

# LES PRÉJUGÉS RACIAUX DANS LE SOIN

**La grossesse et les évènements qui en découlent sont des sources de questionnements et parfois de difficultés pour les femmes. Pourtant toutes ne sont pas prises en charge de la même façon, en particulier les femmes immigrées. Le programme de recherche BiP tente de comprendre les mécanismes qui conduisent à ces disparités.**

Le serment d'Hippocrate est clair : « aucune discrimination » ne doit s'immiscer dans la relation patient-soignant. Pourtant les inégalités dans la prise en charge médicale persistent. « Ces disparités peuvent être associées au genre, à l'âge, à l'orientation sexuelle, à la corpulence, au statut socio-économique ou encore à "l'origine géographique", réelle ou supposée », rappelle **Elie Azria**, responsable de la maternité de l'hôpital Paris Saint-Joseph. Le gynécologue-obstétricien s'intéresse en particulier aux inégalités qui touchent les femmes enceintes et accouchées. Et parmi cette population, « les femmes nées à l'étranger représentent un groupe particulièrement vulnérable », souligne **Priscille Sauvegrain**, sociologue et sage-femme, directrice du département universitaire de maïeutique de Sorbonne Université.

### Une mortalité maternelle plus élevée

Selon l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles, être née à l'étranger est ainsi associé à un surrisque de mortalité maternelle. « Les données récoltées en France entre 2016 et 2018 montrent que cette surmortalité est particulièrement

marquée pour les femmes nées en Afrique subsaharienne », rapporte Élie Azria, qui est aussi chercheur en épidémiologie. Leur risque de mourir pendant ou au décours de la grossesse est en effet trois fois plus élevé que pour les femmes natives de France. Le risque d'accoucher d'un bébé de faible poids de naissance ou de façon prématuée est également plus élevé pour les femmes nées à l'étranger. « Ces disparités en santé périnatale sont-elles fondées sur des prédispositions médicales ? Ou des biais implicites prédisposent-ils les soignants à délivrer les soins de manière sous-optimale ? », pose le chercheur. Ce sont ces questions auxquelles cherche à répondre le projet multidisciplinaire BiP ou Biais implicites et biais différenciés en périnatalité. Financé par l'Agence nationale de

« Les données récoltées en France entre 2016 et 2018 montrent que cette surmortalité est particulièrement marquée pour les femmes nées en Afrique subsaharienne »

#### Cohorte

Ensemble d'individus ayant vécu un même événement au cours d'une même période, et engagés dans une même étude épidémiologique

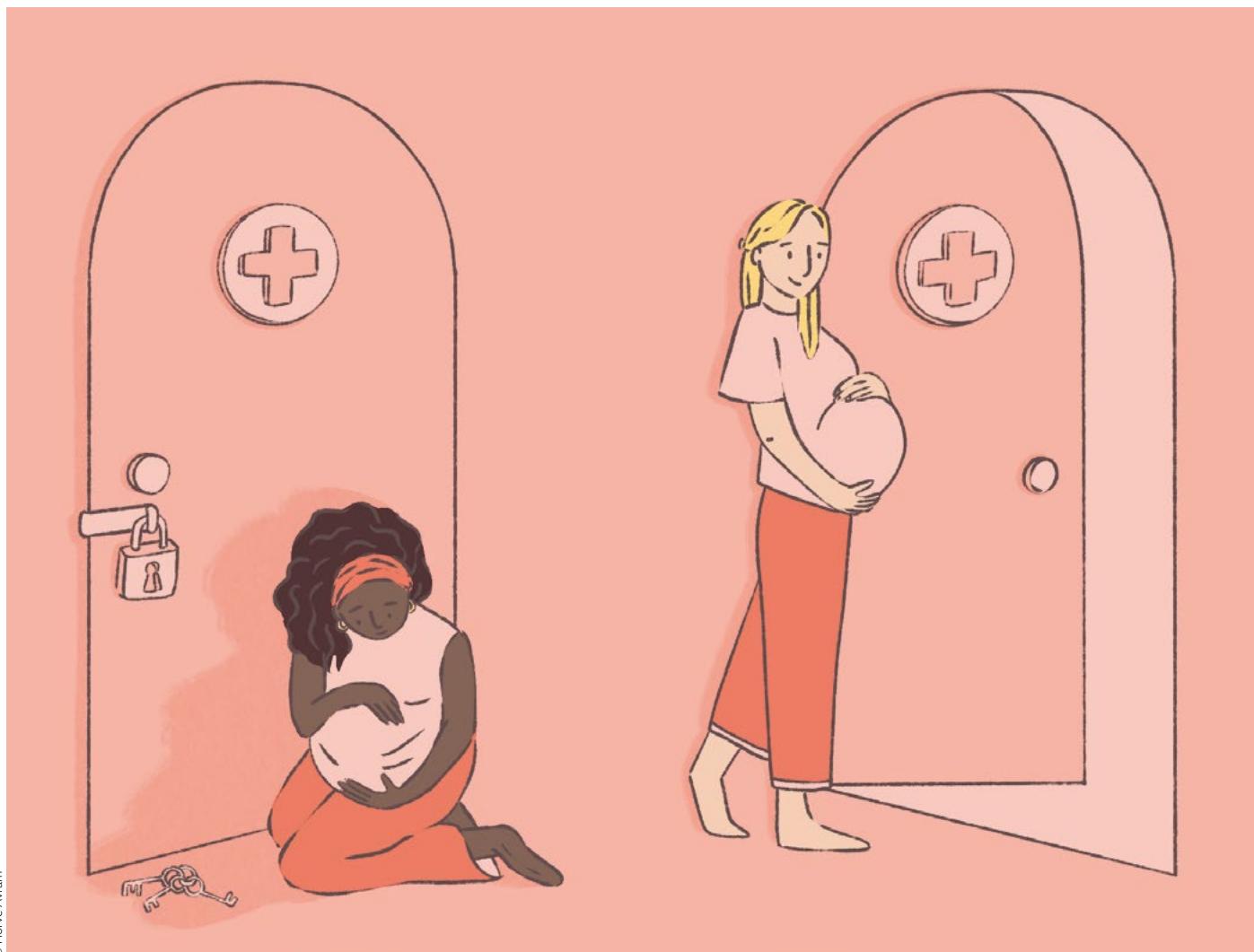
la recherche, ce programme de recherche regroupe des soignants en périnatalité (gynécologues-obstétriciens, sage-femmes, anesthésistes, pédiatres...) ainsi que des chercheurs en épidémiologie et en sciences sociales.

### Des soins différenciés

À travers des études épidémiologiques et statistiques sur des **cohortes** et des bases de données, ces scientifiques ont tout d'abord cherché à identifier des soins différenciés entre les femmes nées en France et celles nées à l'étranger. « Nous avons notamment observé des disparités importantes sur l'accès à l'information concernant le dépistage de la trisomie 21 et le recours à la césarienne. Les femmes nées en Afrique subsaharienne sont ainsi trois fois plus nombreuses à accoucher par césarienne par rapport à celles nées en France. Pourtant ces disparités sont loin d'être uniquement expliquées par des raisons médicales, comme en témoignent les analyses conduites », complète Élie Azria.

### Des biais implicites

En ce cas, existe-t-il des préjugés ethno-raciaux parmi les soignants ? À partir de tests créés par des psychologues sociaux, l'équipe du projet BiP a développé un questionnaire pour déterminer si les professionnels de santé ont une représentation différente des femmes en fonction de leur aire géographique de naissance. « Environ 1 200 soignants, des sage-femmes, des obstétriciens et des anesthésistes, ont répondu. Nous avons



© Florine Avram

constaté une prévalence importante de biais implicites raciaux, notamment une préférence implicite pour les femmes présentées comme françaises. Les soignants voient aussi les femmes présentées comme africaines comme plus fortes, avec une plus grande résistance à la douleur. Toutefois, lorsque ces répondants ont été confrontés à des décisions via des cas cliniques, nous n'avons pas observé de soins différenciés. Mais ces cas cliniques représentent seulement des intentions de traitement, en dehors de toute situation de pression. Or, le stress favorise les soins différenciés », ajoute Élie Azria.

Le projet BiP a aussi entrepris des observations de terrain avec enregistrement des consultations pré-natales par captation audio. « Nous

n'avons observé que peu de soins différenciés, relate Priscille Sauvegrain. Mais les consultations enregistrées lors de ce protocole étaient très courtes et standardisées, ce qui limite leur occurrence. »

### Former les soignants

Les disparités de traitement entre femmes immigrées et natives ne sont donc pas systématiques mais peuvent apparaître dans certaines situations de stress ou lorsqu'une prise en charge nécessite toute une chaîne de soignants. « Mais nombre de professionnels de santé ne sont pas conscients de ces biais », regrette la sociologue. Pour faire évoluer ce constat, Priscille Sauvegrain propose, avec sa collègue psychologue

Racky Ka-Sy, un cours sur les discriminations et le racisme en santé aux étudiants de médecine de Sorbonne Université à Paris. Avec l'espoir que la prise de conscience de leurs biais leur permettra de mieux les contrôler.

**Simon Pierrefixe**

**Élie Azria, Priscille Sauvegrain :** unité 1153 Inserm/INRAE/ Université Paris-Cité/Université Sorbonne Paris Nord, Centre de recherche en épidémiologie et statistiques

M. Linard et al. *BMC Pregnancy Childbirth.*, 27 juin 2019

O. Anselem et al. *BMC Pregnancy Childbirth.*, 30 août 2021