, van Ryn M. Why do providers contribute to disparities and what can be done about it? *J Gen Intern Med* 2004;19(11):1154–9.
7. Goyal MK, Hayes KL, Mollen CJ. Racial disparities in testing for sexually transmitted infections in the emergency department. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med* 2012;19(5):604–7.
8. Payne NR, Puumala SE. Racial disparities in ordering laboratory and radiology tests for pediatric patients in the emergency department. *Pediatr Emerg Care* 2013;29(5):598–606.
9. James CA, Bourgeois FT, Shannon MW. Association of race/ethnicity with emergency department wait times. *Pediatrics* 2005;115(3):e310-315.
10. Goyal MK, Johnson TJ, Chamberlain JM, et al. Racial and Ethnic Differences in Antibiotic Use for Viral Illness in Emergency Departments. *Pediatrics* 2017;140(4).
11. Guedj R, Marini M, Kossowsky J, Berde CB, Kimia AA, Fleegler EW. Racial and Ethnic Disparities in Pain Management of Children With Limb Fractures or Suspected Appendicitis: A Retrospective Cross-Sectional Study. *Front Pediatr* 2021;9:652854.
12. LaPlant MB, Hess DJ. A review of racial/ethnic disparities in pediatric trauma care, treatment, and outcomes. *J Trauma Acute Care Surg* 2019;86(3):540–50.
13. Natale JE, Joseph JG, Rogers AJ, et al. Relationship of Physician-identified Patient Race and Ethnicity to Use of Computed Tomography in Pediatric Blunt Torso Trauma. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med* 2016;23(5):584–90.
14. Mannix R, Bourgeois FT, Schutzman SA, Bernstein A, Lee LK. Neuroimaging for pediatric head trauma: do patient and hospital characteristics influence who gets imaged? *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med* 2010;17(7):694–700.
15. Natale JE, Joseph JG, Rogers AJ, et al. Cranial computed tomography use among children with minor blunt head trauma: association with race/ethnicity. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2012;166(8):732–7.
16. Dehon E, Weiss N, Jones J, Faulconer W, Hinton E, Sterling S. A Systematic Review of the Impact of Physician Implicit Racial Bias on Clinical Decision Making. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med* 2017;24(8):895–904.
17. Stone J, Moskowitz GB. Non-conscious bias in medical decision making: what can be done to reduce it? *Med Educ* 2011;45(8):768–76.