

Compétences cliniques transculturelles

Préjugés? Pas dans ma pratique!

Melissa Dominicé Dao

Service de médecine de premier recours, Département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences, HUG et chargée d'enseignement, Faculté de médecine, Université de Genève



La pratique médicale contemporaine confronte le professionnel de santé à une très grande diversité de patients. Pour pouvoir prendre en charge efficacement ces patients, le professionnel de santé doit donc acquérir, en plus de solides compétences *cliniques*, des compétences *transculturelles*. Celles-ci sont définies par des *connaissances*, un *savoir-faire* et un *savoir-être* lui permettant de prodiguer des soins de qualité à des patients socio-culturellement différents [1]. Cet article va discuter en détails une de ces compétences transculturelles: *reconnaitre ses propres réactions envers certains patients et leur impact sur la prise en charge*.

Vignette

Une patiente de 48 ans, Rom du Kosovo, au bénéfice d'un permis F, parlant un français de base, mariée et mère de 5 enfants se plaint de douleurs épigastriques très intenses depuis 2 semaines. Près un premier échec de traitement par inhibiteur de la pompe à protons, une gastroscopie est effectuée qui est sans particularité hormis un discret reflux gastro-oesophagien. Un bilan sanguin, un ultra-son abdominal et des examens de selles sont tous normaux. Par ailleurs la patiente présente une obésité morbide avec un BMI à 32 kg/m², et une hypertension mal contrôlée (malgré trois antihypertenseurs) déjà compliquée d'une néphropathie hypertensive débutante. La patiente est très plaintive et démonstrative. Son mari et son fils aîné l'accompagnent souvent en consultation et exigent de manière péremptoire davantage d'investigations.

Le médecin en charge du cas partage ses difficultés avec des collègues. Après avoir raconté l'histoire clinique il déclare: «C'est en somme une patiente Rom typique. Je suis sûr qu'elle ne prend pas bien son traitement et qu'elle continue à manger trop et trop salé. Je me demande même dans quelle mesure elle n'exagère pas ses symptômes pour pouvoir rester en Suisse! Déjà avec les patients obèses c'est difficile, mais avec les Roms c'est encore pire!».

Definitions

le médecin traitant de la patiente se trouve dans une situation d'impasse thérapeutique. Il émet des généralisations et interprète le comportement de sa patiente. S'agit-il de préjugés, de stéréotypes, de discrimination? Le tableau 1 définit ces termes.

La catégorisation est un phénomène universel et automatique, servant à réduire la complexité de son environnement et le rendre compréhensible. Construire des catégories sociales permet de structurer l'information disponible pour la rendre cohérente et utilisable. Afin de maintenir ses systèmes de catégories, chacun va inconsciemment exagérer les différences inter-catégories et minimiser les différences intra-catégories. Ces raccourcis cognitifs sont un atout mais ils deviennent problématiques lorsqu'ils limitent l'exploration du contexte personnel d'un patient ou les actions que l'on va entreprendre pour lui. La pression du temps et la complexité cognitive des tâches poussent à l'utilisation des stéréotypes; certaines situations cliniques (urgences, surcharge, etc.) sont donc plus à risque d'en générer.

Ces stéréotypes et préjugés vont aussi générer des boucles de rétroaction ou un «effet Pygmalion». Ce phénomène, initialement étudié en psychologie sociale par Rosenthal et Jacobson, suppose que nos attentes positives envers une personne vont moduler favorablement notre attitude envers elle. Cette personne va percevoir notre attitude et, en retour, va modifier positivement son comportement, renforçant par là nos attentes initiales. L'«effet Golem» agit dans le sens inverse, des attentes négatives d'une personne amenant cette personne à des performances moindres. Ces deux effets impliquent généralement une relation d'autorité (enseignant, employeur, ...) d'une personne sur une autre et s'opère sans que les sujets en aient conscience. Ce phénomène de boucle de rétroaction se

Tableau 1: Définition des stéréotypes, des préjugés et de la discrimination [2, 3].

Stéréotype	Catégorisation concernant les caractéristiques prétendues typiques des membres d'un groupe. Cette catégorisation est souvent partagée, collective.
Préjugé	Attitude positive ou négative envers les membres d'un groupe. Se base généralement sur un ou plusieurs stéréotypes. Jugement d'une personne ou d'un groupe sans avoir acquis suffisamment de connaissances.
Discrimination	Action de traiter de manière différenciée les membres d'un groupe donné, par rapport au reste de la collectivité, à partir de certains critères ou caractères distinctifs de ce groupe. Cette discrimination peut être positive ou négative, directe ou indirecte, individuelle ou systémique voir institutionnelle.

vérifie également dans différentes situations cliniques [4–6]. Phelan et al. [7] décrivent par exemple ce phénomène dans la prise en charge des patients obèses: les stéréotypes et préjugés des professionnels de santé vont influencer leurs attitudes et leurs décisions thérapeutiques auprès des patients obèses, avec un impact sur les émotions des patients (stress, méfiance, etc.) et sur leurs comportement (plus de rendez-vous manqués, moins d'adhérence thérapeutique), avec un impact négatif sur l'état de santé des patients obèses (stagnation du poids), renforçant par là les stéréotypes et potentiellement les préjugés et d'éventuelles discrimination des cliniciens.

Discrimination et impact sur la sante

La discrimination ou le fait de traiter de manière différenciée certains patients ou groupes de patients peut être lié à une ou plusieurs de leurs caractéristiques: âge, sexe, statut socio-économique, religion, phénotype, etc. mais aussi des éléments en lien avec la santé comme le diagnostic ou la présence d'un handicap [8]. Cette discrimination peut être le fait d'un individu envers un autre, mais peut également exister au niveau des institutions par le fait qu'elles basent leurs politiques sur les besoins de la majorité, excluant par là les besoins spécifiques d'une minorité de patients [9]. Des exemples d'une discrimination institutionnelle dans le domaine de la santé pourraient être l'absence de budget disponible pour l'interprétariat médical pour des patients allophones ou la manque d'équipements adaptés à des patients malvoyants.

Le phénomène de discrimination dans les soins de santé des minorités a été largement documenté, par exemple aux USA où les minorités raciales et/ou ethniques sont sujets tant à une moindre qualité des soins qu'à une plus grande morbidité et mortalité [10]. Ceci s'explique autant par un facteur «racial» indépendant

que par le fait que la discrimination est un stressor social qui influence la santé mentale et physique via

- 1) les émotions négatives générées par la discrimination ayant un impact négatif sur la santé,
- 2) les réponses comportementales (consommation de toxiques ou de médicaments) et
- 3) l'action directe du stress sur les systèmes neuroendocrines, autonomes et immuns.

Les effets de la discrimination via le rôle médiateur du stress ont été documentés sur l'équilibre du diabète, de la pression artérielle et des maladies cardio-vasculaires, sur les cancers du sein et les myomes utérins, sans compter la fatigue, le sommeil et la fonction sexuelle [11]. Une étude suisse montre que pendant leur hospitalisation, 11% des patients se sont sentis discriminés pour différents motifs, y compris en raison de leur diagnostic [8].

Biais implicites et jugement des patients

Les professionnels de santé n'ont en général pas l'intention de discriminer les patients. Le fait d'offrir des soins de santé à tous les patients sans discrimination fait partie de la déontologie des professions de la santé. Lorsqu'ils sont interrogés, peu de cliniciens vont exprimer des préférences explicites pour tel ou tel groupe de patients. Malgré cela, il semble que les cliniciens développent des biais implicites, dont ils n'ont pas conscience, qui sont transmis au sein de leurs groupe culturel et social et qui sont peu enclins à être modifiés [12]. Ces biais implicites peuvent être mesurés par un test standardisé (www.implicit.harvard.edu) et semblent avoir une influence sur les décisions de traitement des soignants [13]. Une revue de la littérature démontre que les biais implicites des cliniciens influencent de manière subtile mais significative le diagnostic, les décisions thérapeutiques et le niveau de soins qu'ils offrent à leurs patients [14].

Confrontés aux requêtes et au vécu du patient, les cliniciens ont tendance à juger rapidement l'adéquation des demandes des patients, la légitimité de leurs symptômes et la congruence entre le modèle du patient et le leur, mais aussi à étiqueter négativement les patients qui dévient d'une certaine norme, ne légitiment pas l'efficacité de leurs interventions ou génèrent de la frustration [15]. Dans un article de revue, Hill [16] propose une analyse des différentes facettes du jugement moral que portent les soignants sur leurs patients et met en évidence que le jugement négatif semble lié à des comportements des patients déviant de certaines conventions sociales majoritaires.

Comment modifier nos catégorisations?

Le fait de catégoriser fait donc partie des mécanismes permettant de donner une cohérence à notre environnement et nos expériences. Comment peut-on faire pour éviter que ces catégories aient un effet néfaste sur notre prise en charge?

Des études de laboratoire combinant psychologie cognitive et neuro-imagerie fonctionnelle mettent en évidence le rôle des émotions négatives (dégoût, colère, peur, etc.) dans l'activation automatique de stéréotypes [17], mais aussi la possibilité de les bloquer par une consigne d'individualisation du sujet victime de stéréotypes [18]. Il est donc nécessaire avant tout d'identifier le type de patients qui génèrent chez nous des émotions négatives (dégoût, frustration, colère, etc.). Plutôt que d'éliminer ces émotions, il s'agit de les reconnaître, de les considérer comme des indicateurs de biais potentiels et de réfléchir à comment elles pourraient affecter son travail [19]. Le fait de considérer chaque situation clinique comme une opportunité de poursuivre des objectifs équitables de santé pour chaque patient peut permettre de prendre du recul avec la situation pouvant générer des contre-attitudes et de se recentrer sur l'action à mener. Cet exercice introspectif sera d'autant plus efficace que le clinicien est conscient et à l'aise avec ses propres appartenances, qu'elles soient personnelles, culturelles, religieuses ou professionnelles [20]. En particulier la question des privilèges associés à la catégorie sociale du soignant et du patient et de l'impact de ces privilèges sur leurs vécus doit être explicitée afin de permettre une action concrète des soignants pour minimiser le différentiel et prévenir les inégalités [21].

L'étape suivante est de recueillir des informations personnalisées et détaillées sur ce patient afin de modifier nos connaissances et donc notre pré-jugement, c'est-à-dire *individualiser* au lieu de *catégoriser*. Le fait de comprendre les motivations et le contexte particulier d'un patient donné permet au soignant de rétablir sa capacité d'empathie et évite qu'il associe un comportement particulier au groupe d'appartenance du patient [22]. Enfin, d'autres mesures de plus grande échelle peuvent également contribuer à éviter les biais dans la prise en charge médicale des minorités: inclure systématiquement des minorités dans les projets de recherche, expliciter l'engagement des services ou institutions à offrir un traitement équitable à tous ses usagers [23], mettre en place des politiques de santé prenant en compte les besoins des minorités et offrir une représentation de ces minorités dans le personnel des organisations de soins [24].

Discussion

Si l'on revient à notre vignette du début on voit que c'est une situation à risque de préjugés, de stéréotypes et de discrimination. Pour pouvoir prendre en charge efficacement ces patients, le professionnel de santé doit donc acquérir des compétences transculturelles (tab. 2). La patiente est porteuse de multiples étiquettes susceptibles de générer des préjugés négatifs, en particulier son obésité et son origine Rom. La présence de symptômes médicalement inexplicables, de plaintes répétitives et d'une maladie chronique mal contrôlée mettent le soignant en échec ou du moins ne valident pas son efficacité. Ces éléments contribuent à la catégoriser de manière négative ou au minimum à influencer négativement sur la qualité de l'empathie et des recommandations transmises. De plus, le médecin se base sur des expériences préalables et «pré-juge» des causes et de l'issue de celle-ci, sans chercher à comprendre ce qu'il en est véritablement pour cette patiente. Si la patiente a perçu la frustration du médecin ou a été insatisfaite de la qualité de la communication, cela peut la décourager d'adhérer aux recommandations thérapeutiques, renforçant encore la vision négative du médecin (effet Golem). Enfin la barrière linguistique partielle constitue un frein à l'obtention d'informations personnelles détaillées pertinentes pour cette patiente. Dans cette situation il conviendrait au clinicien d'identifier les émotions générées par les consultations avec cette patiente, mais aussi les «a priori» qu'il pourrait avoir (mauvaise compliance, manque de motivation ou de volonté) de cette patiente. Ensuite il s'agirait d'explorer avec la patiente sa situation personnelle, ses stressors sociaux, ses expériences de discrimination, les barrières qu'elle peut rencontrer à sa prise en charge son degré de compréhension et sa littéracie en santé, etc., tout cela bien entendu en

Tableau 2: Compétences transculturelles clés dans la prise en charge des patients issus de la diversité et en situation de précarité.

Connaissance de l'épidémiologie de populations spécifiques.
Stratégies pour surmonter les barrières linguistiques.
Prise en compte de la littéracie en santé des patients.
Outils d'exploration du contexte social et culturel du patient et de sa famille.
Outils d'explorations des croyances et pratiques de santé du patient.
Négociation de prise en charge prenant en compte différents modèles.
Reconnaissance de ses propres réactions envers certains patients et leur impact sur la prise en charge.

Correspondance:
Dr méd. MSc
Melissa Dominice Dao
Médecin adjoint, Service de
médecine de premier
recours
Département de médecine
communautaire, de premier
recours et des urgences
HUG et chargée
d'enseignement
Faculté de médecine,
Université de Genève
CH-1205 Genève
Melissa.Dominice[at]
hcuge.ch

présence d'un interprète. Un rappel historique des discriminations subies par ces populations, des difficultés qu'ils rencontrent dans l'accès aux soins et de la moindre qualité des soins reçue peut également

mettre en perspective cette situation et motiver le clinicien à faire le nécessaire pour promouvoir un traitement équitable de cette patiente.

Implications pratiques

- Reconnaître les patients générant des émotions négatives.
- Rester attentif au risque de généralisation.
- Être conscient de ses propres appartenances et des privilèges qui y sont associés.
- Considérer chaque rencontre clinique comme une opportunité de poursuivre un objectif de traitement équitable.
- Individualiser le patient pour éviter de le catégoriser: accroître la quantité d'informations personnelles relatives au patient et à sa situation clinique.

Note

Une version augmentée de cet article a été incluse en tant que chapitre dans l'ouvrage collectif «Vulnérabilités, équité et santé», dirigé par P. Bodenmann, Y. Jackson, et H. Wolff, en collaboration avec F. Vu, Médecine et Hygiène 2018.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur www.primary-hospital-care.ch