

Catégorisation sociale des bénéficiaires de la CMU par les masseurskinésithérapeutes.

Analyse d'un stéréotype attribué aux patients

MOTS-CLÉS

Accès
Préjugés
Relation interpersonnelles
Santé Publique
Sciences humaines

AUTEUR CORRESPONDANT

Sébastien Herry
5, allée des iris, 78480 Verneuil-sur-Seine, France
herry.kine@orange.fr

RÉSUMÉ

Ce travail a pour objet l'étude des stéréotypes et des discriminations dans le domaine de la santé, et plus précisément parmi les masseurs-kinésithérapeutes libéraux. Une littérature anglo-saxonne abondante révèle des pratiques discriminatoires de la part des professionnels de santé envers les patients noirs, hispaniques, pauvres et/ou de sexe féminin. Nous avons choisi d'étudier la population des patients bénéficiant de la Couverture Mutuelle Universelle (CMU) afin de représenter une population de patients de niveau socio-économique peu élevé. Nous avons établi, grâce à un questionnaire rempli par des masseurs-kinésithérapeutes, que ces patients étaient bien l'objet d'un stéréotype assez péjoratif, teinté d'inutilité sociale. Ces résultats confortent une étude précédente menée auprès de médecins et de dentistes libéraux en France.

Niveau de preuve : 5.

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

INTRODUCTION

Le système de santé, en France, repose sur l'équité de chacun face au soin. Les soignants reçoivent une formation les invitant à considérer que la santé est un droit fondamental, et qu'à ce titre, chaque patient doit être appréhendé de manière objective et pertinente, quel que soit son âge, sa couleur de peau ou son niveau social. Pourtant, aujourd'hui, en France, les enfants de 6 ans présentant un trouble visuel sont moins dépistés en ZEP que dans les milieux favorisés. Les patients les plus pauvres ont plus de difficultés à obtenir un rendez-vous chez un médecin ou un dentiste que les patients plus aisés. Les bénéficiaires du RSA sont ceux dont l'état de santé est le moins bon. Il apparaît ainsi une inégalité évidente dans l'accès aux soins en fonction de la situation socio-économique des individus.

Les professionnels de santé n'étant pas, pour la plupart, animés d'une réelle volonté discriminatoire à l'égard des patients les plus pauvres, l'explication la plus probable est que cette différence de traitement provient de l'existence de stéréotypes.

En partenariat avec

Kinésithérapie
la revue

Extrait du N°219 Mars 2020



<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2019.09.013>

© 2019 The Author(s). Published by Elsevier Masson SAS.

CC license Line This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Concepts théoriques

Depuis environ un siècle, les stéréotypes ont fait l'objet d'un très grand nombre de publications.

La définition initiale de Lippmann les décrivait comme « des images dans nos têtes » socialement partagées, rigides, fausses ou mal fondées et généralisant de manière excessive [1]. Des études ultérieures montreront que les stéréotypes peuvent évoluer dans le temps, infirmant leur stabilité. Aujourd'hui, les stéréotypes sont donc plutôt définis comme « des croyances partagées concernant les caractéristiques personnelles, généralement des traits de personnalité, mais aussi souvent des comportements propres à un groupe de personnes ». Au sein d'une même catégorie les individus sont interchangeables les uns les autres (processus de stéréotypisation) [2]. Deux biais perceptifs inhérents au processus de catégorisation en sont responsables [3] : le biais d'homogénéisation intragroupe (ou eff et d'assimilation) correspond à la tendance naturelle à considérer les membres d'un groupe comme étant plus semblables qu'ils ne le sont en réalité. Le biais d'accentuation intergroupe (ou eff et de contraste) tend à exagérer les différences entre les membres appartenant à des catégories différentes. La catégorisation sociale revêt un intérêt cognitif en permettant un traitement plus rapide et plus économique d'informations relatives à des catégories d'individus, comparativement à l'analyse des caractéristiques d'individus isolés (on attribue à un individu l'ensemble des caractéristiques stéréotypiques du groupe auquel il appartient). Or ces caractéristiques associées à une catégorie sociale sont des stéréotypes. Notre traitement des objets sociaux repose donc sur l'utilisation de stéréotypes. Si les stéréotypes sont le volet cognitif de la catégorisation sociale, les préjugés et la discrimination en sont respectivement les composantes affectives et comportementales.

Pour les médecins par exemple, la couleur de peau du patient est corrélée avec une mesure de l'intelligence, un sentiment d'antipathie, une occurrence de comportements à risque et l'adhérence au traitement. Le niveau socio-économique est, quant à lui, associé à une évaluation de la personnalité, des compétences, du comportement et du rôle social [4].

Les stéréotypes sont construits très précocement ; on considère en effet qu'avant 6 ans, les enfants ont déjà connaissance des stéréotypes raciaux et de genre [5]. Si l'élaboration des stéréotypes semble trouver une part de son origine dans la connaissance de l'Histoire et dans les apprentissages par les pairs, elle repose également sur différents principes : la surgénéralisation à l'exogroupe de caractéristiques ou comportements individuels, la tendance à ne garder en mémoire que les éléments qui confortent le stéréotype (biais de souvenir), et les corrélations illusoire (qui nous poussent à établir des relations entre des événements, caractéristiques ou comportements qui ne sont en réalité pas corrélés). Le mythe de la survenue de pics d'activité et de naissances les soirs de pleine lune à l'hôpital en est l'exemple : malgré de nombreuses études attestant le contraire [6], cette croyance est entretenue par le constat d'une hyperactivité certaines nuits de pleine lune, tout en oubliant les activités importantes les soirs où la lune n'est pas pleine, et les nuits calmes de pleine lune.

Conséquences des stéréotypes dans le milieu de la santé

Il est aujourd'hui clairement établi que le statut socioéconomique influence le parcours de santé ainsi que la qualité des soins en France [7].

Ces différences ne sont pas toujours liées aux moyens financiers ou au réseau relationnel des malades. Souvent, ce sont les stéréotypes des soignants qui influencent la qualité de la prise en charge. Certains auteurs [8] affirment que, face à un patient « différent », les médecins auraient recours aux stéréotypes. Bien que dans la plupart des cas, ils essaient d'en inhiber l'utilisation,

ils y ont tout de même recours inconsciemment en cas d'urgence ou de fatigue [9].

Lors de consultations, les patients les plus pauvres ne bénéficient pas de la même disponibilité du médecin [10,11] : des séances écourtées, une communication moins chaleureuse et plus pauvre, moins d'autonomie décisionnelle laissée au patient, et moins d'implication thérapeutique de la part du médecin [12]. La brièveté de ces entretiens compromet la possibilité pour le médecin d'obtenir certaines informations nécessaires à l'établissement d'un diagnostic, augmentant le risque d'erreur médicale [11].

Il apparaît que le diagnostic médical est influencé par les stéréotypes des médecins et que ces diagnostics biaisés peuvent avoir des conséquences dramatiques sur la santé des populations stéréotypées [13,14] : moins de prescription d'antalgiques pour les patients non-blancs [14-16], des diagnostics moins pertinents dans le cadre d'un infarctus du myocarde pour les hommes noirs [15], un suivi de moins bonne qualité pour les diabétiques noirs et hispaniques [17], des manques d'informations fournies aux patients noirs dialysés en attente d'une greffe de rein [18], des internements de force en hôpital psychiatrique plus fréquents pour les noirs que pour les blancs [19]...

Van Ryn et al. [20] avancent que les médecins justifient les moindres traitements qu'ils prodiguent aux populations noires par la croyance qu'ils ont que ces populations n'ont ni les capacités, ni la motivation d'observer correctement leur traitement.

Percevant les stéréotypes, les patients seraient moins satisfaits des soins qu'ils reçoivent et auront moins tendance à suivre les recommandations médicales [21] ; ils ressentiraient de l'angoisse qui affecterait leur fonctionnement cognitif et donc leur capacité à se remémorer des éléments d'anamnèse importants [11]. Ils seraient également plus à même d'interpréter une situation comme discriminatoire, ce qui peut induire des comportements agressifs [9]. Un cercle vicieux est ainsi établi.

En France, certains patients sont aisément identifiables comme faisant parti d'une population de bas niveau socioéconomique ; il s'agit des bénéficiaires de la Couverture Mutuelle Universelle. Instaurée depuis le 1^{er} janvier 2000, la CMU et la CMUc (que nous regrouperons sous le terme générique CMU) permettent un accès aux soins aux populations les plus précaires en France. Les personnes résidant en France depuis plus de trois mois peuvent prétendre à la CMU et bénéficier d'une prise en charge de la part du régime obligatoire (CMU) et du ticket modérateur (CMUc), sous conditions de ressources. Ainsi, le plafond pour pouvoir y prétendre est de 727€ mensuels pour une personne en 2017 ; 1090€ pour deux personnes (...), c'est-à-dire, sous le seuil de pauvreté. La CMU concerne donc principalement des gens sans emploi, des étudiants, des retraités, des étrangers en situation régulière... Au 30 juin 2017, 4,86 millions de personnes bénéficiaient de la CMU.

Il semble qu'aujourd'hui les bénéficiaires de la CMU restent une population stigmatisée. 17% des internes de 3^e année ont d'ailleurs une opinion négative des patients bénéficiant de la CMU [22].

Problématique

Afin d'être dispensés d'avance des frais médicaux, les bénéficiaires de la CMU doivent donner leur carte vitale à leur professionnel, voire même préciser explicitement qu'ils relèvent de ce statut spécifique. Ainsi, ils ne peuvent échapper à la mise en évidence de leur singularité. En début de consultation, le patient est déjà catégorisé, et un certain nombre de caractéristiques peuvent lui être attribuées

[23,24]. Il convient alors de connaître plus précisément le contenu de ce stéréotype. Ces patients sont décrits par des médecins et des dentistes comme illégitimes, fraudeurs, déresponsabilisés face aux soins, ayant des addictions et des

conduites à risque, vindictifs, exigeants, revendicatifs, et qui sont de gros consommateurs de soins.

Ils manqueraient d'observation des traitements prescrits, ne viendraient pas à leurs rendez-vous sans prévenir, auraient une mauvaise hygiène et ils renonceraient aux soins de prévention, ce qui les conduirait à consulter toujours dans l'urgence [25]. Contrairement aux médecins et aux dentistes qui rencontrent ponctuellement leurs patients pour une consultation de quelques minutes, les kinésithérapeutes réalisent plusieurs séances consécutives. Ceci leur permet de mieux connaître cette population, et d'après Miller, Eagly et Linn [26], l'exposition répétée à des personnes contre-stéréotypiques serait efficace pour modifier les stéréotypes implicites.

Partant de ce constat, nous réaliserons une étude visant à établir l'existence et le contenu du stéréotype attaché aux bénéficiaires de la CMU. Nous chercherons également à vérifier si ce contenu est lié à la désirabilité et l'utilité sociale.

Dubois et Beauvois définissent la désirabilité sociale comme une valeur affective ; elle oppose des traits positifs ou négatifs relatifs à la sociabilité ou à la moralité et peut être définie comme l'adéquation connue des comportements observés ou anticipés d'une personne aux motivations ou aux affects réputés des membres typiques d'un collectif social [24]. L'utilité sociale caractérise les compétences d'une personne mais aussi les attributs liés au pouvoir et au statut social des gens [27], elle reflète la connaissance que nous avons des chances de succès ou d'échec d'une personne dans la société dans laquelle elle vit [28].

MÉTHODE

Matériel et méthode

Les stéréotypes sont le plus souvent inconscients et revêtent généralement une connotation négative qui rend leur expression indésirable. Ceci rend donc difficile leur évaluation et leur mesure.

Une méthode possible de mesure du stéréotype est basée sur la disponibilité des traits en mémoire, comme l'utilisation d'échelles de type Likert.

Toutefois, cette méthode peut aboutir à l'obtention de résultats faux à cause du biais de désirabilité sociale [29]. En effet, lorsque l'on demande à un participant si un trait est associé à une population, il est possible que ses réponses soient travesties par une norme de convenance sociale, même si les questionnaires sont anonymes. Le participant peut également répondre en exprimant la manière dont il adhère au stéréotype.

Il est possible de minimiser ces biais en demandant au sujet de répondre non plus en son nom, mais au nom d'une population qu'il représenterait. Cette méthode dite de substitution permet également d'obtenir des opinions plus polarisées [30].

Afin d'établir ce questionnaire, nous avons décidé dans un premier temps de reprendre les caractéristiques déterminées par entretiens libres parmi une population de médecins et de dentistes [25].

Nous avons ensuite demandé à 5 kinésithérapeutes d'exprimer librement et spontanément ce que leur évoquait le terme CMU. Nous avons également consulté les pages de réseaux sociaux destinées aux masseurs-kinésithérapeutes afin d'y repérer de nouvelles caractéristiques.

Nous avons donc établi notre questionnaire relativement à l'ensemble de ces items en y associant des termes renvoyant à la désirabilité sociale : agréable, attachant, sympathique, honnête, menteur, pingre ; ainsi que des termes liés à l'utilité sociale : ambitieux, dynamique, vulnérable, autoritaire, courageux [27].

Notre questionnaire regroupe 26 caractéristiques à évaluer selon une échelle de Likert en 7 points, allant de 1 « pas du tout d'accord » à 7 « tout à fait d'accord ».

Les sujets devaient d'abord répondre en condition standard : « Vous devrez répondre aux questions suivantes en indiquant si, d'après vous, les termes proposés sont caractéristiques des patients bénéficiant de la CMU lors des soins de masso-kinésithérapie. D'après vous, ces patients sont... ».

Quelques questions étaient ensuite posées afin de mieux connaître les répondants (âge, sexe, nationalité, pratique de dépassements d'honoraires systématiques, durée d'exercice libéral, caractéristique de la population du lieu d'exercice). Puis, les sujets devaient répondre en consigne de substitution : « Vous devrez répondre aux questions, non plus en fonction de ce que vous pensez personnellement, mais en fonction de ce que les autres kinésithérapeutes pensent. Vous allez donc devoir essayer de répondre en essayant de vous mettre à la place de la majorité des autres kinésithérapeutes, même si ce n'est pas votre opinion. Vous pensez que, d'après les autres masseurs-kinésithérapeutes, les patients bénéficiant de la CMU en consultation de masso-kinésithérapie sont... ».

Nous espérons ainsi recueillir des données plus polarisées et qui n'auraient pas été filtrées par le biais de désirabilité sociale. Les questionnaires ont été mis en ligne du 7 au 9 février 2018.

Les répondants ont été invités à y répondre par une chaîne de SMS et de courriels adressés directement ou par relations professionnelles. L'ensemble des sujets a répondu à toutes les questions ; toutes les réponses ont pu être exploitées.

Population

31 masseurs-kinésithérapeutes ont été interrogés : 16 femmes (51,6%) et 15 hommes (48,4%). Ils ont exercé en libéral pendant 3 à 40 ans (moyenne (M) = 14,1 ans, écart-type (ET) = 7,16 ans). Ils avaient entre 25 et 65 ans (M = 39,51 ans, ET = 8,55) au moment du test et étaient tous de nationalité française.

Les critères d'inclusion étaient d'avoir exercé la masso-kinésithérapie libérale, en France, au moins 3 ans depuis l'an 2000, date d'instauration de la CMU.

Seulement 3 d'entre eux pratiquaient des dépassements d'honoraires systématiques (9,6%).

Vingt-cinq d'entre eux (80,6%) n'exerçaient pas dans un secteur où la population présente des revenus inférieurs à la moyenne de la population française, alors que 3 (9,7%) exerçaient dans ce type de secteur et 3 (9,7%) ne le savaient pas.

RÉSULTATS

Pour connaître les termes stéréotypiques de la population des patients bénéficiant de la CMU, nous avons effectué un t de Student de comparaison de moyenne à une norme, fixée à 4, pour chacun des 26 termes d'abord en consigne standard, puis en consigne de substitution.

En consigne standard, nous avons défini qu'un certain nombre d'items possédaient une différence significative avec notre norme (Tableau I).

En condition de substitution, comme attendu, les résultats ont été différents.

Ainsi, on constate qu'un certain nombre de caractéristiques qui n'étaient pas présents dans la consigne standard apparaissent dans la consigne de substitution. On constate également que la plupart des items sont plus polarisés en consigne de substitution. Nous nous attendions à ce cas de figure. Certains items présents en consigne standard disparaissent en consigne de substitution (agressif, autoritaire, menteur, négligé, propre). De manière intéressante, un item change de polarité entre les deux consignes (sympathique).

Tableau I. Items relatifs aux caractéristiques personnelles et significativité des réponses au questionnaire sur le contenu du stéréotype.

Caractéristiques	Consigne standard		Consigne de substitution	
	Moyenne (écart-type)	Significativité	Moyenne (écart-type)	Significativité
Ponctuel	M = 3,22 (1,45)	$P < 0,006$	M = 2,03 (1,05)	$P < 0,001$
Bien éduqué	M = 3,67 (1,01)	n.s	M = 3,12 (1,12)	$P < 0,001$
Assidus aux consultations	M = 2,87 (1,36)	$P < 0,001$	M = 1,96 (1,22)	$P < 0,001$
Respectueux	M = 3,71 (1,16)	n.s	M = 2,74 (1,12)	$P < 0,001$
Propre	M = 4,48 (1,20)	$P < 0,04$	M = 3,64 (1,25)	n.s
Revendicatif	M = 3,87 (1,52)	n.s	M = 4,67 (1,40)	$P < 0,02$
Enclins à réaliser seul les exercices appris en rééducation	M = 2,96 (1,38)	$P < 0,001$	M = 2,41 (1,34)	$P < 0,001$
Intégrés socialement	M = 3,74 (1,12)	n.s	M = 3,42 (1,54)	$P < 0,05$
Exigeant	M = 4,12 (1,48)	n.s	M = 4,58 (1,48)	$P < 0,04$
Assisté	M = 4,38 (1,31)	n.s	M = 5,23 (1,50)	$P < 0,001$
Susceptible d'avoir de conduites à risque	M = 3,71 (1,24)	n.s	M = 4,16 (1,32)	n.s
Négligé	M = 3,32 (1,19)	$P < 0,005$	M = 4,32 (1,35)	n.s
En bonne santé	M = 3,93 (0,96)	n.s	M = 3,84 (1,48)	n.s
Attentif à avoir une utilisation économiquement responsable du système de santé	M = 2,16 (1,09)	$P < 0,001$	M = 1,94 (1,08)	$P < 0,001$
Attaché à consulter de manière pertinente les professionnels de santé	M = 3,03 (1,38)	$P < 0,001$	M = 2,32 (1,22)	$P < 0,001$

Tableau II. Items relatifs à la désirabilité sociale et significativité des réponses au questionnaire sur le contenu du stéréotype.

Caractéristiques	Consigne standard		Consigne de substitution	
	Moyenne (écart-type)	Significativité	Moyenne (écart-type)	Significativité
Sympathique	M = 4,38	$P = 0,031$	M = 3,38	$P = 0,012$
Pingre	M = 3,54	n.s	M = 4,03	n.s
Attachant	M = 4,16	n.s	M = 3,67	n.s
Honnête	M = 4,29	n.s	M = 3,64	n.s
Agressif	M = 3,19	$P = 0,006$	M = 4,00	n.s
Menteur	M = 3,22 (1,45)	$P < 0,006$	M = 3,93 (1,65)	n.s

Tableau III. Items relatifs à l'utilité sociale et significativité des réponses au questionnaire sur le contenu du stéréotype.

Caractéristiques	Consigne standard		Consigne de substitution	
	Moyenne (écart-type)	Significativité	Moyenne (écart-type)	Significativité
Dynamique	M = 3,25 (1,12)	$P = 0,001$	M = 2,16 (1,12)	$P < 0,001$
Autoritaire	M = 3,23 (1,45)	$P = 0,003$	M = 4,13 (1,45)	n.s
Vulnérable	M = 3,90 (1,16)	n.s	M = 4,48 (1,43)	$P = 0,07$
Ambitieux	M = 2,83 (0,93)	$P < 0,001$	M = 2,77 (1,20)	$P < 0,001$
Courageux	M = 3,58 (0,96)	$P = 0,021$	M = 3,16 (1,13)	$P < 0,001$

Pour l'interprétation de nos résultats, nous avons retenu les items présents significativement dans le même sens dans les deux conditions : peu ambitieux, peu assidu aux consultations, peu attaché à consulter les professionnels de manière pertinente, peu courageux, peu dynamique, peu attentif à avoir une utilisation économiquement responsable du système de santé, peu enclin à réaliser seul les exercices appris en rééducation, revendicatif, et peu ponctuel. Ces caractéristiques constituent le contenu du stéréotype.

On constate également que parmi les caractéristiques renvoyant à la désirabilité sociale (Tableau II), aucune n'est présente dans le même sens dans les deux conditions.

Le stéréotype des bénéficiaires de la CMU ne semble pas comporter de lien avec la désirabilité sociale.

En revanche, certaines des caractéristiques relatives à l'utilité sociale sont employées dans les deux conditions (peu ambitieux, peu dynamique, peu courageux). Le stéréotype des bénéficiaires de la CMU comporte donc une notion d'inutilité sociale (Tableau III).

DISCUSSION

Nos résultats montrent que les kinésithérapeutes ont certaines croyances à l'égard des patients bénéficiant de la CMU. Certaines de celles-ci sont directement en lien avec la relation thérapeutique (peu assidu aux consultations, peu attaché à consulter les professionnels de manière pertinente, peu attentif à avoir une utilisation économiquement responsable du système de santé, peu enclins à réaliser seuls leurs exercices, peu ponctuels...). D'autres items caractérisent plus généralement ces patients (peu ambitieux, peu courageux, peu dynamiques...).

Nous avons donc pu établir l'existence, parmi les kinésithérapeutes, d'un stéréotype très négatif visant les patients bénéficiant de la CMU. Celui-ci est cohérent avec celui retrouvé auprès d'autres professions de santé [25].

Ceci montre donc que ce stéréotype est partagé au-delà de la population étudiée ici. Notre étude permet de surcroît de connoter ce stéréotype d'inutilité sociale.

Il convient alors de se demander comment ce stéréotype a pu traverser les frontières professionnelles et se retrouver chez des professionnels qui ne sont qu'exceptionnellement amenés à se côtoyer (dentistes et kinésithérapeutes par exemple). Les comportements prêtés aux patients CMU sont-ils réels ou stéréotypiques ?

Nous pensons, en nous appuyant sur la publication de Fiske et al. [31], que les patients CMU, pauvres par définition, sont classés comme ayant peu de chaleur et peu de compétences, ce qui induirait envers eux des préjugés méprisants, de la colère, du dégoût, et du ressentiment. De plus, lorsque des croyances sont très répandues, les membres des groupes stéréotypés peuvent en avoir connaissance. Un phénomène (la menace du stéréotype) stipule qu'une personne stéréotypée et placée dans une situation dans laquelle elle va être confrontée au contenu de ce stéréotype, va ressentir la crainte de confirmer ce stéréotype. Ses performances risquent alors d'être perturbées, de telle manière qu'ils corroboreront souvent les croyances [32]. Inzlicht et Kang [33] ont mis en évidence que la peur de confirmer un stéréotype a des répercussions dans des domaines sans rapport avec le stéréotype (comportement agressif, surconsommation d'aliments gras et sucrés, troubles attentionnels par exemple).

De nombreuses études ont montré que les patients stéréotypés dans le milieu médical ont tendance à davantage manquer leurs rendez-vous médicaux, à reporter leurs soins de prévention [34] et leurs examens de dépistage du cancer [11] ; ils éprouvent

moins l'envie d'une greffe rénale en cas de besoin, présentent davantage de dépressions, d'anxiété, de cancers du sein, de naissances prématurées, d'HTA, d'hypercortisolémie, et de troubles de santé mentale [10,12,35]. Ils ont également tendance à moins adhérer aux recommandations des professionnels de santé [36]. Le stress induit par l'exposition aux préjugés peut conduire à un engagement dans des conduites à risque [9]. Ces populations qui choisissent de ne pas venir à leur consultation, de reporter leurs soins, à moins utiliser le système de santé [10] pensant ainsi éviter de se placer dans une situation qui risque d'entraîner de l'anxiété et du stress (et donc une aggravation de leur état de santé), adoptent un comportement qui confirmera in fine les stéréotypes du médecin.

Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que le rejet initial des patients bénéficiant de la CMU par les professionnels de santé (que cela soit pour des raisons administratives ou de stigmatisation de cette population pauvre), a conduit à l'établissement de pratiques discriminatoires ; ces pratiques ont eu certaines conséquences au sein de ces patients, notamment l'adoption de comportements typiques ainsi que la diminution de leur état de santé.

Aujourd'hui, ces conséquences sont devenues le stéréotype des patients CMU et entretiennent les préjugés et la discrimination à leur égard. Certains auteurs [11,19] proposent quelques outils permettant de réduire les effets de cette situation. Parmi ceux-ci on peut noter la nécessité de sensibiliser l'ensemble des personnels soignants et administratifs à ces stéréotypes et leurs effets, l'utilisation de modèles contre-stéréotypiques (y compris comme l'affichage dans la salle d'attente), l'information donnée au patient sur l'engagement et le contrôle des professionnels dans la lutte contre les discriminations, la réduction de l'anxiété du patient (diffusion de parfum de vanille et/ou de musique douce), l'aide apportée au patient

pour se focaliser sur ses forces et ses succès, les feedbacks donnés aux patients ainsi que la rédaction de conseils clairs.

Enfin, il convient également de savoir si le stéréotype mis en évidence ici entraîne une discrimination dans la pratique des kinésithérapeutes. En effet, l'activation du stéréotype « CMU » a-t-elle une réalité, alors que cette caractéristique s'affiche clairement sur l'ordinateur du kinésithérapeute lorsque celui-ci formalise la prise en charge initiale ? Porter à la connaissance des professionnels le statut socioéconomique du patient permet-il d'accroître ou de réduire l'activation du stéréotype ? La discrimination peut revêtir 2 formes [25]. Dans le domaine de la santé, la discrimination directe peut consister en un refus de prise en charge, des délais de rendez-vous plus longs, un temps de consultation plus court, un abaissement des normes de prise en charge ... La discrimination indirecte est plus subtile et vise à exclure une catégorie de la population via des modes d'organisation, de paiements ou de tarifs pratiqués. D'autres catégories de patients semblent également faire l'objet de catégorisation. Notons en particulier la création d'une catégorie « patient MGEN » (enseignant), considéré comme contestataire, hautain, autoritaire, qui sauraient toujours tout, qui simuleraient des pathologies...

Nous le voyons, même si cette étude nous permet de tirer quelques conclusions sur les stéréotypes, les préjugés et les discriminations dans le milieu de la santé en France, de nombreuses autres questions devront faire l'objet de travaux afin d'améliorer la prise en charge des patients issus de minorités et des milieux stigmatisés.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

RÉFÉRENCES

- [1] Lippmann W. Stereotypes. Public Opinion and the Press. Nueva York: Mcmillan Publishing Co ; 1922.
- [2] Leyens JP, Yzerbyt V, Schadron G. Stéréotypes et cognition sociale. (France): Editions Mardaga ; 1996.
- [3] McGarty C. Categorization in social psychology. (USA): Sage ; 1999.
- [4] Van Ryn M, Burke J. The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients. *Social Sci Med* 2000;50:813-28.
- [5] Augoustinos M, Rosewarne DL. Stereotype knowledge and prejudice in children. *Br J Develop Psychol* 2001;19:143-56.
- [6] Margot JL. No evidence of purported lunar effect on hospital admission rates or birth rates. *Nursing Res* 2015;64:168-73.
- [7] Morel S. La fabrique médicale des inégalités sociales dans l'accès aux soins d'urgence. *Agone* 2016;58:73-88.
- [8] Loutan S, Durieux-Paillard L. Diversité culturelle et stéréotypes : la pratique médicale est aussi concernée. *Rev Med Suisse* 2005;1:2212-3.
- [9] Major B, Mendes WB, Dovidio JF. Intergroup relations and health disparities: A social psychological perspective. *Health Psychol* 2013;32:514-24.
- [10] Burgess DJ, Ding Y, Hargreaves M, Van Ryn M, Phelan S. The association between perceived discrimination and underutilization of needed medical and mental health care in a multi-ethnic community sample. *J Health Care Poor Underserved* 2008;19:894-911.
- [11] Aronson J, Burgess D, Phelan SM, Juarez L. Unhealthy interactions : The role of stereotype threat in health disparities. *Am J Public Health* 2013;103:50-6.
- [12] Gelly M, Pitti L. Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins. *Agone* 2016;1:7-18.
- [13] McKinlay JB, Potter DA, Feldman HA. Non-medical influences on medical decision-making. *Social Sci Med* 1996;42:769-76.
- [14] Burgess DJ, Crowley-Matoka M, Phelan S, Dovidio JF, Kerns R, Roth C, et al. Patient race and physicians' decisions to prescribe opioids for chronic low back pain. *Social Sci Med* 2008;67:1852-60.
- [15] Van Ryn M, Burgess D, Malat J, Griffin J. Physicians' perceptions of patients' social and behavioral characteristics and race disparities in treatment recommendations for men with coronary artery disease. *Am J Public Health* 2006;96:351-7.
- [16] Todd KH, Deaton C, D'Adamo AP, Goe L. Ethnicity and analgesic practice. *Ann Emerg Med* 2000;35:11-6.
- [17] McKinlay J, Piccolo R, Marceau L. An additional cause of health care disparities: the variable clinical decisions of primary care doctors. *J Evaluat Clin Pract* 2013;19:664-73.
- [18] Ayanian JZ, Cleary PD, Weissman JS, Epstein AM. The effect of patients' preferences on racial differences in access to renal transplantation. *N Engl J Med* 1999;341:1661-9.
- [19] Van Ryn M, Fu SS. Paved with good intentions: do public health and human service providers contribute to racial/ethnic disparities in health? *Am J Public Health* 2003;93:248-55.
- [20] Van Ryn M, Burgess DJ, Dovidio JF, Phelan SM, Saha S, Malat J, et al. The impact of racism on clinician cognition, behavior, and clinical decision making. *Du Bois Rev* 2011;8:199-218.
- [21] Bogart LM, Bird ST, Walt LC, Delahanty DL, Figler JL. Association of stereotypes about physicians to health care satisfaction, help-seeking behaviour, and adherence to treatment. *Soc Sci Med* 2004;58:1049-58.
- [22] Petitcollo L, Denantes M, Ibanez G, Lazimi G, de Beco I, Magnier AM. Patients bénéficiaires de la CMU complémentaire : perceptions des étudiants en médecine et facteurs influençant ces perceptions. *Presse Med* 2012;41:e257-e264.
- [23] Delprat L. CMU Complémentaire et refus de soins, une nouvelle mise en demeure. *Med Droit* 2005;74:171-6.
- [24] Desprès C. La Couverture maladie universelle, une légitimité contestée : analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires. *Pratiques Organisation Soins* 2010;41:33-43.
- [25] Desprès C, Lombrail P. Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination. Une analyse des discours de médecins et dentistes. *Laboratoire LEPS-Université Paris XIII*, 2017:16 p.
- [26] Miller DI, Eagly AH, Linn MC. Women's representation in science predicts national gender-science stereotypes: Evidence from 66 nations. *J Educat Psychol* 2015;107:631-44.
- [27] Dubois N, Beauvois JL. Désirabilité et utilité : Deux composantes de la valeur des personnes dans l'évaluation sociale. L'orientation scolaire et professionnelle 2001;30:1-15.
- [28] Cambon L. Désirabilité sociale et utilité sociale, deux dimensions de la valeur communiquée par les adjectifs de personnalité. *Rev Internat Psychol Soc* 2006;19:125-51.
- [29] Crowne DP, Marlowe D. A new scale of social desirability independent of psychopathology. *J Consult Psychol* 1960;24:349-54.
- [30] Camus G, Berjot S. Comment sont perçues les personnes au chômage au sein de la société française ? Étude de la composition du stéréotype. *Cahiers Internat Psychol Soc* 2015;1:53-81.
- [31] Fiske ST, Cuddy AJ, Glick P, Xu J. A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *J Personality Soc Psychol* 2002;82:171-222.
- [32] Steele CM, Aronson J. Stereotype threat and the intellectual performance of African Americans. *J Personality Soc Psychol* 1995;69:797-811.
- [33] Inzlicht M, Kang SK. Stereotype threat spillover: how coping with threats to social identity affects aggression, eating, decision making, and attention. *J Personality Soc Psychol* 2010;99:467-81.
- [34] Van Houtven CH, Voils CI, Oddone EZ, Weinfurt KP, Friedman JY, Schulman KA, et al. Perceived discrimination and reported delay of pharmacy prescriptions and medical tests. *J Gen Internal Med* 2005;20:578-83.
- [35] Williams DR, Mohammed SA. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *J Behav Med* 2009;32:20-47.
- [36] Casagrande SS, Gary TL, LaVeist TA, Gaskin DJ, Cooper LA. Perceived discrimination and adherence to medical care in a racially integrated community. *J Gen Internal Med* 2007;22:389-95.