

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme

Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers

HES-SO Valais-Wallis / Haute Ecole de Santé

Travail de Bachelor

**Impact des stéréotypes et des préjugés des soignant·es sur les
complications postopératoires des populations minoritaires**

Revue de Littérature

Réalisé par : Rebecca Bartolotta et Emma Caravatti

Promotion - Bachelor 2022

Sous la direction de : Claude-Alexandre Fournier

Lieu et date : Sion, le 02.07.2025

Résumé

La population hospitalisée en Suisse est de plus en plus diversifiée. Les patient·es, le personnel soignant et le système de santé sont alors confrontés à des stéréotypes et préjugés, parfois inconscients. Ces derniers peuvent compromettre la qualité des soins pour les personnes issues des populations minoritaires. L'objectif de cette revue de la littérature est d'analyser l'impact des stéréotypes et des préjugés sur les complications postopératoires dans les populations minoritaires hospitalisées en chirurgie.

La recherche a été effectuée dans trois bases de données : Cinahl, PubMed et Embase. Cela a permis d'inclure des articles scientifiques de sources primaires publiés entre 2019 et 2025, analysant les disparités des complications postopératoires chez les minorités hospitalisées. Les études de sources non primaires telles que les revues systématiques, les méta-synthèses et les méta-analyses, ont été exclues. En respectant ces critères, six études ont été retenues.

Les principaux résultats mettent en évidence d'importantes disparités dans les complications postopératoires au sein des groupes minoritaires selon l'origine ethnique, le statut socio-économique ou le type d'assurance maladie. Ces disparités concernent la gestion de la douleur, la durée d'hospitalisation et le taux de réopération.

En conclusion, le renforcement de la compétence culturelle des soignant·es constitue une piste essentielle pour réduire les disparités observées. L'amélioration de la communication entre les patient·es et les soignant·es, grâce à un service d'interprétation, permettrait une meilleure compréhension des besoins et contribuerait ainsi à une prise en charge de qualité. Enfin, au niveau institutionnel, une dotation infirmière renforcée est associée à une diminution des inégalités en période postopératoire.

Mots-clés : disparités, inégalités, complications postopératoires, infirmier·ères, populations minoritaires, stéréotypes, préjugés

Remerciements

Nous tenons à remercier Monsieur Claude-Alexandre Fournier, directeur de notre travail de Bachelor, pour le temps qu'il nous a consacré ainsi que pour ses précieux conseils tout au long de ce projet.

Nous remercions également Madame Pauline Melly pour l'aide apportée durant la recherche documentaire ainsi que pour ses conseils concernant les références.

Déclaration

Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre de la formation Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers à la Haute École de Santé Valais Wallis (HEdS).

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteures et en aucun cas celle de la Haute École de Santé Valais, du Jury ou du directeur du travail de Bachelor.

Les auteures attestent avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste de références bibliographiques et l'outil d'intelligence artificielle présenté au Tableau I.

Tableau I. Détail d'utilisation de l'outil d'intelligence artificielle dans le travail de Bachelor.

Section, pages	Outil utilisé	Mode d'utilisation
Introduction à la conclusion, pages 1 à 35	Chat GPT	Correction orthographique, et syntaxe

Lieu et date : Sion, le 2 juillet 2025



Signature Rebecca Bartolotta



Signature Emma Caravatti

Table des matières

1	Problématique	1
1.1	Question de recherche.....	3
1.2	But de la revue de littérature	4
2	Cadre théorique.....	4
2.1	Modèle de soin transculturel	4
2.1.1	Rôle infirmier	6
2.2	Stéréotypes et préjugés	7
2.2.1	Définition d'un stéréotype.....	7
2.2.2	Définition des préjugés.....	8
2.2.3	Les biais implicites	9
2.3	Populations minoritaires.....	9
2.4	La chirurgie et ses complications	10
3	Méthode	11
3.1	Devis de recherche	11
3.2	Collecte des données.....	12
3.3	Sélection des données.....	15
3.4	Considérations éthiques.....	15
3.5	Analyse des données.....	15
4	Résultats	17
4.1	Étude 1	17
4.1.1	Description de l'étude.....	17
4.1.2	Validité méthodologique.....	18
4.1.3	Pertinence clinique.....	19
4.2	Étude 2	19
4.2.1	Description de l'étude.....	19
4.2.2	Validité méthodologique.....	20
4.2.3	Pertinence clinique.....	21
4.3	Étude 3	21
4.3.1	Description de l'étude.....	21
4.3.2	Validité méthodologique.....	22
4.3.3	Pertinence clinique.....	23

4.4	Étude 4.....	23
4.4.1	Description de l'étude.....	23
4.4.2	Validité méthodologique.....	24
4.4.3	Pertinence clinique.....	25
4.5	Étude 5.....	25
4.5.1	Description de l'étude.....	25
4.5.2	Validité méthodologique.....	27
4.5.3	Pertinence clinique.....	27
4.6	Étude 6.....	28
4.6.1	Description de l'étude.....	28
4.6.2	Validité méthodologique.....	29
4.6.3	Pertinence clinique.....	29
4.7	Synthèse des principaux résultats	30
5	Discussion.....	31
5.1	Discussion des résultats	31
5.2	Discussion de la qualité des évidences	32
5.3	Forces et limites de la revue de la littérature	33
6	Conclusion.....	34
6.1	Propositions pour la pratique	34
6.2	Propositions pour la formation	35
6.3	Propositions pour la recherche	35
7	Liste des références	36
8	Annexes	45
	Annexes I : Mots clés et descripteurs	45
	Annexe II : Diagramme de flux PRISMA.....	46
	Annexe III : Tableaux de recension des études.....	47
	Annexe IV : Niveaux de preuve	53
	Annexe V : Glossaires	54

Liste des tableaux

Tableau 1 : Equation de recherche CINAHL	13
Tableau 2 : Equation de recherche Medline (Pubmed)	13
Tableau 3 : Equation de recherche Embase	14
Tableau 4 : Liste des articles retenus	16

Liste des abréviations

AIC	Critère d'Information d'Akaike
ANOVA	Analyse de la variance
ASA	American Society of Anesthesiologists
BIC	Critère d'Information Bayésien
CFR	Commission fédérale contre le racisme
CII	Conseil International des Infirmières
DCI	Distress Community Index
DSISP	Direction des soins infirmiers et de la santé physique
FLACC	Échelle de la douleur Face, Legs, Activity, Cry, Consolability
HCDH	Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme
HCRIS	Health-care Cost Report Information System
HEdS	Haute Ecole de Santé
HES-SO	Haute école spécialisée de Suisse orientale
HMO	Health Maintenance Organization
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
IC	Intervalle de confiance
N-PASS	Neonatal Pain, Agitation and Sedation scale
NSQIP	National Surgical Quality Improvement Program
OFC	Office fédéral de la culture
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
PACU	Unité de soins post-anesthésiques
RN4CAST	Registered Nurse Forecasting
SAS	Statistical Analysis System
SLR	Service de lutte contre le racisme
USIN	Unité de soins intensifs néonatalogie

1 Problématique

La diversité culturelle constitue une richesse précieuse. Elle se réfère à plusieurs cultures vivant ensemble et interagissant les unes avec les autres dans une société permettant une ouverture d'esprit et un enrichissement mutuel (Office fédéral de la culture [OFC], 2013).

La Suisse illustre parfaitement cette réalité avec sa grande diversité culturelle, puisque 40,3% de la population suisse est issue de l'immigration (Office fédéral de la statistique [OFS], 2024). Le pays possède également quatre langues nationales, participant encore une fois à la diversité culturelle. Selon l'OFS (2022), l'allemand est parlé par 61,8% de la population, le français par 22,8%, l'italien par 7,8%, le romanche par 0,5%, tandis que les autres langues parlées atteignent 23,4%. Depuis 2010, la part de la population parlant une autre langue que les langues nationales a augmenté de 4.1% (OFS, 2022).

La diversité culturelle touche notamment le domaine de l'éducation et le domaine des soins. Ce dernier est particulièrement touché par la multiculturalité tant du côté des patient·es que du personnel soignant. En 2023, 40% de l'effectif médical en Suisse était composé de médecins d'origine étrangère (Hostettler & Kraft, 2024). Quant au personnel de soins, selon une estimation de l'Observatoire suisse de la santé, 23'996 professionnel·les exercent avec un diplôme obtenu à l'étranger. Cela correspond à 35% des soignant·es en Suisse (Observatoire suisse de la santé et al., 2021).

Cependant, l'augmentation de la diversité n'est pas sans conséquence, notamment dans les soins. Elle engendre un risque plus important d'incompréhension culturelle entre le personnel infirmier et les patient·es. Dans les hôpitaux, le personnel dit avoir du mal à offrir des soins de qualité lorsque les patient·es sont d'origine étrangère et/ou lorsqu'ils ou elles parlent une autre langue. Cette barrière de la langue, qui représente un aspect de la culture, peut conduire à un mauvais diagnostic et donc engendrer l'administration de traitements non-adaptés. Ces incompréhensions, qu'elles soient liées à des barrières linguistiques ou culturelles, peuvent compromettre la qualité des soins. Or, bien que la politique suisse vise à garantir l'équité et l'accès universel aux soins, ces obstacles peuvent limiter l'effectivité de ces principes sur le terrain. (Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2024).

La méconnaissance d'une culture ou de l'importance de certaines pratiques culturelles pour des patient·es, comme des rituels religieux, des restrictions alimentaires ou encore une préférence pour des soins prodigués par une personne du même genre, peut amener à négliger des éléments essentiels dans la prise en soins. Cette ignorance peut involontairement mener à un jugement stéréotypé basé sur une vision simplifiée de la culture des patient·es (Durieux-Paillard & Loutan, 2005; Cornet et al., 2020).

Il est nécessaire de définir a minima le stéréotype. Il s'agit d'une représentation cognitive simplifiée, sans fondement scientifique, reposant sur une catégorisation sociale de groupes de personnes. La plupart du temps, le stéréotype est effectué de façon inconsciente et peut concerner le sexe, l'origine, la religion, l'âge ou toute autre caractéristique physique ou culturelle. Un stéréotype peut avoir une connotation positive, traduisant un jugement implicite favorable, ou négative, selon le contexte et le groupe concerné (Commission fédérale contre le racisme [CFR], 2020).

Le préjugé se différencie du stéréotype. En effet, le préjugé implique un jugement personnel (par exemple : j'aime ou je n'aime pas), alors que le stéréotype est uniquement cognitif et construit de manière inconsciente (CFR, 2020).

Les stéréotypes et les préjugés peuvent être perçus comme des formes de racisme, ce qui rend ces notions étroitement liées. Deux définitions sont proposées pour le racisme. La première définition, au sens strict, considère le racisme comme une idéologie qui consiste à établir une hiérarchie selon la race. Dans un sens plus large, on définit le racisme comme étant une pratique sociale inconsciente qui produit un rapport de pouvoir, des exclusions ou des privilèges. Dans cette deuxième définition, les personnes ne sont pas considérées comme des personnes à part entière, mais comme des membres d'un groupe avec des caractéristiques précises (*Définitions - humanrights.ch*, 2022).

Les préjugés et stéréotypes se retrouvent dans les trois formes de racisme. La première forme comprend le racisme interpersonnel, qui reflète l'avis personnel d'une personne sur un caractère spécifique. La deuxième comprend le racisme systémique qui est ancré dans les relations sociales et dans les normes sociales. Dans la troisième et dernière forme, le racisme ordinaire se manifeste de manière inconsciente et routinière. Pourtant, ce dernier n'est que rarement remis en cause, car il est souvent normalisé (*Définitions - humanrights.ch*, 2022).

En Suisse, les données chiffrées concernant l'impact des stéréotypes et des préjugés sur la qualité des soins infirmiers sont limitées, voire inexistantes. Le réseau des centres de conseil pour les victimes de racisme, qui recense les incidents racistes et les inégalités de traitement, a rapporté 181 cas en 2023 dans les domaines privés et éducatifs. Cependant, seulement 27 événements ont été signalés dans le secteur de la santé pour la même année (Réseau de centres de conseil pour les victimes du racisme, 2023).

On peut se demander si ces chiffres reflètent la réalité de cette problématique dans les soins car il y a eu peu d'éléments signalés. Les manifestations du racisme, préjugés et stéréotypes, s'expriment inconsciemment. Ainsi, cela complique leur identification et leur déclaration et pourrait potentiellement ralentir les efforts pour faire progresser la situation,

car les stéréotypes et les préjugés sont intégrés à la norme sociale. Le manque de signalement peut être dû au fait que les personnes victimes ne signalent pas les incidents, car selon elles, cela n'apporterait aucun changement (Service de lutte contre le racisme [SLR], 2024). Seule une personne sur huit, soit 12 % des victimes, déclare effectivement les incidents vécus, tous domaines confondus (European Union Agency for Fundamental Rights, 2017).

Les stéréotypes et les préjugés sont très préoccupants car ils peuvent non seulement avoir des répercussions sur la qualité des soins reçus par les patient·es, mais également briser la confiance que les patient·es ont dans le système de santé. La présence d'un stéréotype ou d'un préjugé chez le personnel infirmier peut limiter sa vision globale de la situation clinique des patient·es. Il risque alors, par inadvertance et/ou par inconscience, de négliger un aspect important ou d'avoir une « vision tunnel* », au détriment d'une approche holistique. Si cette approche holistique est biaisée, elle peut avoir des conséquences graves sur la prise en charge postopératoire, allant des erreurs de diagnostic et d'une surveillance inadéquate à une mauvaise gestion de la douleur voire à l'administration de traitements inappropriés, ce qui compromet la santé des personnes et l'équité d'accès aux soins (Puddifoot, 2019).

Plusieurs études ont été réalisées sur les stéréotypes et/ou les préjugés que les patient·es peuvent avoir sur les soignant·es. Ces études mettent en évidence que les préjugés et stéréotypes des patient·es engendrent des problèmes de communication, une augmentation du stress et finalement une péjoration de la qualité des soins (Teresa-Morales et al., 2022; Andreae et al., 2024). Cependant, ce ne sont pas les stéréotypes et les préjugés des patient·es que cette revue de la littérature va examiner.

1.1 Question de recherche

Cette revue de la littérature s'intéresse aux stéréotypes et aux préjugés du personnel infirmier envers les patient·es.

La littérature illustre que les préjugés et les stéréotypes influencent la manière dont les soignant·es prennent en charge les patient·es. Ce travail de Bachelor va se focaliser sur les populations minoritaires. Ces dernières sont particulièrement vulnérables. Pour cette raison, nous avons formulé la question de recherche suivante :

« Chez les populations minoritaires hospitalisées en chirurgie, les préjugés et les stéréotypes des soignant·es ont-ils un impact sur les complications postopératoires ? »

La question de recherche de ce travail s'inscrit dans le cadre de cette étude selon la formule PEO :

- P (population) : populations minoritaires hospitalisées en chirurgie
- E (exposure) : préjugés et stéréotypes des soignant·es
- O (outcome) : complications postopératoires

1.2 But de la revue de littérature

Pour faire suite au développement de la problématique et de la question de recherche, cette revue de la littérature a comme objectifs principaux les éléments suivants :

- Explorer l'impact potentiel des stéréotypes et des préjugés sur la qualité des soins postopératoires.
- Analyser les résultats des études pour identifier les liens éventuels entre stéréotypes et préjugés des soignant·es et les complications postopératoires affectant les populations minoritaires dans une perspective d'améliorer la qualité des soins.
- Développer les connaissances des infirmier·ères sur les stéréotypes et les préjugés dans les soins, ainsi que sur leurs impacts potentiels sur la qualité des soins.

2 Cadre théorique

Cette partie a pour but de définir les concepts centraux nécessaires à la bonne compréhension de cette revue de la littérature.

Dans un premier temps, la théorie du soin transculturel en lien avec le rôle infirmier sera expliquée. Dans un second temps, les barrières à un accès équitable aux soins seront présentées. Enfin, dans le troisième et dernier temps, la thématique de la chirurgie ainsi que ses complications seront explorées.

2.1 Modèle de soin transculturel

Dans cette revue de la littérature, notre analyse reposera sur le modèle de Josepha Campinha-Bacote (2002), axé sur la compétence culturelle dans la prestation des soins de santé. Cette dernière s'est appuyée sur le modèle de Madeleine Leininger (1978) qui est la première infirmière à s'être intéressée à l'importance de la culture dans les soins. En effet, elle a élaboré un concept de prise en soins centré sur la personne et sa culture. Selon elle, le soin est l'action d'assistance, de soutien et de facilitation auprès de la personne ayant besoin de recouvrer sa santé ou d'améliorer ses conditions de vie (Leininger, 2002). Cette conception, présente dès les premiers textes, constitue le socle de sa théorie des soins adaptés aux contextes culturels (Leininger, 1978).

Elle s'est intéressée davantage à la diversité des soins et la façon dont la culture peut impacter les soins infirmiers. Sa théorie de soins met en évidence que la personne ne peut

pas être prise en compte sans son contexte culturel. La santé est perçue différemment selon les cultures. Elle est influencée par les aspects physiques, psychologiques, environnementaux, sociaux, mais également par la vision du monde de chaque personne. Le modèle de soin vise la cohérence culturelle où l'infirmier·ère doit agir en accord avec la culture de la personne et en favorisant le maintien de la santé (Leininger, 1978; Pepin et al., 2017).

Le modèle de Campinha-Bacote est une approche centrée sur la compétence culturelle dans le domaine des soins. Il repose sur l'idée que la compétence culturelle est un processus continu dans lequel le personnel soignant doit en permanence acquérir la capacité de travailler efficacement avec le contexte culturel des patient·es (Campinha-Bacote, 2002). Ce processus s'articule en cinq concepts :

- **La conscience culturelle** consiste à l'exploration de ses propres valeurs culturelles et la reconnaissance de ses préjugés et stéréotypes. Si le personnel infirmier n'arrive pas à en être conscient, il risque de s'engager dans l'imposition culturelle qui est la tendance d'une personne à faire prévaloir ses propres croyances et valeurs (Leininger, 1978; Campinha-Bacote, 2002).
- **Les connaissances culturelles** désignent l'acquisition d'une base de connaissances sur les différentes cultures et groupes ethniques. Dans ce concept, il est essentiel de ne pas voir les personnes comme des stéréotypes culturels, mais comme des personnes avec des parcours uniques, influencés par divers facteurs culturels et personnels. Elles comprennent trois dimensions :
 - Comprendre comment les patient·es perçoivent leurs maladies et leurs traitements.
 - Connaître les prévalences des maladies des différents groupes ethniques.
 - Obtenir des connaissances sur la pharmacologie ethnique, définie par Campinha-Bacote comme le domaine d'étude qui examine l'impact de la culture, de l'environnement, de la génétique, de la bio-physiologie et des facteurs psychosociaux sur la prescription, le métabolisme et la réponse aux médicaments, car il existe des variations du métabolisme des médicaments au sein des groupes ethniques.

En prenant en compte ce concept, le personnel infirmier doit acquérir la capacité de faire une évaluation culturelle avec chaque patient·e (Campinha-Bacote, 2002).

- **La compétence culturelle** est la capacité à collecter des informations pertinentes sur les patient·es et à faire une évaluation clinique en fonction de leur contexte culturel (Leininger, 1978; Campinha-Bacote, 2002).

- **La rencontre culturelle** est le processus qui encourage le personnel de soins à s'engager dans des interactions directes avec des patient·es provenant de diverses cultures, ce qui peut permettre de modifier les croyances existantes au sujet d'un groupe culturel. Ce concept implique également une évaluation des besoins linguistiques des patient·es, par exemple la nécessité de recourir à des interprètes (Campinha-Bacote, 2002).
- **Le désir culturel** représente la motivation du personnel soignant de vouloir, et non pas de devoir, s'engager dans le processus de sensibilisation à la culture. Il est important sur ce point d'avoir un réel désir de fournir des soins adaptés à la culture (Campinha-Bacote, 2002).

Alors que Madeleine Leininger insiste sur l'importance d'adapter les soins aux contextes culturels, la théorie de Campinha-Bacote met l'accent sur un perfectionnement continu des compétences culturelles. Ce modèle rappelle par ailleurs que chaque membre du personnel de soins reste personnellement responsable d'identifier et de remettre en question ses propres biais. Elle met en avant l'importance des interactions entre le personnel et les patient·es en insistant sur le fait que les préjugés peuvent influencer ces échanges. Selon Campinha-Bacote, les soignant·es devraient intégrer les cinq concepts de sa théorie de soins afin de développer une compétence culturelle pour leur permettre d'assurer une prise en charge globale et éthique. Ainsi, cela représente une plus-value pour les patient·es et pour la pratique infirmière (Leininger, 1978, 2002; Campinha-Bacote, 2002).

2.1.1 Rôle infirmier

Ignorer la diversité des patient·es peut nuire à la qualité des soins et contredire les valeurs fondamentales qui sont stipulées dans le code de déontologie. La théorie de la compétence culturelle de Campinha-Bacote renforce l'idée que le personnel infirmier doit non seulement défendre l'équité et la justice sociale mais aussi intégrer la compétence culturelle dans sa pratique infirmière quotidienne. L'analyse du code de déontologie de la profession infirmière et la théorie de Campinha-Bacote mettent en lumière l'importance d'une approche soignante à la fois éthique et sensible aux différences culturelles. Cela permet d'améliorer la qualité des soins et contribue également à augmenter les chances des patient·es d'avoir des soignant·es qui plaident pour une justice sociale ainsi qu'un accès aux soins équitable. Il est important de relever que les préjugés et les stéréotypes peuvent, malgré tout, influencer les interactions entre les soignant·es et les patient·es, ce qui souligne la nécessité d'intégrer une formation sur la diversité et l'inclusion dans la pratique infirmière (Campinha-Bacote, 2002).

Le code de déontologie encadrant la profession infirmière, tant pour les professionnel·les que pour les étudiant·es, définit les valeurs éthiques et les devoirs du personnel infirmier. Il stipule que : « Les infirmières plaident pour l'équité et pour la justice sociale dans la répartition des ressources et dans l'accès aux soins, de même que pour les autres prestations sociales et économiques » (Conseil International des Infirmières [CII], 2021). Le personnel infirmier se doit non seulement de fournir des soins de qualité, mais aussi de défendre les droits des patient·es et de leurs familles. Sa responsabilité est bien plus complexe qu'il n'y paraît au premier abord car elle ne se limite pas seulement à l'administration de traitements médicaux, mais prend également en compte la promotion d'un environnement de soins juste et équitable (CII, 2021). Pour mieux saisir les enjeux du rôle infirmier, il est essentiel de définir stéréotypes et préjugés.

2.2 Stéréotypes et préjugés

Les stéréotypes et les préjugés sont souvent utilisés de la même façon dans la langue française. Cependant, ils possèdent chacun une définition bien distincte de l'autre.

2.2.1 Définition d'un stéréotype

Le stéréotype est un terme dont l'étymologie est péjorative. Il vient du grec, et fait référence aux adjectifs « solide », « dur » et à « l'image imprimée » (Edrom et al., 2018). En effet, à l'origine, le néologisme formé au XIX^e siècle désignait une planche utilisée dans le domaine de l'impression. Cette planche était conçue pour imprimer plusieurs fois la même illustration (DeVito et al., 2019). Cette origine étymologique illustre bien la nature même des stéréotypes, ce sont des représentations figées et reproduites en série, souvent sans remise en question, influençant notre perception des personnes et des groupes sociaux.

Dans les sciences humaines, un stéréotype correspond à une image mentale schématique et généralisée d'un groupe de personnes ou d'objets. Il se base sur une ou plusieurs caractéristiques perçues dans ce groupe. Cette croyance se forme à partir d'une perception simplifiée des caractéristiques observées. Si les caractéristiques observées sont jugées « suffisantes » pour soutenir le stéréotype, celui-ci est adopté. Par exemple, si la personne observatrice remarque que de nombreux membres d'un groupe ont une caractéristique commune, elle peut en conclure que le groupe entier a la même caractéristique si elle est « suffisamment répandue » dans un sous-groupe « représentatif » du groupe. On peut citer des exemples tels que « les Asiatiques sont bons en mathématiques » ou « les Turcs sont fumeurs » (Bouyssou & Sanver, 2022).

Ces stéréotypes peuvent être positifs, neutres ou même des sources de pression pour celles et ceux qui ne se retrouvent pas dans cette image (Bouyssou & Sanver, 2022). C'est pour cette raison qu'il est important de faire attention aux stéréotypes que nous

développons à propos d'autrui. Ils sont souvent si subtils et si enracinés que nous ne savons pas qu'ils existent. Cependant, ils peuvent biaiser la façon dont nous nous intéressons à l'autre, dont nous le comprenons et interagissons avec lui. Dans les soins infirmiers, cela peut modifier la façon de prendre en charge les patient·es. En effet, cela empêche le personnel infirmier de considérer les patient·es comme des personnes singulières, mais cela incite à les percevoir uniquement à travers les caractéristiques de leur groupe d'appartenance. Il est préférable de faire preuve de vigilance face aux caractéristiques individuelles de chaque personne et de ne pas les classer ni les associer à des caractéristiques les rapportant à un groupe. Il est essentiel de se remettre en cause, de se questionner, et de faire preuve d'ouverture et de méfiance face aux jugements que l'on peut formuler (DeVito et al., 2019).

La formation d'un stéréotype peut être représentée comme un processus de perception en plusieurs étapes :

- Représentation numérique : chaque caractéristique observée est convertie en un nombre indiquant un soutien plus fort pour le stéréotype.
- Agrégation : ces valeurs numériques sont ensuite combinées en un seul chiffre.
- Comparaison au seuil : si le résultat dépasse un certain seuil, la personne observatrice accepte le stéréotype pour le groupe entier (Bouyssou & Sanver, 2022).

2.2.2 Définition des préjugés

Le préjugé se distingue du stéréotype. Il se définit comme une attitude ou un jugement préconçu envers un groupe ou un membre de ce groupe. Le stéréotype est nécessaire à la formation d'un préjugé. Lorsqu'un jugement de valeur est porté sur un groupe à partir de la représentation que l'on s'en fait, on parle alors de préjugé (Légal & Delouée, 2021).

En effet, les préjugés reposent sur des stéréotypes : pour qu'une personne développe des préjugés envers un groupe extérieur (exogroupe), il est nécessaire de percevoir ce groupe comme différent de son propre groupe (endogroupe) sur une ou plusieurs caractéristiques. Cela signifie que les stéréotypes servent de base à la formation de préjugés envers les groupes perçus comme "différents". En revanche, ils impliquent une dimension personnelle et représentationnelle, par exemple : ne pas aimer les Suisses allemand·es relève du préjugé, alors que les trouver rigides ou engagés relève du stéréotype (Klein et al., 2005). Contrairement aux stéréotypes, qui peuvent être neutres, positifs ou négatifs, le préjugé a globalement des connotations négatives (Légal & Delouée, 2021).

Dans les soins, les stéréotypes et les préjugés sont perçus comme vecteurs de discriminations (Donnard & Jung, 2017).

2.2.3 Les biais implicites

Le concept de biais implicite repose sur le fait que nos pensées et nos réactions sont façonnées par des associations mentales qui se forment sans que nous en ayons pleinement conscience. Ces associations résultent souvent de stéréotypes issus de notre environnement culturel, social ou médiatique influençant nos perceptions de manière inconsciente. Lorsque les associations portent sur des traits tels que la couleur de peau, l'origine ethnique, le poids, la religion, le genre, la sexualité et d'autres caractéristiques, elles peuvent parfois être perçues comme positives, mais lorsqu'elles sont négatives, elles peuvent avoir des conséquences néfastes pour les patient·es. Par exemple, associer une personne religieuse à l'image qu'elle est digne de confiance peut sembler positif mais ces associations peuvent en réalité être problématiques, car elles reposent sur des généralisations. Au contraire, un exemple négatif pourrait être l'association d'une personne de couleur avec la violence. Ces mécanismes peuvent constituer la base de la formation de stéréotypes ou de préjugés (Capers, 2020).

Chez le personnel soignant, ces biais peuvent se manifester à travers des attitudes, des comportements ou des décisions influencés par des stéréotypes ou des préjugés. Ils peuvent apparaître à chaque phase du processus de soins infirmiers : diagnostic, évaluation, choix des interventions et interactions avec les patient·es. De plus, ils peuvent influencer les recommandations données et l'éducation thérapeutique (Capers, 2020).

2.3 Populations minoritaires

Les minorités sont souvent confrontées aux stéréotypes et aux préjugés, car elles sont perçues comme différentes de la majorité au sein d'une population (Innerarity, 2021). Cette perception de différence donne lieu à plusieurs définitions du terme « minorités » qui peuvent dépendre du pays où l'on vit et qui varient selon les contextes sociaux et culturels du pays en question. En effet, selon le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, une minorité ethnique, religieuse ou linguistique désigne un groupe de personnes qui représente moins de 50 % de la population d'un état et qui partage des caractéristiques communes, telles que la culture, la religion, la langue ou une combinaison de ces éléments (Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme [HCDH], 2019). La culture se définit comme :

L'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances. (OFC 2013)

Selon le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, l'appartenance à une minorité est libre et ne dépend d'aucune condition liée à la citoyenneté, à la résidence, à la reconnaissance officielle ou à tout autre statut, bien qu'elle soit souvent en lien avec ces facteurs (HCDH, 2019). En revanche, le sociologue Louis Wirth (1945) a défini un groupe minoritaire comme « tout groupe de personnes qui, en raison de leurs caractéristiques physiques ou culturelles, sont distinguées des autres dans la société dans laquelle elles vivent par un traitement différent et inégal ». Bien que cette définition soit ancienne, elle reste reprise pour de nombreux écrits actuels (Gasperoni, 2021; Sukwichai, 2022).

Ces différences de définitions montrent l'importance de considérer les minorités non seulement en fonction de leur nombre mais aussi en tenant compte des relations de pouvoir et des mécanismes d'inclusion ou d'exclusion qui les concernent (Voutat & Knuesel, 1997). Dans ce travail de Bachelor, nous allons nous concentrer sur les personnes hospitalisées qui sont issues de populations minoritaires dans un service de chirurgie.

2.4 La chirurgie et ses complications

Le dernier concept central à définir dans le cadre théorique est celui de la chirurgie. Elle peut toucher différents organes de différents systèmes au sein du corps humain. La chirurgie est un acte médical invasif qui consiste en une intervention manuelle et instrumentale pour traiter des maladies ou des blessures. Elle est souvent requise pour réduire le risque de décès dû à des affections courantes. Il existe plusieurs types de chirurgie, par exemple la chirurgie générale, la chirurgie orthopédique, la chirurgie cardiaque ou la chirurgie neurologique (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2009a).

Selon l'OMS (2009b), près de 25% des personnes opérées dans les pays développés présentent au moins une complication postopératoire, et environ 0,5 à 5% en meurent. Les douleurs aiguës concernent jusqu'à 80% des patient·es en postopératoire et 70% d'entre elles sont des douleurs modérées ou sévères (Park et al., 2023). Les douleurs chroniques se développent chez 20 à 30% des patient·es après une chirurgie (Cachemaille & Blanc, 2016). Les infections du site opératoire représentent environ 2 à 5% des complications chirurgicales (*La prévention des infections du site opératoire*, 2019). Les hémorragies postopératoires dépendent du type de chirurgie pratiquée. Les complications liées à l'anesthésie, bien que rares, peuvent être graves et inclure des réactions allergiques, ainsi que des troubles cardiovasculaires ou respiratoires. Enfin, les décès postopératoires restent une réalité, avec des taux variant selon la complexité de l'intervention et l'état de santé des patient·es (Bezzola & Hochreutener, 2011; Richebé & Clairoux, 2020; Laoulaou et al., 2024).

Le personnel infirmier effectue des surveillances rapprochées des patient·es dans la période postopératoire, dans le but de pouvoir détecter précocement les complications telles que la douleur, l'hémorragie ou l'infection. Ces surveillances nécessitent des évaluations cliniques, des prises de décisions rapides, ainsi qu'une bonne communication avec les patient·es.

Cependant, les stéréotypes et les préjugés peuvent influencer ces surveillances. Ils peuvent biaiser l'évaluation de la douleur, retarder l'identification d'un symptôme, ou encore affecter la qualité de la relation thérapeutique.

Dans cette revue, nous allons donc nous intéresser à l'impact potentiel de ces biais dans les pratiques infirmières, en lien avec les complications sans en cibler une en particulier.

3 Méthode

3.1 Devis de recherche

Une recherche scientifique* repose sur des principes philosophiques et des postulats. Cela va guider la démarche de recherche et influencer la perception du monde des chercheur·euses. Cette perception, appelée paradigme, détermine non seulement les objectifs de recherche, mais également la manière d'interpréter les phénomènes étudiés. « Le paradigme n'est pas un simple énoncé, mais un modèle de référence fondamental sur lequel s'appuient les chercheur·euses d'une discipline donnée pour orienter la recherche selon leur orientation philosophique » (Fortin & Gagnon, 2022).

Il y a deux grands paradigmes dans la recherche : le positivisme et l'interprétatif.

Le premier paradigme est né dans les premières méthodes de recherche. Il existe une réalité objective dont les chercheur·euses tentent de découvrir les lois de fonctionnement, dans lesquelles la cause et l'effet étudiés peuvent démontrer tous les phénomènes. Les études scientifiques de ce paradigme sont définies comme quantitatives (Fortin & Gagnon, 2022).

Cependant, le positivisme a été remis en cause au siècle dernier et a évolué pour faire place au paradigme postpositiviste. Ce dernier intègre une vision plus nuancée que le paradigme précédent. Il reconnaît que l'erreur existe, que les résultats sont probables et peuvent être remis en cause. Ainsi, l'objectivité de la recherche n'est plus perçue comme atteignable de façon absolue, mais repose sur des probabilités. Les chercheur·euses postpositivistes mettent tout en place pour limiter les biais* pouvant diminuer la validité des résultats (Fortin & Gagnon, 2022).

Ensuite, le paradigme interprétatif exclut le fait qu'il n'y ait qu'une seule réalité connue, comme dans le positivisme. Selon le second paradigme, la réalité est subjective, elle se construit sur la base des perceptions individuelles qui peuvent évoluer avec le temps. Les

recherches qualitatives appartiennent à cette vision de la recherche. Le but est de comprendre la signification et la représentation du phénomène. Ce paradigme met en évidence la subjectivité et la multitude des significations face à un phénomène étudié. Contrairement au postpositivisme, les chercheuses et chercheurs se concentrent d'abord sur un événement particulier avant de s'intéresser à l'ensemble des événements. Ils observent des phénomènes avant de les interpréter (Fortin & Gagnon, 2022). Enfin, il existe des méthodes de recherche définies comme « mixtes ». Elles sont une combinaison de recherches qualitatives et quantitatives (Fortin & Gagnon, 2022).

3.2 Collecte des données

Dans le cadre de notre revue de la littérature, trois bases de données ont été explorées : CINAHL*, PubMed* et Embase*. Ces bases ont été consultées de septembre 2024 à janvier 2025.

Des mots-clés ont permis de guider la recherche. Ils ont été choisis à partir de la question de recherche. Ils sont : « impacts des préjugés et stéréotypes », « populations minoritaires », « complications postopératoires » et « soins infirmiers ». Les mots-clés ont été traduits en anglais (en annexe I). Ces termes ont contribué au choix des thésaurus. L'utilisation des opérateurs booléens* « AND » et « OR » a également participé à l'affinement de la recherche. Afin que les recherches soient les plus récentes, l'ajout d'un filtre sur les dates de parution a permis de sélectionner des études datant des cinq dernières années.

La méthodologie décrite ci-dessus a permis de sélectionner six études pour la rédaction de ce travail de Bachelor (Alexander et al., 2019; Lasater et al., 2023; Rosenbloom et al., 2023; Grabski et al., 2024; Zhu et al., 2024; Opara et al., 2025).

Le tableau des articles retenus est disponible à la page 16.

Tableau 1: Equation de recherche CINAHL

	Equation de recherche	Etudes trouvées	Etudes retenues
S1	TI (discrimination* OR prejudice* OR "racial bias" OR "Healthcare disparit*" OR Inequitable* OR "racial disparit*" OR Stereotyp* OR Stigma* OR disparit*) OR AB (discrimination* OR prejudice* OR "racial bias" OR "Healthcare disparit*" OR Inequitable* OR "racial disparit*" OR Stereotyp* OR Stigma* OR disparit*) OR (MH "Discrimination") OR (MH "Racism+") OR (MH "Prejudice") OR (MH "Racialization") OR (MH "Stigma") OR (MH "Healthcare Disparities") OR (MH "Health Status Disparities")	164,261	0
S2	TI ("Ethnic and racial minorities" OR Ethnicity OR "Social vulnerability" OR minorit* OR "ethnic minority status" OR Rac* OR "Racial groups" OR "Ethnic groups" OR "Ethnic disparities") OR AB ("Ethnic and racial minorities" OR Ethnicity OR "Social vulnerability" OR minorit* OR "ethnic minority status" OR Rac* OR "Racial groups" OR "Ethnic groups" OR "Ethnic disparities") OR (MH "Ethnic Groups+") OR (MH "Minority Groups+") OR (MH "Special Populations") OR (MH "Racialization")	300,471	0
S3	TI ("Surgical outcome*" OR "Post-surgery outcome*" OR "Surgical complication*" OR "Post-surgery complication*" OR "Complications after surgery" OR "Operative complication*" OR "Postoperative adverse event*" OR "Postoperative complication*" OR "Adverse surgical outcomes" OR "Post surgical outcome*" OR "postoperative outcome*") OR AB ("Surgical outcomes" OR "Post-surgery outcomes" OR "Surgical complication*" OR "Post-surgery complication*" OR "Complications after surgery" OR "Operative complication*" OR "Postoperative adverse event*" OR "Postoperative complication*" OR "Adverse surgical outcomes" OR "Post surgical outcome*" OR "postoperative outcome*") OR (MH "Postoperative Complications+") OR (MH "Fatal Outcome")	154,540	0
S4	TX nurs* OR (MH "Nurses+") OR (MH "Nursing Assessment") OR (MH "Nursing Interventions")	2,425,457	0
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4 + filtre -5 ans (2019-2024)	18	3

Tableau 2 : Equation de recherche Medline* (PubMed*)

	Equation de recherche	Etudes trouvées	Etudes retenues
S1	"discrimination*" [Title/Abstract] OR "prejudice*" [Title/Abstract] OR "racial bias" [Title/Abstract] OR "healthcare disparit*" [Title/Abstract] OR "inequitable*" [Title/Abstract] OR "racial disparit*" [Title/Abstract] OR "stereotyp*" [Title/Abstract] OR "stigma*" [Title/Abstract] OR "disparit*" [Title/Abstract] OR "Social Discrimination" [MeSH Terms] OR "Perceived Discrimination" [MeSH Terms] OR "Prejudice" [MeSH Terms] OR "Racism" [MeSH Terms] OR "Health Inequities" [MeSH Terms] OR "Healthcare Disparities" [MeSH Terms] OR "Stereotyping" [MeSH Terms]	426 884	0
S2	"Ethnic and racial minorities" [Title/Abstract] OR "Ethnicity" [Title/Abstract] OR "Social vulnerability" [Title/Abstract] OR "minorit*" [Title/Abstract] OR "ethnic minority status" [Title/Abstract] OR "race" [Title/Abstract] OR "Racial groups" [Title/Abstract] OR	413 847	0

	"Ethnic groups"[Title/Abstract] OR "Ethnic disparities"[Title/Abstract] OR "Ethnic and Racial Minorities"[MeSH Terms] OR "Ethnicity"[MeSH Terms] OR "Minority Groups"[MeSH Terms] OR "Vulnerable Populations"[MeSH Terms] OR "Social Vulnerability"[MeSH Terms]		
S3	"surgical outcome*"[Title/Abstract] OR "post surgery outcome*"[Title/Abstract] OR "post surgery complication*"[Title/Abstract] OR "complications after surgery"[Title/Abstract] OR "operative complication*"[Title/Abstract] OR "postoperative adverse event*"[Title/Abstract] OR "postoperative complication*"[Title/Abstract] OR "adverse surgical outcomes"[Title/Abstract] OR "post surgical outcome*"[Title/Abstract] OR "postoperative outcome*"[Title/Abstract] OR "Postoperative Period"[MeSH Terms] OR "Postoperative Complications"[MeSH Terms] OR "Postoperative Care"[MeSH Terms]	838 574	0
S4	"nurs*"[Title/Abstract] OR "Nurses"[MeSH Terms] OR "Nursing"[MeSH Terms] OR "Nursing"[MeSH Subheading]	773 842	0
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4 + filtre - 5 ans	12	1

Tableau 3: Equation de recherche EMBASE*

	Equation de recherche	Etudes trouvées	Etudes retenues
S1	discrimination*:ab,ti OR prejudice*:ab,ti OR 'racial bias':ab,ti OR 'healthcare disparit*':ab,ti OR inequitable*:ab,ti OR 'racial disparit*':ab,ti OR stereotyp*:ab,ti OR stigma*:ab,ti OR disparit*:ab,ti OR 'perceptive discrimination'/exp OR 'prejudice'/exp OR 'medical racism'/exp OR 'racism'/exp OR 'social stigma'/exp OR 'vulnerable population'/exp OR 'health care disparity'/exp OR 'implicit bias'/exp OR 'stereotypy'/exp	560 366	0
S2	ethnic:ab,ti AND 'racial minorities':ab,ti OR ethnicity:ab,ti OR 'social vulnerability':ab,ti OR minorit*:ab,ti OR 'ethnic minority status':ab,ti OR rac*:ab,ti OR 'racial groups':ab,ti OR 'ethnic groups':ab,ti OR 'ethnic disparities':ab,ti OR 'ethnic group'/exp OR 'minority group'/exp OR 'vulnerable population'/exp	885 156	0
S3	'surgical outcome*':ab,ti OR 'post-surgery outcome*':ab,ti OR 'surgical complication*':ab,ti OR 'post-surgery complication*':ab,ti OR 'complications after surgery':ab,ti OR 'operative complication*':ab,ti OR 'postoperative adverse event*':ab,ti OR 'postoperative complication*':ab,ti OR 'adverse surgical outcomes':ab,ti OR 'post surgical outcome*':ab,ti OR 'postoperative outcome*':ab,ti OR 'postoperative complication'/exp OR 'postoperative period'/exp OR 'postoperative care'/exp	1689 975	0
S4	nurs*:ab,ti OR 'nursing'/exp OR 'nurse'/exp	911 555	0
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4 + filtre – 5 ans	48	2

Un diagramme de flux PRISMA peut être examiné en annexe II.

3.3 Sélection des données

Afin qu'elles soient incluses, les études sélectionnées pour cette revue de la littérature devaient contenir des concepts clés comme : « disparités », « complications de la période postopératoire » et « populations minoritaires ». Seuls les articles publiés entre 2019 et 2025 de sources primaires ont été retenus. Les études ont été considérées comme disciplinaires lorsque le rôle du personnel soignant était mentionné dans la méthode, les résultats ou la discussion. Ces études ont été intégrées en raison du manque de données scientifiques dans cette discipline. Les critères d'exclusion sont les études non primaires : revues systématiques*, méta-synthèses* et méta-analyses*.

Afin de sélectionner les nombreuses études ressortant de la recherche scientifique*, le titre était d'abord examiné pour vérifier son adéquation avec la thématique. S'il était jugé pertinent, le résumé était consulté. Lorsque celui-ci apportait des éléments potentiellement intéressants, l'intégralité du texte était alors lue.

Cette démarche a permis de retenir six articles pertinents. Ces derniers sont référencés dans le tableau 4 en page 16. Ces études retenues ont toutes un devis quantitatif. Parmi celles-ci, quatre d'entre elles prennent en compte la discipline infirmière (Lasater et al., 2023; Rosenbloom et al., 2023; Grabski et al., 2024; Opara et al., 2025).

Enfin, les études choisies ont été analysées pour déterminer le niveau de preuve selon la hiérarchie des évidences (Fortin & Gagnon, 2022), et le niveau de grade des recommandations (Haute Autorité de santé [HAS], 2013) (cf. Figures 1 et 2 en annexe IV).

3.4 Considérations éthiques

Toutes les études ont été approuvées par un comité d'éthique institutionnel. Ce dernier était soit relié à l'hôpital dans lequel l'étude s'était déroulée, soit à une université à laquelle les auteur·es étaient en lien. Six études sur six déclarent officiellement qu'aucun et aucune des auteur·es ne présente de conflits d'intérêts (Alexander et al., 2019; Lasater et al., 2023; Rosenbloom et al., 2023; Grabski et al., 2024; Zhu et al., 2024; Opara et al., 2025).

3.5 Analyse des données

Pour répondre à la question de recherche, les six articles scientifiques retenus seront analysés individuellement. La répartition des études pour l'analyse entre Rebecca Bartolotta et Emma Caravatti s'est faite par ordre alphabétique des titres des études. En cas de doute ou d'interrogations, une concertation a été réalisée.

Tableau 4 : Liste des articles retenus

N°	Auteurs	Titre	Année de publication	Base de données	Niveau de preuve
1	Rosenbloom, Julia M., De Souza, Elizabeth; Perez, Felipe D.; Xie, James; Suarez-Nieto, Maria V.; Wang, Ellen; Anderson, T. Anthony	Association of Race and Ethnicity with Pediatric Postoperative Pain Outcomes	2023	CINHAL*	V
2	Alexander, Amy L. MD, MS; Strohl, Anna E. MD, MA; Rieder, Stephanie MD, PhD; Holl, Jane MD, MPH; Barber, Emma L. MD, MS; Alexander, Amy L; Strohl, Anna E; Rieder, Stephanie; Holl, Jane; Barber, Emma L	Examining Disparities in Route of Surgery and Postoperative Complications in Black Race and Hysterectomy	2019	CINHAL*	V
3	Karen B Lasater, Paul R Rosenbaum, Linda H Aiken, J Margo Brooks-Carthon, Rachel R Kelz, Joseph G Reiter, Jeffrey H Silber, Matthew D McHugh	Explaining racial disparities surgical survival: a tapered match analysis of patient and hospital factors	2023	EMBASE*	V
4	David F Grabski, Rick D Vavolizza, Heron D Baumgarten, Mark A Fleming, Chioma Moneme, Eugene D McGahren, Jonathan R Swanson, Sandra K Kabagambe, Jeffrey W Gander	Post-operative Opioid Reduction Protocol Reduces Racial Disparity in Clinical Outcomes in Children	2024	PUBMED*	III
5	Zhu, Terry; Baker, Zoë G, Trabold, Melissa; Kelley-Quon, Lorraine I, Basin, Michael F; Vazirani, Ragini; Chen, Jiayao; Kokorowski, Paul J	Sociodemographic differences in opioid use and recovery following ambulatory pediatric urologic procedures	2024	CINHAL*	V
6	Opara, Olivia A.; Narayanan, Rajkishen; Issa, Tariq; Tarawneh, Omar H.; Lee, Yunsoo; Patrizio, Harrison; Glover, Abbey; Brown, Bergin; McCormick, Christian; Kurd, Mark F.; Kaye, Ian D; Canseco, Jose A.; Hilibrand, Alan S.; Vaccaro, Alexander R., MBA; Kepler, Christopher K.; Schroeder, Gregory D.	Socioeconomic Status Impacts Length of Stay and Nonhome Discharge Disposition After Posterior Cervical Decompression and Fusion	2025	EMBASE*	V

4 Résultats

4.1 Étude 1

Rosenboom, J. M., De Souza, E., Perez, F. D., Xie, J., Suarez-Nieto, M. V., Wang, E., & Anderson, T. A. (2023). Association of Race and Ethnicity with Pediatric Postoperative Pain Outcomes. *Journal of Racial & Ethnic Health Disparities*, 10(3), 1414-1422. <https://doi.org/10.1007/s40615-022-01327-1>

4.1.1 Description de l'étude

Cette étude de cohorte rétrospective* longitudinale* s'est déroulée aux États-Unis, à l'hôpital pour enfants « Lucile Packard Children's Hospital Stanford » entre mai 2014 et août 2019. Le but de l'étude était d'améliorer la qualité des soins postopératoires, en examinant les différences dans les scores de douleur, l'administration d'analgésiques, d'antiémétiques et d'antiprurigineux en postopératoire chez les enfants de cinq groupes raciaux/ethniques. Les sujets ont été sélectionnés par un échantillonnage non probabiliste* accidentel*. L'étude a inclus tous les enfants âgés de zéro à dix-huit ans ayant subi une chirurgie sous anesthésie générale durant la période de l'étude. Les critères d'exclusion sont les chirurgies nécessitant un séjour postopératoire en soins intensifs, les enfants dont le sexe était inconnu, les enfants ou les parents refusant d'indiquer leur groupe racial/ethnique ou appartenant à un autre groupe, les procédures chirurgicales de plus de dix heures, score ASA* > 3 et un service non éligible (radiothérapie, anesthésie, cardiologie, cardiovasculaire et médecine nucléaire). L'échantillon compte 28'113 sujets qui ont été réparti·es selon leur appartenance à un groupe racial/ethnique : Asiatique, Noir, Hispanique, Insulaire du Pacifique et Blanc non-hispanique¹. Ce dernier constitue le groupe témoin et les autres sont comparés individuellement à ce groupe. La race ou l'origine ethnique a été auto-identifiée par les enfants ou leurs parents lors de l'accueil. Les données ont été collectées via l'extraction des données des dossiers médicaux qui incluaient les scores de douleur dans l'unité de soins post-anesthésiques (PACU) ainsi que durant l'hospitalisation, l'administration d'opioïdes, d'antiémétiques et d'antiprurigineux. La douleur a été évaluée à l'aide d'échelles standardisées selon l'âge des enfants :

- l'échelle FLACC*(Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) pour les patients âgés de deux mois à trois ans,
- l'échelle Wong-Baker FACES* pour les patient·es de trois à dix ans,
- l'échelle numérique* pour les patient·es de dix ans et plus.

Cette étude quantitative a analysé séparément les données venant du PACU et celles collectées durant l'hospitalisation. Pour le PACU, des modèles de randomisation aléatoire*

¹ Catégorisation selon les termes de l'article (Rosenbloom et al., 2023).

à deux niveaux ont été utilisés. Pour l'hospitalisation, les mêmes modèles ont été créés, mais à trois niveaux. En effet, trois niveaux ont été nécessaires, car les mesures ont été réalisées plusieurs fois dans le temps. Le temps a donc été défini comme variable catégorielle*. L'interaction avec le groupe ethnique/racial a été testée avec le Likelihood Ratio Test*, lorsque ce test était statistiquement significatif, le logiciel Stata 15* a été utilisé pour prédire les résultats marginaux. Des tests post-hoc* ont été réalisés pour les trois procédures les plus courantes, afin de comprendre comment les estimations pourraient changer dans les sous-groupes selon la procédure. Les logiciels R* (R Core Team, Vienne, Autriche) et Stata 15* (StataCorp LLC, College Station, TX) ont été utilisés.

Les résultats en PACU ont démontré une disparité raciale pour l'administration d'opioïdes, seuls 29,2% des cas ont reçu ces traitements. Les Asiatiques ($p < 0,001$) et les Insulaires du Pacifique ($p = 0,14$) avaient une probabilité plus réduite de recevoir des opioïdes par rapport au groupe témoin des Blancs. Les Hispaniques ($p = 0,11$), quant à eux, avaient une probabilité plus accrue et les Noirs ($p > 0,99$) avaient une probabilité égale. Les antiémétiques ont été administrés dans 3,9% des cas, et les antiprurigineux dans 0,34% des cas. Chaque race/ethnique est associée à une probabilité plus faible de recevoir ces médicaments que les Blancs. Les intervalles de confiance* (IC) incluent la possibilité qu'il n'y ait pas de différence pour les Noirs et les Insulaires du Pacifique pour les antiémétiques. Les résultats durant l'hospitalisation ont montré que les Hispaniques avaient des probabilités plus élevées que le groupe de référence de recevoir des antalgiques, dans les 24 premières heures, ensuite les probabilités étaient plus faibles. Les Asiatiques ($p < 0,001$) recevaient des antiémétiques à des probabilités 60% inférieures que celles des Blancs. Les Hispaniques ($p = 0,011$) avaient 32% moins de chances de bénéficier de traitements antiémétiques que le groupe témoin.

4.1.2 Validité méthodologique

L'étude présente plusieurs limites. Le devis d'étude observationnelle rétrospective* engendre le fait que les données ne fournissent pas toujours des informations détaillées sur chaque cas clinique. Cependant, ce devis peut constituer la base de recherches futures. Un biais* de confusion résiduelle* peut être perçu malgré la rigueur de la méthode de l'étude. De plus, l'impossibilité de réaliser un essai contrôlé randomisé dans le cadre de cette recherche empêche d'établir une relation de causalité* stricte entre les variables* examinées, due à la race et l'ethnicité qui ne peuvent pas être attribuées aléatoirement. Certains résultats présentaient des données manquantes, bien que cela fût rare ($< 1,5\%$) et concernât de façon équitable tous les groupes raciaux/ethniques. Néanmoins, il est possible que certaines données cliniques aient été omises. Les chercheuses et chercheurs ont analysé chaque test individuellement, sans appliquer d'ajustement statistique pour prendre en compte les tests multiples dans l'analyse des résultats, ce qui peut augmenter

le risque d'erreur de type I*. Finalement, l'étude s'est déroulée dans un seul établissement hospitalier, ce qui limite la généralisation des résultats à d'autres institutions de santé.

L'étude présente une rigueur scientifique avec un large échantillon et avec l'utilisation d'une méthode d'analyse statistique robuste. L'emploi de modèles de régression logistique* multiniveaux a permis de limiter les biais* statistiques. L'ajustement des modèles pour les variables* telles que l'âge, la durée de l'intervention et les antécédents médicaux renforce la validité interne des résultats.

4.1.3 Pertinence clinique

Cette étude fournit des éléments précieux sur la gestion de la douleur dans la période postopératoire pédiatrique et sur les éventuelles disparités liées à l'origine ethnique. Les résultats sont pertinents pour la pratique infirmière car ils mettent en évidence l'importance d'avoir une évaluation systématique, rigoureuse et individualisée de la douleur afin de prévenir l'apparition d'inégalités dans la gestion des traitements antalgiques. Comprendre les variations de perception et d'expression de la douleur selon les différents groupes ethniques pourrait optimiser la qualité des soins et garantir une prise en charge équitable.

À propos de la transférabilité des résultats aux soins en Valais, il est important de prendre en compte les différences de contexte. Bien que l'étude ait été réalisée uniquement dans un hôpital aux États-Unis, ses conclusions restent pertinentes pour le système de santé valaisan qui accueille également une population culturellement diversifiée. D'éventuels biais* inconscients et/ou conscients peuvent influencer l'évaluation de la douleur par le personnel soignant et, par conséquent, l'administration des traitements. De ce fait, l'étude favorise le développement d'une approche réflexive des pratiques infirmières en mettant en place des stratégies qui permettraient de réduire les inégalités dans la prise en charge de la douleur. Il serait pertinent d'intégrer des formations sur les biais* cognitifs inconscients durant les cours académiques.

4.2 Étude 2

Alexander, A. L. M., MS, Strohl, A. E. M., MA, Rieder, S. M., PhD, Holl, J. M., MPH, Barber, E. L. M., MS, Alexander, A. L., Strohl, A. E., Rieder, S., Holl, J., & Barber, E. L. (2019). Examining Disparities in Route of Surgery and Postoperative Complications in Black Race and Hysterectomy. *Obstetrics & Gynecology*, 133(1), 6-12. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002990>

4.2.1 Description de l'étude

Cette étude quantitative de cohorte longitudinale* a été réalisée aux États-Unis, dans plusieurs hôpitaux du pays. L'objectif était d'estimer les associations entre la race, la voie d'hystérectomie et les complications postopératoires chez les femmes ayant subi une hystérectomie bénigne.

L'échantillon non probabiliste* comprenait 11'330 patientes blanches et 3'806 patientes noires. Ces femmes ont subi une hystérectomie pour une raison bénigne en 2015, elles ont ensuite donné leur autorisation de participer au « National Surgical Quality Improvement Program » (NSQIP). Ce programme est une base de données spécifique sur les interventions, les données démographiques, les données peropératoires* et postopératoires. L'étude avait pour critère de jugement principal la voie d'hystérectomie choisie : mini-invasive (laparoscopie, vaginale) ou invasive (laparotomie) en lien avec la race des patientes. Les complications, critères secondaires, ont ensuite été classées en majeures (thrombo-embolie, accident vasculaire cérébral, infection sévère, la déhiscence, insuffisance rénale, arrêt cardio-pulmonaire, intubation prolongée et décès) ou mineures (infections superficielles et transfusion sanguine).

Les femmes noires ont été comparées aux femmes blanches. Les comparaisons bivariées ont nécessité l'utilisation de tests t* bilatéraux pour les variables continues*, le test de Kruskal-Wallis* pour les variables* non paramétriques et le test de Pearson χ^2 * pour les variables catégorielles*. Des régressions logistiques binaires ont été employées pour détecter d'éventuels biais* liés à des facteurs cliniques (poids utérin, chirurgie antérieure, comorbidité, âge). Afin de limiter une partie de ces biais*, le poids de l'utérus n'a été pris en compte dans l'analyse que lorsqu'il était inférieur à 250 grammes. Les complications postopératoires étant rares, une correspondance par score de propension* a été utilisée pour créer un équilibre entre les deux groupes.

Les résultats démontrent que dans un premier temps, les patientes noires ont une probabilité plus élevée de subir une hystérectomie invasive (50,1%) que les patientes de référence (22%), résultat qui ne fluctue pas selon le poids de l'utérus. Une procédure invasive augmente le risque de complications postopératoires. Les patientes noires risquent plus de complications majeures (4,1% contre 2,4%, $p < 0,001$) ou mineures (11,4% contre 6,7%, $p < 0,001$) que les patientes blanches. Des facteurs systémiques, comme le fait que les femmes noires reçoivent des soins moins conformes aux protocoles, pourraient expliquer l'augmentation de complications postopératoires. Ainsi, des études plus détaillées sont nécessaires.

4.2.2 Validité méthodologique

La force de l'étude repose sur la fiabilité de ses données. Ces dernières, sélectionnées à partir d'une base de données fiable et précise, ont permis d'identifier les tendances et les associations recherchées. Un échantillon de grande taille a contribué à l'analyse statistique robuste, renforçant ainsi la validité interne de l'étude.

Cependant, il existe un risque de biais* non mesuré. En effet, certains facteurs pourraient ne pas avoir été pris en compte dans l'analyse des probables variables*. Les facteurs individuels, systémiques ou environnementaux susceptibles de prédisposer les femmes

noires à subir une hystérectomie invasive et à avoir plus de complications postopératoires, n'ont pas été inclus dans l'analyse. De plus, la préférence des chirurgien·nes en matière de procédure chirurgicale, les années d'expérience ou même les protocoles d'hystérectomie de chaque hôpital n'ont pas pu être évalués.

4.2.3 Pertinence clinique

L'étude met en évidence des résultats pertinents quant à la prise en charge des femmes à la suite d'une hystérectomie. Au vu des résultats qui attestent un risque accru de chirurgies invasives et de complications postopératoires pour les femmes noires, l'étude recommande de privilégier les chirurgies moins invasives afin de limiter ce risque.

La présence d'un biais* non mesuré, pouvant potentiellement être lié à des facteurs systémiques, soulève une question essentielle : toutes les femmes ne reçoivent-elles pas la même qualité des soins ou le même type d'intervention ? Il est essentiel que les professionnel·les de santé adoptent une posture vigilante face aux potentielles inégalités.

En Valais, la population noire est moins représentée qu'aux États-Unis. Cependant, une probable inégalité dans les soins reçus peut aussi concerner d'autres populations minoritaires présentes dans le canton.

L'étude incite à un questionnement sur une balance des bénéfices et des risques pour le choix de la pratique chirurgicale afin de prévenir autant que possible les complications postopératoires.

4.3 Étude 3

Lasater, K. B., Rosenbaum, P. R., Aiken, L. H., Brooks-Carthon, J. M., Kelz, R. R., Reiter, J. G., Silber, J. H., & McHugh, M. D. (2023). Explaining racial disparities in surgical survival : A tapered match analysis of patient and hospital factors. *BMJ Open*, 13(5). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-066813>

4.3.1 Description de l'étude

Menée aux États-Unis, une étude s'est intéressée aux disparités raciales sur le taux de mortalité à la suite d'une intervention chirurgicale. Cette étude de cohorte rétrospective* multivariée s'est basée sur des données de patient·es de 65,5 ans ou plus dans 571 hôpitaux à deux périodes distinctes : 2003-2005 et 2013-2015.

L'échantillon non probabiliste* de l'étude comprend 6752 sujets noirs² comparés à trois groupes de 6752 sujets blancs sélectionnés durant la première période, et 4964 sujets noirs appariés à trois groupes de 4964 sujets blancs durant la seconde période.

Les données sur les patient·es ont été obtenues de manière rétrospective auprès des « Centres de services Medicare » (assurance publique pour les personnes âgées) et « Medicaid Services » (assurance publique pour les personnes à faibles revenus). Les

² Les termes "noirs" et "blancs" reprennent la terminologie de l'étude source (Lasater et al., 2023).

données des hôpitaux proviennent de l'American Hospital Association Annual Survey, qui a fourni des informations sur la taille des hôpitaux. Le centre du Healthcare Cost Report Information System (HCRIS) a apporté des données sur le statut universitaire des hôpitaux. Et l'enquête RN4CAST-US (enquête nationale sur les ressources en soins infirmiers) a donné des informations sur les ressources infirmières des hôpitaux. Les deux périodes ont été sélectionnées en fonction de la disponibilité des données de l'enquête RN4CAST-US. L'objectif de l'étude est d'évaluer si les facteurs hospitaliers, notamment les ressources infirmières, peuvent expliquer les différences de mortalité chirurgicale entre les sujets noirs et blancs ainsi que l'évolution au fil du temps de ces disparités. L'étude s'intéresse aux taux de mortalité trente jours et un an après l'intervention.

L'appariement des patient·es s'est fait selon un processus en trois étapes :

- sur des variables* démographiques (âge, sexe, état et année de la procédure),
- sur les procédures chirurgicales,
- sur les variables* liées à l'état de santé des patient·es au moment de l'admission (comorbidités, risque de mortalité, admission en urgence, statut de transfert, temps prévu de la procédure).

L'étude utilise une analyse quantitative fondée sur la régression logistique* conditionnelle et sur les tests de McNemar*. Les résultats montrent qu'avant appariement, les sujets noirs présentent plus de comorbidités et un risque de mortalité plus élevé malgré un âge moyen inférieur de 1,5 an. Après l'ajustement, la mortalité à 1 an est significativement plus élevée chez les sujets noirs ($p < 0.001$) (21.45% vs 15.52% pour la première période et 15.87% vs 12.29% lors de la deuxième période). Cependant, elle n'a pas évolué entre les deux périodes étudiées. Une dotation élevée du personnel infirmier est associée à une réduction significative de la mortalité à trente jours (OR 0.60, IC 95% : 0.46-0.78, $p < 0.01$) et à un an (OR 0.77, IC 95% : 0.65-0.92, $p < 0.01$), indépendamment d'autres facteurs hospitaliers.

4.3.2 Validité méthodologique

Cette cohorte rétrospective* multivariée et la méthode d'appariement progressif limitent les biais* méthodologiques, participant ainsi à la rigueur scientifique de l'étude. La méthode de l'étude a permis de contrôler les facteurs pouvant influencer les disparités raciales en chirurgie. Cela renforce la validité interne des résultats. Les données collectées sont fiables, car les chercheuses et chercheurs ont utilisé des sources de données reconnues et officielles. De plus, la méthodologie statistique associée aux analyses bivariées* et aux régressions logistiques multivariées* a identifié les facteurs hospitaliers et démographiques sur la mortalité après une chirurgie. Enfin, l'étude adopte une vision temporelle en analysant deux périodes différentes. Cela a permis d'examiner dans le temps l'évolution des inégalités raciales dans les soins. Cela renforce la crédibilité des résultats qui montrent que malgré les transformations du système de santé, les inégalités persistent.

Cependant, plusieurs biais* potentiels sont présents dans l'étude. L'échantillon est limité aux patient·es âgé·es de 65,5 ans ou plus bénéficiant d'une assurance maladie, en excluant les patient·es plus jeunes ou sans assurance, ce qui soulève la question d'un probable biais* de sélection*. Les résultats seraient potentiellement biaisés, car les sujets dont les données étaient incomplètes ont été exclus.

Enfin, l'étude a intégré les patient·es opéré·es, sans s'interroger sur le fait que les sujets noirs étaient moins fréquemment orientés vers la chirurgie en raison de discriminations. Cela pourrait sous-estimer l'impact réel des disparités raciales.

4.3.3 Pertinence clinique

L'étude montre d'abord que la mortalité postopératoire reste plus élevée chez les personnes issues de minorités. Cette disparité semble fortement corrélée aux ressources infirmières. Lorsque la dotation en personnel soignant qualifié est insuffisante, le risque de décès augmente. En réponse, les auteur·es soulignent qu'une présence suffisante de personnel infirmier, soutenue par une formation continue et un encadrement approprié, est essentielle pour assurer des soins postopératoires de qualité et équitables.

Aux États-Unis, le système de santé diffère de celui de la Suisse. Cependant, l'étude reste pertinente pour le canton du Valais, car la façon dont les soins infirmiers sont réalisés peut influencer les complications postopératoires.

4.4 Étude 4

Grabski, D. F., Vavolizza, R. D., Baumgarten, H. D., Fleming, M. A., Moneme, C., McGahren, E. D., Swanson, J. R., Kabagambe, S. K., & Gander, J. W. (2024). Post-operative Opioid Reduction Protocol Reduces Racial Disparity in Clinical Outcomes in Children. *Journal of Pediatric Surgery*, 59(1), 53-60.
<https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2023.09.030>

4.4.1 Description de l'étude

Aux États-Unis, dans un hôpital universitaire, une étude quantitative non randomisée de cohorte prospective a été réalisée. Son objectif était de déterminer si un protocole clinique était associé à une réduction des disparités raciales dans l'administration d'opioïdes postopératoires et les résultats cliniques associés. Pour ce faire, l'étude s'est déroulée en deux temps : elle s'est concentrée d'abord sur un groupe avant l'implémentation, puis sur un autre groupe après l'implémentation du protocole. Un échantillonnage non probabiliste* réalisé via les dossiers électroniques médicaux a inclus 249 sujets : 117 dans le groupe de pré-intervention et 132 dans le groupe post-intervention. L'étude a inclus tous les enfants ayant subi une chirurgie intra-abdominale et ayant été hospitalisé·es aux soins intensifs néonataux (USIN) ou pédiatriques entre janvier 2011 et janvier 2021, à l'exception de celles et ceux âgé·es de moins d'un an ou né·es avec une anomalie anatomique ou génétique non viable.

Le protocole, implémenté en 2016, se compose de trois points :

1. l'utilisation de l'acétaminophène associée à des opioïdes postopératoires,
2. la proposition de formations sur la gestion de la douleur postopératoire pour les prestataires de soins chirurgicaux, les soins intensifs et le personnel infirmier,
3. la standardisation du fonctionnement de gestion de la douleur postopératoire des équipes d'anesthésie, de chirurgie et des soins intensifs.

Les données étudiées comprenaient l'âge, le poids, le sexe, la race et l'origine ethnique, le score ASA, la dose totale d'analgésiques postopératoires ainsi que les scores des échelles N-PASS* et FLACC*. La durée de séjour postopératoire, les complications postopératoires (infections, insuffisance rénale, mortalité, réadmission inattendue) ont aussi été analysées. Les sujets ont été classés par races³ : « Blancs », « Noirs », « Hispaniques » ou « Asiatiques ». La majorité des sujets appartenait aux catégories « Blancs » et « Noirs », des tests post-hoc* ont donc été réalisés. Les données ont été analysées en deux groupes, ceux-ci étant le groupe pré-intervention et le groupe post-intervention. Une analyse en série temporelle* a permis de suivre l'évolution des variables* avant et après l'intervention. Les données ont été regroupées par une valeur médiane (tous les 6 mois pour les Blancs et Noirs et tous les ans pour les Hispaniques). Par manque de données, les Asiatiques ont été exclus des analyses descriptives. Le test t Student*, le test de Wilcoxon Rank Sum* et le test de Pearson χ^2 * ou le test de Fisher* ont été utilisés pour déterminer la signification statistique. La version 9.4 de SAS (Cary, Caroline du Nord) a été utilisée pour toutes les analyses.

Ces analyses ont démontré qu'avant l'implémentation du protocole, des disparités raciales étaient présentes. En effet, les Noirs (13,1 mg/kg) recevaient six fois plus d'opioïdes que les Blancs (2,1 mg/kg) dans la période postopératoire ($p = 0,0352$). Les durées de séjour postopératoires étaient plus longues pour les Noirs que pour les Blancs (23 jours contre 10,5 jours, $p = 0,025$). Les taux de réopérations postopératoires non planifiées étaient plus élevés chez les Noirs (22,2%) que chez les Blancs (3,8%).

La mise en place du protocole a immédiatement mis en évidence une réduction de 97,9% ($p < 0,001$) de l'administration d'opioïdes postopératoires pour toutes les catégories, mais principalement chez les Noirs. Cependant, aucun changement n'a été observé sur les scores N-PASS* et FLACC*.

4.4.2 Validité méthodologique

Pour identifier les corrélations liées à la mise en place du protocole clinique, les chercheuses et chercheurs se sont basés sur une comparaison entre les deux groupes.

³ Les termes reprennent la terminologie de l'étude source (Grabski et al., 2024).

Cette méthode permet de mettre en évidence un lien de causalité*, participant alors à la validité interne de l'étude.

L'étude présente plusieurs limites, la première était qu'un seul établissement a été analysé. Dans ce cas, une causalité* ne peut être déterminée. Cependant, selon l'analyse en série chronologique, le changement a été immédiat après l'implémentation du protocole, ce qui peut être considéré comme une preuve de causalité*. L'échantillon qui était large et hétérogène, a permis de démontrer la robustesse du protocole clinique, mais cela limite la capacité à stratifier différentes variables* (maladies, risques par race). Enfin, le personnel infirmier qui a évalué les scores de douleur était conscient que l'objectif de l'étude était de diminuer l'administration d'opioïdes ; ce qui a pu influencer leurs évaluations infirmières.

4.4.3 Pertinence clinique

L'étude décrit la mise en œuvre d'un protocole clinique de réduction des opioïdes postopératoires chez les enfants qui repose sur les trois points mentionnés précédemment. Elle met en évidence des disparités raciales dans la prise en charge postopératoire des enfants. Bien que le protocole n'ait pas été conçu pour cibler explicitement les disparités raciales, son utilisation s'est accompagnée d'une disparition des écarts observés avant intervention.

Grâce à sa simplicité et à sa reproductibilité, ce protocole constitue une piste concrète pour favoriser une prise en charge postopératoire plus équitable dans d'autres services pédiatriques. Le protocole clinique pourrait être applicable dans les services de soins pédiatriques du Valais. Pour cela, une expertise plus approfondie de la situation valaisanne sur la gestion des antidouleurs serait un atout. Néanmoins, un protocole visant à diminuer l'administration d'opioïdes sans pour autant augmenter le score de douleur et améliorant d'autres facteurs postopératoires ne peut être que bénéfique.

4.5 Étude 5

Zhu, T., Baker, Z. G., Trabold, M., Kelley-Quon, L. I., Basin, M. F., Vazirani, R., Chen, J., & Kokorowski, P. J. (2024). Sociodemographic differences in opioid use and recovery following ambulatory pediatric urologic procedures. *Journal of Child Health Care*, 28(2), 291-301. <https://doi.org/10.1177/13674935221124738>

4.5.1 Description de l'étude

Cette étude rétrospective* observationnelle a été menée aux États-Unis, dans un hôpital pédiatrique urbain, plus précisément au Children's Hospital Los Angeles. Cette recherche s'intéresse aux enfants ayant bénéficié d'une intervention urologique ambulatoire entre 2013 et 2017. L'étude cherche à comprendre comment l'impact des facteurs sociodémographiques (race/ethnicité, langue principale parlée par les parents, type d'assurance médicale et revenu médian du ménage) influence la durée d'utilisation des opioïdes postopératoires et le temps de récupération après l'intervention.

Un échantillonnage non probabiliste* et basé sur des critères d'inclusion et d'exclusion a permis de sélectionner un échantillon de 831 enfants parmi les 1257 cas initiaux.

Les critères d'inclusion concernaient les enfants de plus de six mois ayant bénéficié d'une intervention urologique ambulatoire accompagnée d'un suivi postopératoire documenté. En revanche, les enfants présentant des comorbidités majeures pouvant influencer la douleur postopératoire, les enfants n'ayant pas de suivi postopératoire ainsi que celles et ceux dont les dossiers ne comportaient pas de données sur l'utilisation des opioïdes ou le temps de récupération, ont été écarté·es.

La collecte des données a été effectuée rétrospectivement à partir des dossiers médicaux électroniques. Deux examinateurs indépendants ont extrait les informations, notamment la durée d'utilisation des opioïdes et la récupération post-opératoire. Ces données incluent également la période qui a suivi la sortie de l'hôpital, puisque les informations ont été recueillies à travers deux questions posées aux parents lors du suivi postopératoire : « combien de jours votre enfant a-t-il pris des médicaments opioïdes contre la douleur après l'intervention ? » et « combien de jours ont été nécessaires avant que votre enfant se sente et agisse comme d'habitude ? »⁴.

L'étude repose sur une analyse quantitative avec un traitement des données par des modèles de régression binomiale négative* permettant d'évaluer l'association entre les facteurs sociodémographiques et les résultats post-opératoires tout en prenant en compte la distribution asymétrique des données. Une régression logistique* binaire a également été utilisée pour comparer la probabilité d'une utilisation d'opioïdes (≥ 1 jour vs 0 jour). Les résultats ont été ajustés pour les variables* comme l'âge des enfants et le type de procédure chirurgicale. L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel SAS version 9.4. Les résultats de l'analyse statistique ont été interprétés en se basant sur un seuil classique de significativité ($p < 0,05$) et en vérifiant la précision des estimations à l'aide d'intervalles de confiance* à 95%. Les principaux résultats montrent que les enfants dont les parents ne parlent pas l'anglais ont pris des opioïdes 26,5% plus longtemps (95% IC: 11.4–41.7%) et ont eu une récupération 27,8% (95% IC: 8.1–51.0%) plus longue que celles et ceux dont les parents parlent l'anglais. De plus, les enfants hispaniques ont utilisé des opioïdes 27,5% (95% IC: 0.1–54.8%) plus longtemps que les enfants blancs⁵ non hispaniques. Ceux bénéficiant d'une assurance publique ont pris des opioïdes 47,6% (95% IC: 5.0–107.4%) plus longtemps que les enfants ayant une assurance privée. Ainsi, l'étude met en évidence des disparités significatives dans la gestion de la douleur postopératoire selon les facteurs sociodémographiques.

⁴ Traduction libre des auteures.

⁵ Les termes reprennent la terminologie de l'étude source (Zhu et al., 2024).

En conclusion, cette étude met en avant l'importance de mettre en place des stratégies adaptées pour réduire les inégalités d'accès aux soins en incluant une meilleure communication avec les familles non anglophones, une prise en compte des disparités ethniques et une meilleure gestion de la douleur postopératoire chez les enfants.

4.5.2 Validité méthodologique

Afin de conduire cette recherche, les auteur·es ont adopté une démarche méthodologique faisant appel à plusieurs modèles statistiques, dont la régression binomiale négative* et la régression logistique* binaire. Les analyses pour des variables* confondantes, comme l'âge des enfants et le type d'intervention ont été ajustées, ce qui renforce la validité interne et limite les biais* méthodologiques.

Malgré cela, plusieurs limites ont été identifiées. Le biais* de rappel lié aux déclarations des parents lors des entretiens peut modifier la précision des données, notamment en ce qui concerne la durée d'utilisation des opioïdes. De plus, l'étude ne prend pas en compte le nombre exact de doses administrées, ce qui limite l'évaluation de la consommation réelle. D'autre part, un biais* d'interprétation peut être présent car l'estimation du revenu familial a été faite selon le quartier dans lequel vivent les familles. Par ailleurs, 34% des sujets ont été exclus en raison d'un manque de suivi, bien que les auteur·es aient évoqué n'avoir relevé de différences sociodémographiques significatives entre les groupes inclus et exclus. Enfin, la généralisation des résultats reste limitée, puisque l'étude a été conduite par un seul chirurgien dans un établissement unique, malgré le fait que cela ait permis une pratique homogène. De plus, les données datent de 2013 à 2017 et pourraient ne pas refléter les pratiques actuelles. Néanmoins, l'étude apporte des résultats significatifs et illustre des inégalités sociodémographiques dans la prise en charge de la douleur après une intervention chirurgicale.

4.5.3 Pertinence clinique

Les résultats de l'étude apportent des informations importantes pour améliorer la prise en charge clinique. Les auteur·es mettent en évidence des facteurs sociodémographiques affectant l'usage des opioïdes et la durée de rétablissement, ce qui permet d'adapter la gestion de la douleur aux profils sociodémographiques des enfants.

En Valais où plusieurs langues et profils socio-économiques variés se côtoient, ces résultats sont d'une grande pertinence. Même si la population noire y est moins représentée qu'aux États-Unis, d'autres minorités peuvent aussi être concernées par des inégalités dans l'accès aux soins ou la prise en charge postopératoire. Faciliter la communication entre soignant·es et patient·es, notamment via des interprètes ou des outils pédagogiques mieux adaptés, pourrait améliorer la compréhension des traitements et favoriser un rétablissement plus rapide et efficace.

4.6 Étude 6

Opara, O. A., Narayanan, R., Issa, T., Tarawneh, O. H., Lee, Y., Patrizio, H. A., Glover, A., Brown, B., McCormick, C., Kurd, M. F., Kaye, I. D., Canseco, J. A., Hilibrand, A. S., Vaccaro, A. R., Kepler, C. K., & Schroeder, G. D. (2025). Socioeconomic Status Impacts Length of Stay and Nonhome Discharge Disposition After Posterior Cervical Decompression and Fusion. *Spine*, 50(2), E22.
<https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000005125>

4.6.1 Description de l'étude

Cette étude de cohorte rétrospective*, basée aux États-Unis dans un centre universitaire de Philadelphie, explore comment le statut socio-économique peut influencer la récupération des patient·es après une décompression cervicale postérieure et fusion (PCDF), intervention pratiquée pour traiter la myélopathie cervicale spondylotique. Son objectif principal est de déterminer comment les différences socio-économiques affectent la durée de séjour et la décision de sortie (domicile, orientation vers un centre de réadaptation ou un établissement de soins). En exposant ces différences de soins, l'étude cherche également à découvrir quelles interventions peuvent être utilisées pour rendre les soins postopératoires plus équitables. L'échantillon est composé de 554 sujets opérés entre 2017 et 2022, recrutés rétrospectivement à partir des dossiers médicaux électroniques. L'échantillonnage est basé sur le Distressed Communities Index (DCI), un indicateur socio-économique qui évalue le désavantage économique des différentes communautés aux États-Unis. Il est composé de scores basés sur sept indicateurs : le nombre de personnes sans diplôme d'études secondaires, le nombre de logements inoccupés, le nombre de personnes ne travaillant pas, le revenu des ménages inférieur au seuil de pauvreté, le revenu médian des codes postaux comparé au revenu moyen de l'état, l'évolution du nombre d'emplois et l'évolution du nombre d'établissements commerciaux. L'étude a classé les communautés en cinq quintiles selon leur niveau socio-économique : Q1 (prospère), Q2 (confortable), Q3 (intermédiaire), Q4 (à risque) et Q5 (défavorisé). Les quintiles Q4 et Q5 ont été fusionnés pour l'analyse en raison du faible nombre de patient·es. Certains sujets ont été exclus de l'étude, notamment celles et ceux âgés de moins de 18 ans, ceux sans adresse enregistrée, ainsi que celles et ceux ayant subi une intervention combinée antérieure et postérieure ou une chirurgie pour cause de traumatisme, d'infection ou de tumeur. Les données ont été collectées à partir des dossiers médicaux et comprenaient les caractéristiques des patient·es (âge, sexe, état civil, IMC, comorbidités), les données chirurgicales (durée opératoire, niveaux fusionnés/décompressés) et les résultats postopératoires (durée de séjour, complications, réadmissions à 90 jours, décision de sortie). L'étude utilise une méthode d'analyse quantitative, qui combine des analyses bivariées (ANOVA*, test de Pearson χ^2 *, Tests t de Student) et des régressions logistiques* multivariées.

Les résultats montrent que les sujets des communautés défavorisées ont une hospitalisation plus longue (6,24 jours contre 3,92 jours pour les sujets prospères, $p = 0,006$) et qu'il est moins probable qu'ils ou elles rentrent directement à domicile (37,3% contre 56,4%, $p < 0,001$). Ces sujets sont fréquemment redirigé·es vers des centres de réadaptation (IPR : 24,0%) ou vers des établissements de soins (SNF : 18,7%). En revanche, il n'y a pas de différences importantes dans les taux de réadmission à 90 jours ou les taux d'opération de révision à un an. Ces résultats montrent l'importance de prendre en compte le statut socio-économique dans la prise en charge des patient·es afin d'améliorer la qualité des soins et réduire les inégalités d'accès aux soins.

4.6.2 Validité méthodologique

L'étude repose sur une méthodologie scientifique rigoureuse se manifestant notamment par l'inclusion d'un échantillon de 554 sujets opéré·es entre 2017 et 2022. Son principal avantage est l'intégration du DCI comme indicateur global du statut socio-économique, ce qui permet d'analyser les disparités de manière plus précise qu'avec des critères isolés comme l'ethnie/race ou le niveau d'éducation. De plus, la méthodologie statistique (analyses bivariées et régressions logistiques multivariées) permet d'évaluer l'impact du statut socio-économique sur les résultats postopératoires. L'approbation par un comité de révision institutionnel et l'absence déclarée de conflits d'intérêts renforcent la validité interne de l'étude.

Cependant, plusieurs biais* méthodologiques peuvent limiter la généralisation des résultats. L'étude est monocentrique, menée dans un centre universitaire tertiaire aux États-Unis, ce qui réduit la validité externe et complique son application à d'autres contextes hospitaliers ou à des systèmes de santé différents. Par ailleurs, bien que la prise en charge des patient·es ait nécessairement impliqué du personnel soignant, l'étude n'évalue ni les actions de ce dernier, ni leur impact sur les résultats observés. De plus, l'exclusion des patient·es sans adresse enregistrée crée un biais* de sélection*, sous-estimant potentiellement l'impact du statut socio-économique, notamment chez les populations les plus vulnérables comme les sans-abris.

4.6.3 Pertinence clinique

Cette étude met en évidence l'impact du statut socio-économique sur la récupération postopératoire, soulignant l'importance d'identifier les patient·es vulnérables pour anticiper leurs besoins. Dans la pratique infirmière, l'intégration de ces facteurs permet d'adapter l'éducation thérapeutique et la planification de sortie, favorisant ainsi une continuité des soins et la prévention des complications.

Bien que menée aux États-Unis où le système de santé ne fonctionne pas comme en Suisse, cette recherche soulève des enjeux présents également en Valais, où des

disparités socio-économiques peuvent aussi influencer la prise en charge. L'adoption d'outils d'évaluation socio-économique similaires au DCI pourrait permettre un repérage plus précis des personnes à risque et une prise en charge mieux adaptée.

4.7 Synthèse des principaux résultats

Après l'analyse des six études sélectionnées, la synthèse des principaux résultats a pour objectif d'apporter des éléments de réponse à la question de recherche : « chez les populations minoritaires hospitalisées en chirurgie, les préjugés et les stéréotypes des soignant·es ont-ils un impact sur les complications postopératoires ? ».

Toutes les études identifient des disparités significatives dans la prise en charge postopératoire des populations minoritaires pouvant être expliquées par des phénomènes comme les stéréotypes et les préjugés. Les six études se sont concentrées sur des populations minoritaires aux profils variés, notamment l'origine ethnique, le statut économique, la langue parlée et les caractéristiques sociodémographiques. Enfants, femmes et hommes issus de ces minorités ont tous été concernés par les disparités identifiées.

Pour commencer, la communication constitue un élément-clé dans la qualité de la prise en charge des patient·es. Des études montrent que les sujets, allophones, confronté·es à une barrière linguistique, ont tendance à séjourner plus longtemps à l'hôpital que ceux parlant la langue du soignant. De plus, ces personnes soignées présentent une récupération postopératoire plus longue et ont tendance à recevoir des quantités plus élevées d'opioïdes. Tous ces éléments soulignent l'impact de la barrière linguistique sur la qualité des soins, notamment en raison de la difficulté pour les soignant·es à comprendre pleinement les besoins et les symptômes des patient·es (Zhu et al., 2024).

Ensuite, des disparités raciales ont été objectivées dans différents aspects postopératoires, notamment dans l'administration d'antalgiques, le choix d'interventions chirurgicales, la durée d'hospitalisation, ainsi qu'un taux de réopération plus important pour certaines minorités. Le type d'assurance (publique ou privée) et le statut socio-économique démontrent également une disparité dans la prise en charge après une chirurgie. Ces inégalités suggèrent une compétence culturelle insuffisante de la part du personnel soignant. Ainsi, cela peut engendrer des complications postopératoires et altérer la qualité des soins (Alexander et al., 2019; Rosenbloom et al., 2023; Grabski et al., 2024; Zhu et al., 2024; Opara et al., 2025).

Enfin, une dotation infirmière plus importante est associée à une diminution du taux de mortalité postopératoire. Les institutions de santé ont donc un rôle central à jouer. Elles

doivent fournir un soutien adéquat au personnel soignant, proposer des formations continues pour garantir des soins de qualité et équitables. La mise en place de protocoles pour la gestion de la douleur postopératoire constitue une mesure pertinente pour réduire les inégalités (Lasater et al., 2023; Grabski et al., 2024).

5 Discussion

Dans l'objectif de confirmer les résultats des articles retenus, ceux-ci seront comparés à d'autres études non primaires, telles que des revues systématiques*, méta-synthèses* et méta-analyses*, dans un premier temps. Dans un second temps, la qualité des évidences sera analysée. Dans un dernier temps, les forces et limites de la revue de littérature seront discutées.

5.1 Discussion des résultats

Les résultats obtenus après l'analyse des articles retenus mettent en évidence une prise en charge soignante qui n'est pas la même en fonction des différentes populations minoritaires. Ces résultats sous-entendent que les biais implicites, tels que les préjugés et stéréotypes, peuvent contribuer à des inégalités de prise en charge. En effet, les disparités observées dans la gestion de la douleur, les taux de mortalité et le choix de la voie chirurgicale montrent que les patient·es provenant de minorités ne bénéficient pas toujours d'une prise en charge équivalente à celle des autres groupes.

La méta-analyse* de Skorocho et al. (2024) confirme les résultats déjà obtenus. Elle porte sur 13 études et démontre une disparité raciale dans les résultats postopératoires. En effet, les sujets non-blancs ont une probabilité plus élevée d'événements indésirables après une chirurgie que les sujets blancs. Ces événements concernent la mortalité, l'aggravation des pathologies préexistantes et l'augmentation de réinterventions chirurgicales. Cela engendre aussi un impact négatif sur la satisfaction des patient·es.

Les résultats de la méta-analyse* mettent en évidence l'influence complexe des facteurs institutionnels et structurels dans la persistance des inégalités de soins. Par exemple, une dotation en personnel infirmier insuffisante, particulièrement dans les établissements accueillant majoritairement des patient·es provenant de minorités, a été associée à une mortalité postopératoire plus élevée.

Cette méta-analyse* met en lumière qu'une insuffisance de compétence culturelle au sein d'une institution de santé engendre des disparités raciales. Lorsqu'elle est insuffisante, elle conduit à des préjugés implicites de la part des soignant·es et entraîne des disparités dans les complications postopératoires.

Une revue systématique* publiée par Chauhan et al. (2020), examine la façon dont les patient·es provenant de minorités ethniques peuvent être exposé·es à des événements indésirables liés à la sécurité des soins en raison de divers facteurs individuels,

organisationnels ou systémiques. La revue systématique* a mis en évidence que les patient·es provenant de minorités ethniques sont particulièrement vulnérables à des incidents tels que des erreurs de médication, des complications postopératoires ou des infections nosocomiales.

Ces événements sont fréquemment attribués à une communication inadéquate entre soignant·es et patient·es, à l'absence de services d'interprétation, à une formation insuffisante du personnel en matière de compétence culturelle, ainsi qu'à une faible représentation des minorités dans les processus décisionnels cliniques. Des dysfonctionnements organisationnels, tels que la sous-dotation en ressources humaines et matérielles peuvent en être également la cause ou accentuer les inégalités existantes et compromettre la sécurité des soins. Ces résultats confirment ceux de la méta-analyse* de Skorochood et al. (2024).

Les résultats de la méta-analyse* de Sumbal et al. (2024), ciblant l'arthroplastie de l'épaule, confirment encore une fois l'existence de disparités raciales dans les complications postopératoires. Cette revue systématique* regroupe 15 études rétrospectives et montre que les sujets noirs présentent un risque significativement plus élevé de complications après une chirurgie de l'épaule par rapport aux sujets blancs. Les complications observées sont notamment une durée d'hospitalisation prolongée, un besoin amplifié de transfusion sanguine, un risque de sepsis et de thromboembolie veineuse ainsi qu'une sortie plus fréquente vers un établissement de soins et moins fréquente vers le domicile.

Chez les sujets hispaniques, aucun risque accru de complications globales n'a été relevé en comparaison avec sujets blancs. Cependant, un risque significativement plus élevé de transfusion sanguine a été mis en évidence, ce qui soulève la question d'une évaluation différente des risques selon les minorités.

5.2 Discussion de la qualité des évidences

Cette revue de la littérature analyse six études quantitatives, ayant toutes un niveau de grade B (annexe IV) (Haute Autorité de santé, 2013). Parmi celles-ci, cinq présentent un niveau de preuve V selon la hiérarchie des niveaux de preuve (annexe IV) (Fortin & Gagnon, 2022). Elles s'appuient sur des devis quantitatifs de cohorte ou observationnels (Alexander et al., 2019; Lasater et al., 2023; Rosenbloom et al., 2023; Zhu et al., 2024; Opara et al., 2025).

Une de ces études, réalisée par Grabski et al. (2024), atteint un niveau de preuve III, car elle repose sur un devis de cohorte non randomisé avec groupe témoin et permet de mesurer l'effet d'une intervention en comparant les résultats avant et après celle-ci (Fortin & Gagnon, 2022). Ce type de devis est particulièrement intéressant pour analyser l'effet d'une intervention. Il permet ainsi d'augmenter la validité externe.

Bien que les tailles des échantillons diffèrent entre les études, toutes ont eu un échantillonnage non probabiliste, avec des tailles d'échantillons importants. De plus, les critères d'inclusion et d'exclusion sont précisés dans chaque étude, ce qui renforce la transparence dans la sélection des participants. Cela participe donc à la transférabilité des données.

Par ailleurs, bien que les méthodologies varient légèrement d'une étude à l'autre, leurs résultats convergent globalement. Cette cohérence entre les résultats des différentes études renforce l'ensemble des données analysées et appuie les conclusions de cette revue de la littérature.

Toutes les études sélectionnées mentionnent avoir reçu l'approbation d'un comité d'éthique et déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts (Alexander et al., 2019; Lasater et al., 2023; Rosenbloom et al., 2023; Grabski et al., 2024; Zhu et al., 2024; Opara et al., 2025).

5.3 Forces et limites de la revue de la littérature

Les résultats des études sélectionnées apportent des informations utiles et pertinentes, tant pour la population cible que pour le contexte des soins. Les résultats restent généraux, mais trois axes principaux ressortent et pourraient permettre de réduire les disparités : la communication, l'organisation institutionnelle et la compétence culturelle. Une autre force de cette revue est la rigueur et la transparence dans la méthode de recherche. Les critères de sélection sont mentionnés et les mots-clés utilisés pour les différentes bases de recherche sont explicitement définis. Cela participe à la reconduction du processus de recherche. L'utilisation du diagramme de flux PRISMA dans le processus de sélection des études contribue à renforcer la traçabilité et la fiabilité des preuves choisies pour la revue de la littérature (Page et al., 2021). Les niveaux de preuve des articles retenus, variant entre III et V, offrent une base d'analyse relativement fiable.

Cependant, cette revue comporte plusieurs limites méthodologiques. Tout d'abord, les six études analysées ont toutes été menées aux États-Unis. Par conséquent, les résultats ne reflètent pas nécessairement la réalité démographique des populations minoritaires de la Suisse. Les systèmes de soins américains et suisses sont radicalement différents en termes de financement et d'accès aux soins. Ces limitations dues au contexte peuvent affecter la transférabilité des résultats et réduire la validité externe de la revue de littérature en négligeant les contextes locaux. De plus, la recherche documentaire est basée sur seulement trois bases de données. Cette restriction limite l'exhaustivité du repérage des publications pertinentes, ce qui pourrait entraîner l'exclusion involontaire d'articles importants pour la question de recherche.

6 Conclusion

6.1 Propositions pour la pratique

Afin d'améliorer la qualité et l'équité des soins dans un contexte de multiculturalité croissante, plusieurs actions concrètes peuvent être envisagées dans les milieux de soins valaisans et suisses. Ces propositions s'appuient à la fois sur les trois axes principaux identifiés : communication, organisation institutionnelle et compétence culturelle ainsi que sur les quatre concepts du métaparadigme infirmier de Fawcett (1984), qui permettent d'assurer une prise en charge globale et adaptée aux besoins actuels.

Tout d'abord, le concept de « personne » souligne l'unicité du patient. Face à la diversité culturelle, il est important d'être attentif à l'impact des stéréotypes, préjugés et biais implicites. À cet égard, la première mesure consiste à inclure des modules thématiques dans la planification de la formation continue, contenant des cas cliniques du contexte valaisan. Ces sessions aideront à améliorer les compétences de communication interculturelle et à promouvoir une approche centrée sur la personne (Lasater et al., 2023; Zhu et al., 2024).

Ensuite, le concept de « santé », perçu différemment selon les cultures, implique une prise en compte des représentations et des besoins en rapport avec la maladie ou la douleur. La mise en place d'un protocole pour la gestion de la douleur comme proposé par Grabski et al. (2024), permettrait de mieux adapter les traitements postopératoires, de garantir une administration équitable des antalgiques et d'assurer une évaluation individualisée des symptômes (Grabski et al., 2024). Le concept « d'environnement » concerne les ressources matérielles et humaines dans lesquelles les soins sont prodigués. Pour garantir une communication efficace avec chaque patient·e, il est essentiel d'assurer la présence d'interprètes professionnels dans les différents services hospitaliers, y compris les services chirurgicaux. Cela permettrait de réduire les erreurs, d'améliorer la relation thérapeutique et d'augmenter la sécurité des soins (Chauhan et al., 2020; Zhu et al., 2024).

Enfin, le concept de « soins » renvoie à l'action même des soignant·es, influencée par la compréhension du contexte culturel du ou de la patient·e. Systématiser les évaluations cliniques à l'aide d'outils et prendre en compte la dimension culturelle grâce au modèle de Campinha-Bacote permettrait de cerner les besoins spécifiques des patient·es provenant de minorités et d'ajuster les interventions en conséquence. De plus, encourager une approche réflexive au sein des équipes infirmières via des discussions de pratique, du mentorat ou des groupes de parole permettrait de renforcer la compétence culturelle infirmière (Caminha-Bacote, 2002; Rosenbloom et al., 2023).

En résumé, ces propositions cherchent à garantir une pratique infirmière respectueuse de la diversité, en misant sur la formation des professionnel·les et sur un meilleur soutien institutionnel pour construire un système de soins plus juste et plus inclusif.

6.2 Propositions pour la formation

La formation du personnel de santé au développement des compétences culturelles est nécessaire afin d'améliorer sa capacité à offrir des soins adaptés, inclusifs et de qualité. Au regard des études scientifiques analysées dans ce travail, deux priorités se distinguent clairement pour la formation Bachelor de la Haute École de Santé de la HES-SO Valais-Wallis. La première serait d'introduire un module transversal sur les biais* cognitifs inconscients, afin que chaque personne en formation développe non seulement une meilleure compréhension des données scientifiques, mais aussi une connaissance de soi qui lui permettrait d'identifier et de neutraliser ses propres préjugés au sein des pratiques cliniques. La seconde serait de renforcer systématiquement la communication avec les patient·es allophones, en enseignant, avec des méthodes qui se concentrent sur la traduction orale, la compréhension de la santé dans plusieurs langues et l'ouverture aux différentes cultures, en incluant également l'utilisation d'interprètes professionnels et d'outils technologiques tels que des applications de traduction adaptées au contexte médical. Ces propositions visent à former des diplômés capables de dispenser des soins inclusifs, éthiques et de haute qualité, tout en répondant aux priorités stratégiques 2025-2028 de la HEdS Valais qui s'inscrivent donc dans la perspective multisite et multilingue des Hautes Écoles Spécialisées en Suisse. (Haute École de Santé, 2024).

6.3 Propositions pour la recherche

Après l'analyse des différents articles sélectionnés pour cette revue de la littérature, des pistes pour la recherche ont été abordées. Voici des propositions pour la recherche :

- Mener de nouvelles recherches qualitatives et quantitatives sur les expériences vécues par les infirmier·ères et les patient·es, afin de cerner leurs besoins et leurs ressentis.
- Déterminer si les disparités observées aux États-Unis se manifestent également dans le contexte suisse.
- Explorer les causes des disparités observées dans la gestion de la douleur postopératoire, afin de déterminer si elles sont liées à des différences culturelles ou à des préjugés inconscients (Rosenbloom et al., 2023).
- Identifier les facteurs systémiques et structurels (accès aux soins, biais implicites, qualité des soins reçus, choix du ou de la chirurgien·ne, localisation géographique) associés à une plus grande incidence de complications post-opératoires dans certains groupes ethnoculturels (Alexander et al., 2019).

7 Liste des références

- Alexander, A. L. M., MS, Strohl, A. E. M., MA, Rieder, S. M., PhD, Holl, J. M., MPH, Barber, E. L. M., MS, Alexander, A. L., Strohl, A. E., Rieder, S., Holl, J., & Barber, E. L. (2019). Examining Disparities in Route of Surgery and Postoperative Complications in Black Race and Hysterectomy. *Obstetrics & Gynecology*, 133(1), 6-12. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002990>
- ALS. (2022). *What is Post-Hoc Analysis in a Clinical Trial?* ALS Therapy Development Institute. <https://www.als.net/news/what-is-post-hoc-analysis-in-a-clinical-trial/>
- American Society of Anesthesiologists. (2020, décembre 13). *Statement on ASA Physical Status Classification System*. <https://www.asahq.org/standards-and-practice-parameters/statement-on-asa-physical-status-classification-system>
- Andreae, D. A., Massand, S., & Dellasega, C. (2024). The physician experience of patient to provider prejudice (PPTP). *Frontiers in Public Health*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1304107>
- Bertaux, A., Alameda, B., Tataw, J., & Kenfak, A. (2020). Effet tunnel en contexte d'épidémie. *Rev Med Suisse*, 718, 2392-2396.
- Bezzola, P., & Hochreutener, M.-A. (2011). Sécurité de la chirurgie en Suisse. *Bulletin des médecins suisses*.
- Bouyssou, D., & Sanver, M. R. (2022). Simple but Powerful Models of Stereotype Formation. *Revue Économique*, 73(6), 1055-1068. <https://doi.org/10.3917/reco.736.1055>
- Cachemaille, M., & Blanc, C. (2016). Douleur chronique postopératoire. *Rev Med Suisse*, 524, 1225-1229.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services : A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>

- Capers, Q. (2020). How Clinicians and Educators Can Mitigate Implicit Bias in Patient Care and Candidate Selection in Medical Education. *ATS Scholar*, 1(3), 211-217. <https://doi.org/10.34197/ats-scholar.2020-0024PS>
- Chauhan, A., Walton, M., Manias, E., Walpola, R. L., Seale, H., Latanik, M., Leone, D., Mears, S., & Harrison, R. (2020). The safety of health care for ethnic minority patients : A systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 118. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01223-2>
- Commission fédérale contre le racisme. (2020). *CFR : TANGRAM 44—Catégorisation, stéréotypes et préjugés en psychologie sociale*. <https://www.ekr.admin.ch/publications/f557.html>
- Conseil International des Infirmières. (2021). *CODE DÉONTOLOGIQUE DU CII POUR LA PROFESSION INFIRMIÈRE*. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_Code-of-Ethics_FR_WEB.pdf
- Cornet, A., Matamba, P., & Tomat, C. (2020). Vingt ans de médiation interculturelle en milieu hospitalier : Le temps de dresser un bilan. *Management & Sciences Sociales*, 29(2), 73-90. <https://doi.org/10.3917/mss.029.0073>
- Définitions—Humanrights.ch. (2022, octobre 12). <https://www.humanrights.ch/fr/pfi/droits-humains/racisme/dossier/definitions>
- DeVito, J., Chassé, G., & Vézeau, C. (2019). *La communication interpersonnelle* (4e édition). ERPI.
- Direction des soins infirmiers et de la santé physique. (2022). *Évaluation de la douleur*. https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/Aproposdenous/Partenaires/Outils-cliniques-milieus/RSI_evaluation-douleur.pdf
- Donnard, G., & Jung, J. (2017). Quand les discriminations interrogent les pratiques des professionnels-les de santé ? *Cahiers de la LCD*, 5(3), 111-130. <https://doi.org/10.3917/clcd.005.0111>

- Durieux-Paillard, S., & Loutan, L. (2005). Diversité culturelle et stéréotypes : La pratique médicale est aussi concernée. *Rev Med Suisse*, 034, 2208-2213.
- Edrom, J., Guérin, R., Griot, W., Smolovic, K., & Villard, F. (2018). Pour un usage du stéréotype en Histoire. *Hypothèses*, 21(1), 93-102.
<https://doi.org/10.3917/hyp.171.0093>
- European Union Agency for Fundamental Rights (Éd.). (2017). *Second European Union minorities and discrimination survey : Main results*. Publications Office.
<https://doi.org/10.2811/902610>
- Fawcett, J. (1984). The Metaparadigm of Nursing : Present Status and Future Refinements. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 84-87.
<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1984.tb01393.x>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Gaetan Morin Cheneliere Education.
- Fourati, M. (2025). *Etude de la confusion résiduelle et erreur de mesure dans des modèles de régression*. https://central.bac-lac.gc.ca/.item?id=TC-QSHERU-11143_6983&op=pdf&app=Library&is_thesis=1&oclc_number=1032931005#:~:text=La%20confusion%20r%C3%A9siduelle%20peut%20%C3%AAtre,rapport%20aux%20variables%20de%20confusion.
- Gasperoni, M. (2021). Comment désigner les juifs pour écrire leur histoire ? Réflexions sur l'usage des catégories à travers l'exemple des populations juives d'Italie à l'époque moderne: *Histoire, économie & société*, 40e année(2), 26-46.
<https://doi.org/10.3917/hes.212.0026>
- Gouvernement du Canada. (2021, septembre 2). *4.2 Types de variables*.
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/edu/power-pouvoir/ch8/5214817-fra.htm>
- Grabski, D. F., Vavolizza, R. D., Baumgarten, H. D., Fleming, M. A., Moneme, C., McGahren, E. D., Swanson, J. R., Kabagambe, S. K., & Gander, J. W. (2024). Post-operative Opioid Reduction Protocol Reduces Racial Disparity in Clinical

Outcomes in Children. *Journal of Pediatric Surgery*, 59(1), 53-60.

<https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2023.09.030>

Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. (2019). *La notion de minorité : Définition utilisée dans le cadre du mandat*. OHCHR.

<https://www.ohchr.org/fr/special-procedures/sr-minority-issues/concept-minority-mandate-definition>

Haute Autorité de santé. (2013). *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf

Haute Ecole de Santé. (2024). *PLAN DE DÉVELOPPEMENT HAUTE ECOLE DE SANTÉ POUR 2025-2028* (p. 28). <https://www.hevs.ch/media/document/22/04-plan-de-developpement-strategique-2025-2028-haute-ecole-de-sante.pdf>

Hôpitaux Universitaires de Genève. (2016a). *Echelle FLACC*.

https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/reseau_douleur_/documents/echele_flacc_modifiee_polyhandicap_utilisation.pdf

Hôpitaux Universitaires de Genève. (2016b). *Echelle numérique de la douleur*.

https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/reseau_douleur_/documents/le-bon-outil/echelle_numerique_utilisation.pdf

Hostettler, S., & Kraft, E. (2024). Statistique médicale 2023 : 40 % de médecins étrangers. *Bulletin des Médecins Suisses*. <https://doi.org/10.4414/bms.2024.1377245206>

Innerarity, D. (2021). *Un monde à tous et à personne : Pirates, virus et réseaux à l'ère de la globalisation* (B. N. Pardiñas & L. Vigneault, Trad.). Presses de l'Université Laval. <https://doi.org/10.2307/j.ctv27h1pd3>

Kassel, R. (2025, juillet). Test de Fisher : Définition, principe et cas pratiques pour mieux l'appliquer. *DataScientest*. <https://datascientest.com/test-de-fisher-tout-savoir>

Klein, O., Livingston, R. W., & Snyder, M. (2005). Être ou ne pas être politiquement correct ? La relation entre préjugé et expression d'impressions stéréotypées en

- fonction du self-monitoring. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 6768(3), 55-64. <https://doi.org/10.3917/cips.067.0055>
- La prévention des infections du site opératoire* (avec Laberge, A., & Leroux, S.). (2019). INSPQ, Institut national de santé publique du Québec.
- Laoulaou, B., Corvaisier, M., Mucci, S., Spiesser-Robelet, L., & Jordy, A. (2024). Évaluation des bonnes pratiques de prescriptions des héparines de bas poids moléculaire en relais des anticoagulants oraux direct en postopératoire. *Le Pharmacien Clinicien*, 59(2), e167. <https://doi.org/10.1016/j.phacli.2024.04.294>
- Lasater, K. B., Rosenbaum, P. R., Aiken, L. H., Brooks-Carthon, J. M., Kelz, R. R., Reiter, J. G., Silber, J. H., & McHugh, M. D. (2023). Explaining racial disparities in surgical survival : A tapered match analysis of patient and hospital factors. *BMJ Open*, 13(5). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-066813>
- Légal, J.-B., & Delouée, S. (2021). *Stéréotypes, préjugés et discriminations* (3ème édition). Dunod.
- Leininger, M. (1978). *Transcultural Nursing : Concepts, Theories, and Practices* (2e ed.). Wiley. <https://books.google.ch/books?id=nUFtAAAAMAAJ>
- Leininger, M. (2002). Culture Care Theory : A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189-192. <https://doi.org/10.1177/10459602013003005>
- MathWorks. (2025). *Analyse des séries temporelles : Étapes, types et exemples*. <https://fr.mathworks.com/discovery/time-series-analysis.html>
- Moulis, G., & Lapeyre-Mestre, M. (2018). Score de propension : Intérêts, utilisation et limites. Un guide pratique pour le clinicien. *La Revue de Médecine Interne*, 39(10), 805-812. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2018.02.012>
- Observatoire suisse de la santé, Merçay, C., Grünig, A., & Dolder, P. (2021). *Personnel de santé en Suisse – Rapport national 2021*. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2021-11/Obsan_03_2021_RAPPORT.pdf

Office fédéral de la culture, O. fédéral de la culture. (2013, septembre 1). *Définition de la culture par l'UNESCO*.

<https://www.bak.admin.ch/bak/fr/home/themen/kulturdefinition-unesco.html>

Office fédéral de la santé publique. (2024). *Activités pour la promotion de l'équité en santé*. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/aktivitaeten-zur-foerderung-der-chancengleichheit.html>

Office fédéral de la statistique. (2022, décembre 31). *Langues*. Office fédéral de la statistique. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/langues-religions/langues.html>

Office fédéral de la statistique. (2024). *Population selon le statut migratoire*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/migration-integration/selon-statut-migratoire.html>

Opara, O. A., Narayanan, R., Issa, T., Tarawneh, O. H., Lee, Y., Patrizio, H. A., Glover, A., Brown, B., McCormick, C., Kurd, M. F., Kaye, I. D., Canseco, J. A., Hilibrand, A. S., Vaccaro, A. R., Kepler, C. K., & Schroeder, G. D. (2025). Socioeconomic Status Impacts Length of Stay and Nonhome Discharge Disposition After Posterior Cervical Decompression and Fusion. *Spine*, 50(2), E22. <https://doi.org/10.1097/BRS.00000000000005125>

Organisation mondiale de la santé. (2009a). *Safe surgery*. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safe-surgery>

Organisation mondiale de la santé. (2009b). WHO guidelines for safe surgery 2009 : Safe surgery saves lives. *Safe Surgery Saves Lives, WHO/IER/PSP/2008.08-1E*, 124.

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement : An updated

guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71.

<https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Park, R., Mohiuddin, M., Arellano, R., Pogatzki-Zahn, E., Klar, G., & Gilron, I. (2023).

Prevalence of postoperative pain after hospital discharge : Systematic review and meta-analysis. *PAIN Reports*, 8(3), e1075.

<https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000001075>

Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4e édition).

Chenelière Education.

Puddifoot, K. (2019). Stereotyping Patients. *Journal of Social Philosophy*, 50(1), 69-90.

<https://doi.org/10.1111/josp.12269>

Réseau de centres de conseil pour les victimes du racisme. (2023). *Incidents racistes recensés par les centres de conseil*.

https://www.ekr.admin.ch/pdf/Rassismusbericht_2023_F.pdf

Richebé, P., & Clairoux, M. (2020). Chapitre 38 : Prise en charge et traitement de la douleur aiguë postopératoire. In *Précis d'anesthésie et de réanimation* (p. 812-825). Les Presses de l'Université de Montréal.

<https://doi.org/10.1515/9782760641266-040>

Ritme. (2025). Stata. *RITME*. <https://ritme.com/software/stata/>

Rosenbloom, J. M., De Souza, E., Perez, F. D., Xie, J., Suarez-Nieto, M. V., Wang, E., & Anderson, T. A. (2023). Association of Race and Ethnicity with Pediatric Postoperative Pain Outcomes. *Journal of Racial & Ethnic Health Disparities*, 10(3), 1414-1422. <https://doi.org/10.1007/s40615-022-01327-1>

Service de lutte contre le racisme SLR. (2024). *Sources et méthodes*.

<https://www.rassismus-in-zahlen.admin.ch/fr/sources-et-methodes>

Skorochood, R., & Wolf, Y. (2024). Racial Disparities in Plastic Surgery Outcomes : A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Plastic and Reconstructive Surgery Global Open*, 12(10), e6220.

<https://doi.org/10.1097/GOX.00000000000006220>

- Statistical Consulting Group. (2021). *Negative Binomial Regression | Stata Data Analysis Examples*. <https://stats.oarc.ucla.edu/stata/dae/negative-binomial-regression/>
- Sukwichai, P. (2022). *La Redéfinition des femmes dans l'optique des minorités : Romans féminins français et britanniques au XIXe siècle*. 22, 571589.
<https://doi.org/10.14456/LARTSTU.2022.55>
- Sumbal, R., Devi, U., Ashraf, S., & Sumbal, A. (2024). Racial disparity in postoperative complications following shoulder arthroplasty (SA) : A systematic review and meta-analysis. *Shoulder & Elbow*, 17(2), 140-150.
<https://doi.org/10.1177/17585732241264023>
- Teresa-Morales, C., Rodríguez-Pérez, M., Araujo-Hernández, M., & Feria-Ramírez, C. (2022). Current Stereotypes Associated with Nursing and Nursing Professionals : An Integrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 7640. <https://doi.org/10.3390/ijerph19137640>
- Université de Paris. (2021). *Tuto-2021-Embase*. <https://www.bu.u-picardie.fr/wp-content/uploads/2021/07/Tuto-2021-Embase.pdf>
- University of Oxford. (2025). *Likelihood Ratios* [Web Page].
<https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/ebm-tools/likelihood-ratios>
- Voutat, B., & Knuesel, R. (1997). La question des minorités. Une perspective de sociologie politique. *Politix*, 10(38), 136-149.
<https://doi.org/10.3406/polix.1997.1672>
- Whitlock, J. (2024, mai 12). *Find Out What the Perioperative Phases of Surgery Are*. Verywell Health. <https://www.verywellhealth.com/perioperative-defined-3157137>
- Wirth, L. (1945). The Problem of Minority Groups. In *The Science of Man in the World Crisis*. Columbia University Press.
https://fr.scribd.com/document/429626529/WIRTH-1945-The-problem-of-minority-groups-pdf?_gl=1*m10b4v*_gcl_au*MTUzNjk0MzIxNy4xNzMwODgzNDI5
- Zhu, T., Baker, Z. G., Trabold, M., Kelley-Quon, L. I., Basin, M. F., Vazirani, R., Chen, J., & Kokorowski, P. J. (2024). Sociodemographic differences in opioid use and

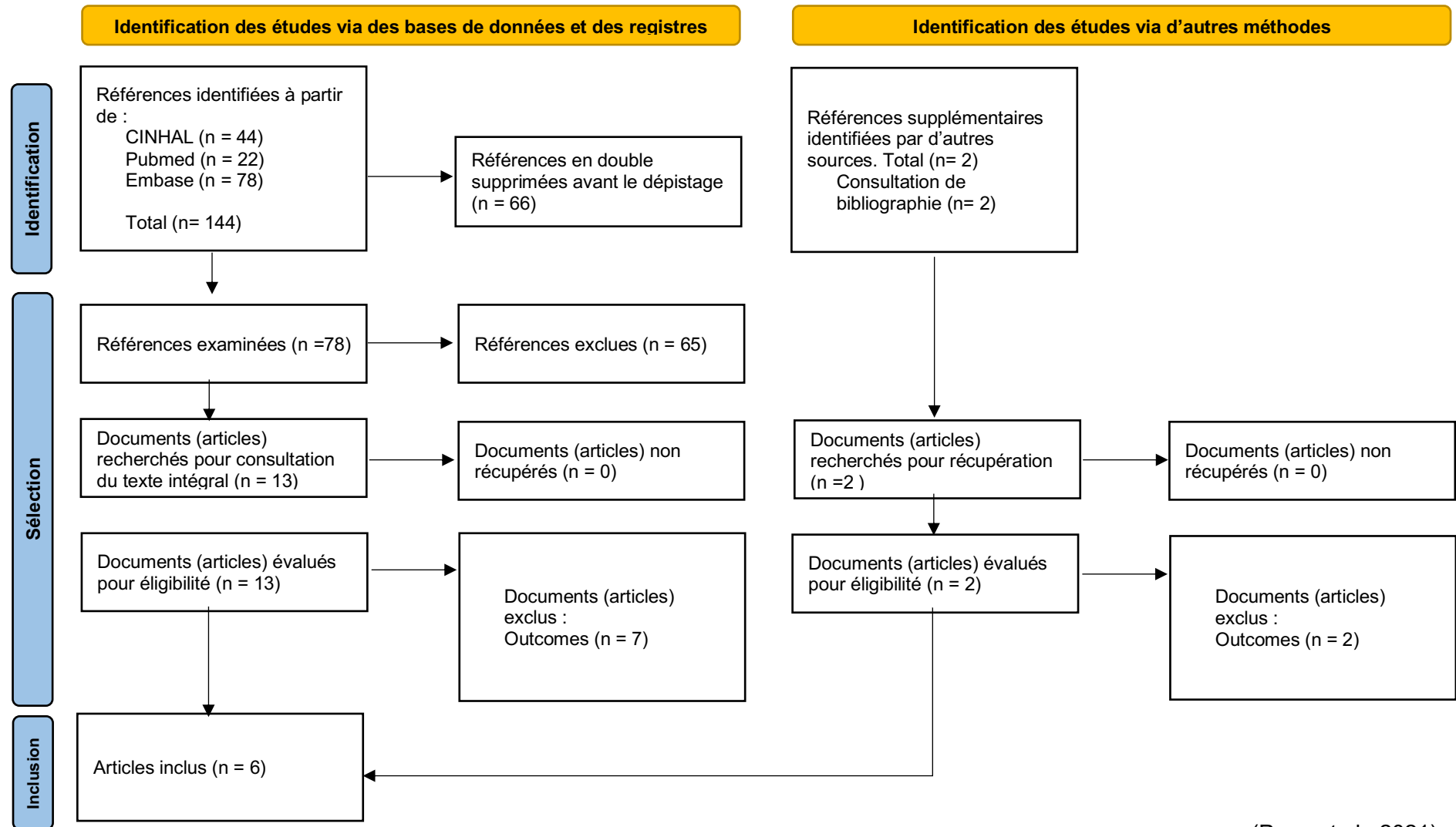
recovery following ambulatory pediatric urologic procedures. *Journal of Child Health Care*, 28(2), 291-301. <https://doi.org/10.1177/13674935221124738>

8 Annexes

Annexes I : Mots clés et descripteurs

Concept	Mots clés eng	Mesh	Cinahl headings	EMTREE
Impacts des préjugés et stéréotypes	discrimination* OR prejudice* OR "racial bias" OR "Healthcare disparit*" OR Inequitable* OR "racial disparit*" OR Stereotyp* OR Stigma* OR disparit*	"Social Discrimination"[MeSH Terms] OR "Perceived Discrimination"[MeSH Terms] OR "Prejudice"[MeSH Terms] OR "Racism"[MeSH Terms] OR "Health Inequities"[MeSH Terms] OR "Healthcare Disparities"[MeSH Terms] OR "Stereotyping"[MeSH Terms]	(MH "Discrimination") OR (MH "Prejudice") OR (MH "Racism+") OR (MH "Racialization") OR (MH "Stigma") OR (MH "Vulnerability") OR (MH "Healthcare Disparities") OR (MH "Implicit Bias") OR (MH "Stereotyping")	'perceptive discrimination'/exp OR 'prejudice'/exp OR 'medical racism'/exp OR 'racism'/exp OR 'social stigma'/exp OR 'vulnerable population'/exp OR 'health care disparity'/exp OR 'implicit bias'/exp OR 'stereotypy'/exp
Populations minoritaires	"Ethnic and racial minorities" OR Ethnicity OR "Social vulnerability" OR minorit* OR "ethnic minority status" OR Rac* OR "Racial groups" OR "Ethnic groups" OR "Ethnic disparities"	"Ethnic and Racial Minorities"[MeSH Terms] OR "Ethnicity"[MeSH Terms] OR "Minority Groups"[MeSH Terms] OR "Vulnerable Populations"[MeSH Terms] OR "Social Vulnerability"[MeSH Terms]	(MH "Ethnic Groups+") OR (MH "Vulnerability") OR (MH "Minority Groups+")	'ethnic group'/exp OR 'minority group'/exp OR 'vulnerable population'/exp
Complications postopératoires	"Surgical outcome*" OR "Post-surgery outcome*" OR "Surgical complication*" OR "Post-surgery complication*" OR "Complications after surgery" OR "Operative complication*" OR "Postoperative adverse event*" OR "Postoperative complication*" OR "Adverse surgical outcomes" OR "Post surgical outcome*" OR "postoperative outcome"	"Postoperative Period"[MeSH Terms] OR "Postoperative Complications"[MeSH Terms] OR "Postoperative Care"[MeSH Terms]	(MH "Postoperative Period") OR (MH "Surgery, Operative+")	'postoperative complication'/exp OR 'postoperative period'/exp OR 'postoperative care'/exp
Soins infirmiers	Nurs*	"Nurses"[MeSH Terms] OR "Nursing"[MeSH Terms] OR "Nursing"[MeSH Subheading]	(MH "Nurses+") OR (MH "Nursing Assessment") OR (MH "Nursing Interventions")	'nursing'/exp OR 'nurse'/exp

Annexe II : Diagramme de flux PRISMA



(Page et al., 2021)

Annexe III : Tableaux de recension des études

Rosenbloom, J. M., De Souza, E., Perez, F. D., Xie, J., Suarez-Nieto, M. V., Wang, E., & Anderson, T. A. (2023). Association of Race and Ethnicity with Pediatric Postoperative Pain Outcomes. *Journal of Racial & Ethnic Health Disparities*, 10(3), 1414-1422.
<https://doi.org/10.1007/s40615-022-01327-1>

Design Étude quantitative de cohorte rétrospective* longitudinale*	But, objectif Amélioration de la qualité des soins postopératoires	Pays et milieu clinique Etats-Unis, hôpital pour enfants de Stanford	Cadre de référence Pas mentionné	Méthode(s) de collecte des données Les données sont collectées via les données des dossiers médicaux qui incluaient les scores de douleur dans PACU et pendant l'hospitalisation, mais également l'administration d'opioïdes, d'antiémétiques et d'antiprurigineux. La douleur a été évaluée à l'aide d'échelles standardisées selon l'âge des enfants. L'échelle FLACC pour les enfants âgés de 2 mois à 3 ans, l'échelle Wong-Baker FACES pour les enfants âgés de 3 à 10 ans, et l'échelle numérique pour les enfants âgés de 10 ans et plus.	Méthodes d'analyse Des modèles de régression logistique* à plusieurs niveaux ont été utilisés pour prendre en compte une éventuelle non-indépendance des cas. Les analyses ont été réalisées selon deux lieux : PACU et hospitalisation. La valeur $p < 0.05$ était bilatérale pour le PACU et l'hospitalisation. Les résultats en PACU ont été réalisés grâce à des modèles de randomisation aléatoire* à deux niveaux. Les résultats de la période de l'hospitalisation ont été réalisés à l'aide de la randomisation aléatoire* à trois niveaux, car les données ont été collectées avec une mesure répétée dans le temps, ce dernier a donc été défini comme variable catégorielle*. Son interaction avec le groupe ethnique/racial a été testée avec <i>Likelihood Ratio Test</i> *, si ce test est statistiquement significatif, le test <i>Stata 15*</i> a été utilisé pour prédire les résultats marginaux. Des tests <i>post-hoc</i> * ont été réalisés pour les 3 procédures les plus courantes, afin de comprendre comment les estimations pourraient changer dans les sous-groupes selon la procédure. Les programmes <i>R (R Core Team, Vienne, Autriche)</i> et <i>Stata 15* (StataCorp LLC, College Station, TX)</i> ont été utilisés pour les analyses statistiques.	Principaux résultats Les résultats en PACU : chaque groupe racial/ethnique est associé à une probabilité plus faible de recevoir des médicaments en postopératoire que le groupe des Blancs. Les IC démontrent la possibilité d'une absence de différence pour les Noirs et les Hispaniques pour l'administration d'antiémétiques, et pour tous les groupes pour les traitements antiprurigineux. Les résultats durant l'hospitalisation : les sujets hispaniques ont des probabilités plus élevées que le groupe de référence de recevoir des antalgiques, dans les 24 premières heures, ensuite les probabilités sont plus faibles. Les Asiatiques et Hispaniques ont une probabilité plus faible de recevoir des antiémétiques et antiprurigineux que les Blancs.
Niveau de preuve V	Question de recherche Pas mentionnée	Échantillon N= 28'113 sujets au total : n=11'584 hispaniques, n= 10'033 blancs non-hispaniques, n= 5'498 asiatiques, n= 598 noirs et n= 400 insulaires du Pacifique. Échantillon significatif de 0,05				Conclusions L'étude ne démontre pas une différence entre les résultats des scores de douleur postopératoire des enfants de différents groupes raciaux, mais il existe une probabilité plus faible pour ces groupes de recevoir moins d'antalgie qu'un enfant blanc. Les résultats suggèrent une enquête plus approfondie pour comprendre la raison de ces différences afin de déterminer si elles sont dues à des préjugés inconscients ou à des différences culturelles.
Paradigme Positivism	Hypothèse Une inégalité est présente dans les résultats de la douleur postopératoire chez les enfants de couleur par rapport aux enfants blancs non-hispaniques	Échantillonnage Non probabiliste* accidentel*		Considérations éthiques Le conseil institutionnel de l'université de Stanford a renoncé à exiger un consentement éclairé écrit. Aucun conflit d'intérêts		Forces et limites de l'étude Plusieurs limites : les données recueillies via une étude de cohorte rétrospective* ne donnent pas d'informations sur chaque cas clinique. Des facteurs de confusions résiduels peuvent toujours exister malgré la rigueur de l'analyse. Des résultats présentent des données manquantes, même si cela est rare (<1,5%). La principale force de l'étude était la taille de l'échantillon.
	Variables VD : niveau de douleur postopératoire VI : groupe ethnique/racial	Critère d'inclusion Enfants de 0 à 18 ans (inclus) hospitalisés pour une chirurgie sous anesthésie générale Critère(s) d'exclusion Chirurgies nécessitant un séjour postopératoire en soins intensifs, enfants dont le sexe était inconnu, enfants ou parents refusant d'indiquer son groupe racial/ethnique ou appartenant à un autre groupe, procédure chirurgicale de plus de 10h, score ASA* supérieur à 3 et service non éligible (radiothérapie, anesthésie, cardiologie, cardiovasculaire et médecine nucléaire).				

Alexander, A. L. M., MS, Strohl, A. E. M., MA, Rieder, S. M., PhD, Holl, J. M., MPH, Barber, E. L. M., MS, Alexander, A. L., Strohl, A. E., Rieder, S., Holl, J., & Barber, E. L. (2019). Examining Disparities in Route of Surgery and Postoperative Complications in Black Race and Hysterectomy. *Obstetrics & Gynecology*, 133(1), 6-12. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002990>

Design Étude quantitative de cohorte longitudinale* Niveau de preuve V Paradigme Positivisme	But(s), objectif(s) Estimer les associations entre la race, la voie d'hystérectomie et les complications postopératoires chez les femmes subissant une hystérectomie bénigne. Question(s) de recherche Non mentionnée Hypothèse Il existe une différence clinique entre les femmes blanches et noires sur le type de voies chirurgicales utilisées et sur les complications après l'intervention. Variables VD : voie chirurgicale et complications chirurgicales VI : race ethnique de la patiente (noire ou blanche) et voies d'hystérectomie (laparoscopie/ laparotomie)	Pays et milieu clinique Aux Etats-Unis, dans plusieurs hôpitaux Échantillon 74,9% (n= 11'330) de patientes blanches 25,1% (n= 3'806) de patientes noires Échantillonnage Échantillonnage non probabiliste* Critère(s) d'inclusion Femmes subissant une hystérectomie et ayant participé au NSQIP (Base de données du programme national d'amélioration de la qualité chirurgicale de l'American College of Surgeons). Critère(s) d'exclusion Poids utérin de >250 grammes	Cadre de référence Non mentionné	Méthode(s) de collecte des données Données collectées de manière prospective. Les femmes ayant subi une hystérectomie ont été identifiées grâce à leur participation volontaire au NSQIP. Les informations de chaque patiente ont été examinées via le dossier médical électronique. Considérations éthiques Le comité d'examen institutionnel de l'université de Northwestern a examiné cette étude. Il a alors décidé d'exempter d'un examen formel, car les données utilisées pour l'étude étaient déjà anonymisées. Aucun conflit d'intérêts.	Méthodes d'analyse Les patientes noires ont été comparées aux patientes blanches. Pour les comparaisons bivariées, ils ont utilisé les tests t bilatéraux pour les variables continues*, le test de Kruskal-Wallis* pour les variables non paramétriques et le test de Pearson X²* pour les variables catégorielles. L'association entre la race et la voie d'hystérectomie a été évaluée via une régression logistique* binaire pour détecter des probables confusions. Ces derniers ont été établis selon différents facteurs (poids de l'utérus, chirurgie antérieure, comorbidités, âge). Le poids de l'utérus a été considéré comme variable* binaire (soit inférieur ou supérieur à 250g). Des analyses de sensibilité ont permis d'affirmer les modèles comme robustes et sensibles aux variations. Une grande différence du poids utérin médian entre les femmes noires et blanches, l'étude a analysé seulement les utérus pesant moins de 250g. Les complications postopératoires étaient vastes et rares, ainsi pour l'analyse une correspondance par score de propension* a été utilisée pour créer une cohorte avec un équilibre entre les sujets noirs et blancs sur les facteurs pris en compte dans la régression logistique* binaire. Une valeur p a été calculée comme étant inférieure à 0,05, ainsi considérée comme significative pour les analyses. Stata* version 14.1 a été utilisée pour toutes les analyses.	Principaux résultats Une plus grande proportion de femmes noires a subi des complications après une hystérectomie comparée aux femmes blanches. Selon l'analyse stratifiée, le pourcentage dépendait du type de l'hystérectomie (invasive ou non). Les femmes noires ont subi plus de complications majeures (4,1% contre 2,4%) et mineures (11,4% contre 6,7%). En ce qui concerne l'hystérectomie vaginale, il n'y a aucune différence dans le pourcentage entre femmes noires et blanches, expliquée par le fait qu'il n'y ait que très peu de complication suite à cette intervention. Les femmes noires ont un pourcentage plus élevé de subir une hystérectomie ouverte, ce qui est une intervention à risque de complications plus élevée. Conclusions L'étude correspond aux résultats des études antérieures qui démontrent une disparité dans la voie d'hystérectomie et le risque de complications chez les femmes noires. Des recherches plus approfondies sont nécessaires pour explorer différents facteurs qui peuvent potentiellement causer des biais*. Forces et limites de l'étude La force de l'étude est l'utilisation d'une base de données fiables et précises pour fournir les données nécessaires à l'analyse. Le risque de biais* non mesuré fait partie des limites de l'étude. En effet, il peut y avoir des facteurs systémiques ou environnementaux qui prédisposent les femmes noires à avoir plus de complications.
--	--	--	--	---	---	--

Lasater, K. B., Rosenbaum, P. R., Aiken, L. H., Brooks-Carthon, J. M., Kelz, R. R., Reiter, J. G., Silber, J. H., & McHugh, M. D. (2023). Explaining racial disparities in surgical survival : A tapered match analysis of patient and hospital factors. *BMJ Open*, 13(5). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-066813>

Design Étude de cohorte rétrospective* multivariée Niveau de preuve V Paradigme Positivism	But(s), objectif(s) Examiner les disparités raciales dans la survie chirurgicale des patient·es noirs et blancs couverts par Medicare en analysant l'impact des facteurs hospitaliers, y compris les ressources infirmières, et en déterminant si ces disparités ont évolué au fil du temps. Question(s) de recherche Non mentionnée Hypothèse(s) De meilleures ressources infirmières (par exemple, personnel, environnement de travail) seraient associées à une mortalité post-chirurgicale plus faible pour tous les patient·es. Variables Non mentionnées	Pays et milieu clinique 571 hôpitaux dans quatre grands États américains : Californie, Floride, New Jersey et Pennsylvanie Échantillon Échantillonnage non probabiliste, basé sur des appariements successifs des sujets noirs avec des sujets blancs ayant des caractéristiques similaires (démographiques, cliniques et chirurgicales). N= 46 864 sujets sur toute l'étude Première période (2003-2005) : n=6752 sujets noirs et 3 groupes de n=6752 sujets blancs. Deuxième période (2013-2015) : n=4964 sujets noirs et 3 groupes de n=4964 sujets blancs. Critère(s) d'inclusion Patient·es noirs et blancs bénéficiaires de Medicare 65,5 ans ou plus. Patient·es ayant subi une intervention chirurgicale générale. Hospitalisation entre 2003-2005 ou 2013-2015. Critère(s) d'exclusion Données incomplètes (âge, sexe, date de décès invalide). Patient·es sous HMO (Health Maintenance Organization) ou sans couverture Medicare Part B dans les 6 mois précédant l'hospitalisation.	Cadre de référence Pas mentionné	Méthode(s) de collecte des données Les données sur les patient·es ont été obtenues de manière rétrospective auprès des centres pour Medicare et Medicaid Services. Les données sur les hôpitaux proviennent de l'American Hospital Association Annual Survey, qui a fourni des informations sur la taille des hôpitaux. Du HCRIS, qui a fourni des informations sur le statut universitaire des hôpitaux, et de l'enquête RN4CAST-US, qui a fourni des informations sur les ressources infirmières des hôpitaux. Les deux périodes ont été sélectionnées en fonction de la disponibilité des données de l'enquête RN4CAST-US. Considérations éthiques Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique institutionnel de l'Hôpital pour enfants de Philadelphie. Aucun conflit d'intérêts n'est déclaré.	Méthodes d'analyse Les comparaisons au sein des paires ont été effectuées à l'aide du test de McNemar* et de la régression logistique* conditionnelle. Nous avons comparé la différence entre sujets noirs et blancs pendant les deux périodes afin d'évaluer si les disparités avaient évolué au fil du temps. Très significatif : $p < 0.001$ Significatif : $p < 0.01$ Modérément significatif : $p < 0.05$.	Principaux résultats La mortalité à 1 an est significativement plus élevée chez les sujets noirs. $p < 0.001$ Des ressources infirmières élevées sont significativement associées à une réduction de la mortalité, quel que soit le groupe racial. À 30 jours (RC(rapport de cote) 0.58, 95% IC 0.46 - 0.74, $p < 0.001$) Les disparités raciales dans les résultats chirurgicaux ne se sont pas améliorées au cours des 10 dernières années ($P > 0.05$) Conclusions Il existe une disparité raciale importante en matière de mortalité après chirurgie générale chez les patient·es sous Medicare. Ces disparités n'ont pas diminué au fil des ans, mais des changements organisationnels et politiques pourraient améliorer les résultats pour tous. Du personnel infirmier formé est associé à une amélioration de la survie des patient·es. Forces et limites de l'étude L'utilisation d'une méthode de recherche multivariée est une force. Les mesures des ressources infirmières sont basées sur les données du personnel infirmier des différents services et l'analyse prend en compte de multiples indicateurs de santé. Des différences intrahospitalières ne sont pas prises en compte. Possible sélection de sujets noirs en meilleure santé et l'utilisation de la population blanche comme référence et les facteurs confondants non mesurés sont décrits comme des limites
--	--	--	--	---	---	---

Grabski, D. F., Vavolizza, R. D., Baumgarten, H. D., Fleming, M. A., Moneme, C., McGahren, E. D., Swanson, J. R., Kabagambe, S. K., & Gander, J. W. (2024). Post-operative Opioid Reduction Protocol Reduces Racial Disparity in Clinical Outcomes in Children. *Journal of Pediatric Surgery*, 59(1), 53-60. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2023.09.030>

Design Étude quantitative non randomisée de cohorte prospective Niveau de preuve III Paradigme Positivisme	But, objectif Déterminer si le protocole clinique est associé à une réduction des disparités raciales dans les schémas de prescriptions d'opioïdes postopératoires et les résultats cliniques associés. Question de recherche Non mentionnée Hypothèse(s) Le protocole de gestion des opioïdes est associé à une diminution des disparités raciales sur le schéma de prescription des opioïdes postopératoires. Variables VD : administration des opioïdes postopératoires et score de la douleur VI : mise en place d'un protocole	Pays et milieu clinique Dans un hôpital universitaire aux États-Unis, doté d'une unité de soins intensifs néonataux (USIN) et de chirurgie pédiatrique Échantillon N= 249 enfants inclus, 117 dans le groupe de pré-intervention et 132 en post-intervention Échantillonnage Échantillonnage non probabiliste* Critère(s) d'inclusion Enfants ayant subi une chirurgie intra-abdominale et ayant été hospitalisés en postopératoire aux soins intensifs de janvier 2011 à janvier 2021 Enfants présentant des anomalies cardiaques, comorbidités supplémentaires associées à la prématurité Critère(s) d'exclusion Enfants < 1an Enfants né·es avec une anomalie anatomique ou génétique non viable	Cadre de référence Pas mentionné	Méthode de collecte des données L'étude s'est réalisée en deux temps, pré-intervention et post-intervention. Pour la pré- et post-intervention, les sujets ont été identifiés via les dossiers médicaux électroniques. Le protocole, mis en place en 2016, se concentre sur 3 principes : (1) utilisation de l'acétaminophène intra-veineux associée à des opioïdes comme traitements en postopératoire, (2) proposer des formations sur la gestion de la douleur postopératoire pour les prestataires de soins chirurgicaux, le personnel de l'USIN et le personnel infirmier et (3) standardisation du fonctionnement de gestion de la douleur postopératoire des équipes d'anesthésie, de chirurgie et des soins intensifs. Les données étudiées comprenaient : âge, poids, sexe, race, origine ethnique, score ASA, dose totale d'analgésique postopératoire ainsi les scores des échelles N-PASS* et FLACC*. La durée de séjour postopératoire, les complications postopératoires (infections, insuffisance rénale, mortalité, réadmission inattendue) ont aussi été analysées. Considérations éthiques Une approbation institutionnelle de l'enquête a été demandée, et obtenue auprès du comité d'examen institutionnel avant la mise en place du projet d'amélioration de la qualité. Aucun conflit d'intérêts n'est important à déclarer.	Méthodes d'analyse Les sujets ont été classés par races : « Blancs », « Noirs », « Hispaniques » ou « Asiatiques ». La majorité des sujets appartenait aux catégories « Blancs » et « Noirs », ainsi des tests post-hoc* ont été réalisés. De plus, les données ont été divisées en deux cohortes : pré-intervention et post-intervention. Une analyse en série chronologique permet de suivre l'évolution des variables* (utilisation des opioïdes, score de douleur, etc.) avant et après l'intervention. Les données ont été regroupées par une valeur médiane (tous les 6 mois pour les Blancs et Noirs et tous les 1 an pour les Hispaniques, par manque de données les Asiatiques ont été exclus des analyses descriptives) Le test t Student*, le test de Wilcoxon Rank Sum*, le test du X²* ainsi que le test de Fisher* ont été utilisés pour déterminer la signification statistique. La version 9.4 de SAS (Cary, Caroline du Nord) a été utilisée pour toutes les analyses.	Principaux résultats Avant la mise en place du protocole, des disparités raciales étaient observées : les sujets noirs recevaient six fois plus d'opioïdes que les sujets blancs, la durée moyenne de séjour postopératoire était 23 jours pour le groupe « Noirs » contre 10,5 jours pour le groupe « Blanc » et un taux de réopération non planifiée de 22,2% pour les enfants noirs contre 3,8% pour les enfants blancs. Dès l'implantation du protocole, une diminution de 97,9% d'administration d'opioïdes postopératoire a immédiatement été observée, chez toutes les catégories, mais principalement chez les enfants noirs. Cependant, aucun changement n'a été observé sur les scores N-PASS* et FLACC*. Conclusions Il y a une corrélation immédiate entre la diminution des disparités raciales postopératoires et la mise en place du protocole. Ce dernier est simple, facile à mettre en place et améliore la prise en charge des populations minoritaires. Forces et limites de l'étude L'étude a été menée dans un seul établissement, ainsi une causalité* ne peut être déterminée. L'échantillon large et hétérogène était volontaire afin de montrer la robustesse du protocole. Mais, cela a limité la capacité à classer les différentes maladies et à stratifier les risques chez les patient·es en fonction de leur race. Le personnel soignant chargé d'évaluer le score de douleur, savait que l'objectif était de réduire l'utilisation globale d'opioïdes postopératoires.
--	--	--	---	---	--	---

Zhu, T., Baker, Z. G., Trabold, M., Kelley-Quon, L. I., Basin, M. F., Vazirani, R., Chen, J., & Kokorowski, P. J. (2024). Sociodemographic differences in opioid use and recovery following ambulatory pediatric urologic procedures. *Journal of Child Health Care*, 28(2), 291-301. <https://doi.org/10.1177/13674935221124738>

Design Étude quantitative observationnelle rétrospective Niveau de preuve V Paradigme Positivisme	But(s), objectif(s) Examiner les associations entre les facteurs sociodémographiques (race/ethnicité, langue principale, type d'assurance, revenu du ménage) et l'utilisation des opioïdes post-opératoires ainsi que la durée de récupération chez les enfants ayant subi des interventions urologiques ambulatoires. Question(s) de recherche Identifier si certains facteurs sociodémographiques, notamment la race/l'ethnicité, le type d'assurance santé et le revenu du ménage, sont associés à la durée d'utilisation des opioïdes et au temps de récupération après des interventions urologiques pédiatriques ambulatoires. Hypothèse(s) Les sujets provenant de minorités ethniques, parlant une langue autre que l'anglais, bénéficiant d'une assurance publique ou vivant dans des quartiers à faibles revenus utiliseront les opioïdes plus longtemps et auront une récupération plus lente. Variables VD: durée de l'utilisation des opioïdes, durée de la récupération post-opératoire. VI: race/ethnicité, langue principale, type d'assurance, revenu du ménage.	Pays et milieu clinique Étude menée aux États-Unis, dans un hôpital pédiatrique urbain de Los Angeles. Échantillon Échantillonnage non probabiliste* basé sur les dossiers médicaux de 831 enfants ayant subi une chirurgie ambulatoire urologique entre 2013 et 2017. Critère(s) d'inclusion Enfants de plus de 6 mois ayant subi une intervention urologique ambulatoire. Enfants ayant eu un suivi post-opératoire. Critère(s) d'exclusion Présence de comorbidités majeures pouvant affecter la gestion de la douleur post-opératoire. Enfants n'ayant pas eu de suivi post-opératoire ou de réponses aux questions sur l'usage des opioïdes et la récupération.	Cadre de référence Pas mentionné	Méthode(s) de collecte des données Données extraites des dossiers médicaux. Analyse rétrospective de la durée d'utilisation des opioïdes et du temps de récupération à partir des réponses des parents lors du suivi post-opératoire. Instruments Questionnaires standards rempli en consultation post-opératoire. Considérations éthiques L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'hôpital pédiatrique de Los Angeles. Aucun conflit d'intérêts.	Méthodes d'analyse Le modèle binomial négatif a été utilisé pour analyser l'influence des facteurs sociodémographiques sur la durée d'utilisation des opioïdes et la récupération. La régression logistique* binaire pour comparer la probabilité d'utilisation des opioïdes (≥ 1 jour vs 0 jour). Le test du χ^2 pour comparer les caractéristiques des groupes. Les critères AIC et BIC pour évaluer l'ajustement des modèles statistiques et le test de multi-colinéarité et analyses de sensibilité pour vérifier la robustesse des modèles. Une valeur $p < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative. Logiciel SAS (Statistical Analysis System) version 9.4 a été utilisé pour toutes les analyses statistiques.	Principaux résultats La durée médiane d'utilisation des opioïdes est de 1 jour et la durée médiane de récupération est de 3 jours. Les enfants dont les parents parlent une langue autre que l'anglais ont pris des opioïdes 26,5% plus longtemps et ont eu une récupération 27,8% plus longue. Les enfants hispaniques ont utilisé des opioïdes 27,5% plus longtemps que les enfants blancs. Les enfants avec une assurance publique ont consommé des opioïdes 47,6% plus longtemps que ceux avec une assurance privée. Près de 40% des enfants n'ont pas utilisé d'opioïdes après l'intervention. Conclusions Les enfants provenant de minorités linguistiques et ethniques ainsi que celles et ceux avec une assurance publique utilisent les opioïdes plus longtemps et ont une récupération plus longue. Une meilleure communication et des stratégies de gestion de la douleur adaptées sont nécessaires. Forces et limites de l'étude Forces : échantillon conséquent Analyse rigoureuse avec des modèles statistiques adaptés. Des ajustements ont été réalisés pour des variables* comme l'âge et le type de chirurgie. Limites : étude rétrospective, donc possible biais* de mémoire et de sélection*. Données limitées à un seul hôpital Évaluation de la durée d'utilisation des opioïdes et du temps de récupération qui repose sur les réponses des parents Estimation du revenu basée sur le quartier, ce qui peut ne pas refléter précisément les finances des familles.
---	---	--	--	---	--	--

Opara, O. A., Narayanan, R., Issa, T., Tarawneh, O. H., Lee, Y., Patrizio, H. A., Glover, A., Brown, B., McCormick, C., Kurd, M. F., Kaye, I. D., Canseco, J. A., Hilibrand, A. S., Vaccaro, A. R., Kepler, C. K., & Schroeder, G. D. (2025). Socioeconomic Status Impacts Length of Stay and Nonhome Discharge Disposition After Posterior Cervical Decompression and Fusion. *Spine*, 50(2), E22.
<https://doi.org/10.1097/BRS.00000000000005125>

Design Étude de cohorte rétrospective*	But(s), objectif(s) Cette étude cherche à comprendre comment les disparités socioéconomiques impactent la qualité des soins et les résultats post-opératoires, afin d'identifier des interventions ciblées pour réduire ces inégalités.	Pays et milieu clinique Étude menée aux États-Unis dans un centre universitaire tertiaire situé en Philadelphie	Cadre de référence Pas mentionné	Méthode(s) de collecte des données Les données ont été collectées à partir du dossier médical électronique via une recherche en langage structuré et une consultation manuelle des dossiers médicaux. Les patient·es ont été regroupé·es selon quatre catégories selon le quintile du statut socio-économique ; Q1 : prospère, Q2 : confortable, Q3 : intermédiaire et Q4 : à risque/Q5 : défavorisé. Les quintiles Q4 et Q5 ont été fusionnés en un seul groupe pour l'analyse en raison du faible nombre de patient·es dans ces communautés. Le statut socio-économique au niveau communautaire a été catégorisé à l'aide de l'Indice de Communautés en Détresse (DCI), qui évalue le désavantage économique de différentes communautés aux États-Unis	Méthodes d'analyse Les statistiques descriptives ont été exprimées en moyenne et écarts-types pour les variables* continues et en pourcentages pour les catégorielles. Les comparaisons ont été faites via ANOVA*, Kruskal-Wallis et X ² *. Une régression logistique* multivariée a évalué l'effet du statut socio-économique sur les résultats. Une valeur de p < 0,05 était considérée comme significative.	Principaux résultats Les patient·es défavorisé·es (53,3% Noirs) étaient plus souvent célibataires, veuves ou veufs et présentaient une prévalence plus élevée de diabète. Leur durée d'hospitalisation était plus longue (6,24 jours vs 3,92 jours prospères), avec moins de sorties à domicile (37,3% vs 56,4% prospères) et plus de transferts vers des centres de réadaptation. Aucun impact significatif sur les taux de réadmission. Vivre dans une communauté défavorisée augmentait le risque de sortie hors domicile et prolongeait la durée d'hospitalisation.
Niveau de preuve V	Question(s) de recherche Comment le statut socio-économique influence-t-il les résultats post-opératoires des personnes après une décompression cervicale postérieure et une fusion (PCDF) pour une myélopathie cervicale spondylotique ?	Échantillon Échantillonnage non probabiliste* rétrospectif basé sur 554 dossiers médicaux électroniques de personnes ayant subi une décompression et fusion cervicale postérieure (PCDF) pour une myélopathie cervicale entre 2017 et 2022.		Considérations éthiques L'étude a été approuvée par un comité de révision institutionnel. Aucun conflit d'intérêts	Logiciels Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide de RStudio Version 4.0.2 (Boston, MA).	Conclusions Les patient·es défavorisé·es ont un risque accru de complications postopératoires, avec des hospitalisations plus longues et moins de sorties à domicile. Intégrer les facteurs socio-économiques dans la prise en charge pourrait améliorer les résultats des patient·es vulnérables et réduire les inégalités dans le système de santé.
Paradigme Positivisme	Hypothèse(s) Les sujets provenant de communautés défavorisées auront des séjours hospitaliers plus longs et seront moins susceptibles d'être renvoyés à domicile après une PCDF, comparés aux sujets provenant de communautés économiquement prospères.	Critère(s) d'inclusion Sujets âgé·es de plus de 18 ans ayant bénéficié d'une décompression et fusion cervicale postérieure (PCDF) pour une myélopathie cervicale spondylotique ayant une adresse enregistrée dans le dossier médical.				Forces et limites de l'étude Forces : taille d'échantillon importante, première étude intégrant le DCI pour une PCDF, analyses statistiques avancées limitant les biais*. Le DCI est basé sur 7 critères ce qui permet de prendre en compte plusieurs facteurs. Limites : étude monocentrique limitant la généralisation, certains facteurs sociaux non pris en compte, possible biais* de sélection excluant les patient·es sans adresse enregistrée.
	Variables VD : durée du séjour, décision de sortie (domicile, centre de réadaptation, établissement de soins), taux de réadmission à 90 jours, complications post-opératoires VI : statut socio-économique	Critère(s) d'exclusion Sujets n'ayant pas 18 ans révolus, chirurgie réalisée dans le cadre d'un traumatisme, d'une infection ou d'une tumeur, sujets ayant subi une chirurgie combinée antérieure et postérieure et sujets n'ayant pas d'adresse enregistrée dans leur dossier médical.				

Annexe IV : Niveaux de preuve

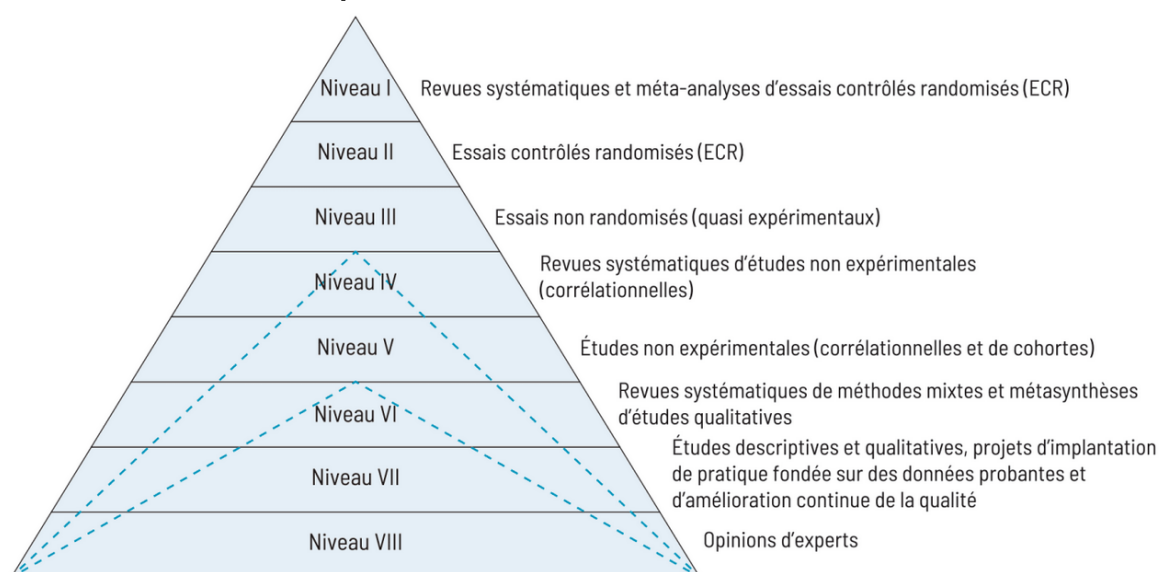


Figure 1: Hiérarchie des évidences et niveaux de preuve (Fortin & Gagnon, 2022)

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins. Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Figure 2: Grade des recommandations (HAS, 2013)

Annexe V : Glossaires

Glossaire méthodologique

Analyse en série temporelle : « Technique statistique utilisée pour analyser des points de données enregistrés à intervalles de temps réguliers. Elle peut contribuer à identifier des motifs, des tendances et des variations saisonnières, ce qui le rend utile pour prévoir des résultats au fil du temps. » (MathWorks, 2025)

ANOVA : « Analyse de la variance : test statistique paramétrique destiné à déterminer les différences entre trois groupes ou plus en comparant la variation intra-groupe avec la variation intergroupes. » (Fortin & Gagnon, 2022, p. 459)

Biais : « Toute influence qui intervient dans la relation valide entre des variables pouvant conduire à une interprétation erronée des résultats d'une étude. » (Fortin & Gagnon, 2022, p. 459)

Biais de sélection : « Biais qui se produit quand les sujets qui participent à une étude possèdent certaines caractéristiques qui représentent des variables telles que l'âge, le sexe, l'ethnie ou l'état de santé. » (Fortin & Gagnon, 2022, p. 242)

CINAHL : « Base de données qui répertorie des périodiques traitant des sciences infirmières et des science connexes de la santé. » (Fortin & Gagnon, 2022, p. 65)

Confusion résiduelle : « L'erreur de mesure dans les facteurs de confusion peut conduire à une confusion résiduelle. » (Fourati, 2025)

Causalité : « Relation de cause à effet entre des variables indépendantes et des variables dépendantes. » (Fortin & Gagnon, 2022, p. 191)

Devis d'étude longitudinale : « Étude où le chercheur suit des sujets dans le temps et prend des mesures à des intervalles déterminés. » (Fortin & Gagnon, 2022, p. 462)

Échantillonnage non probabiliste : « Choix du sous-groupe d'une population choisie pour participer à une étude, sans recourir à une sélection aléatoire. » (Fortin & Gagnon, 2022, p. 260)

Échantillonnage non probabiliste accidentel : « Méthode d'échantillonnage non probabiliste qui consiste à choisir des personnes selon leur accessibilité dans un lieu déterminé et à un moment précis. » (Fortin & Gagnon, 2022, p. 261)

Embase : « Base de données bibliographique spécialisée en pharmacologie, pharmacovigilance, sciences médicales et biomédicales. Sa consultation est payante, sur abonnement. Il s'agit de la plus grande base de données du domaine, avec PubMed/Medline. » (Université de Paris, 2021)

Étude de cohorte rétrospective : « Étude qui implique un groupe de personnes dont les facteurs de risque et les effets sont déjà observables au moment de commencer l'étude. » (Fortin & Gagnon, 2022, p. 262)

Erreur de type I : « Erreur commise quand on rejette l'hypothèse nulle alors qu'elle est vraie. » (Fortin & Gagnon, 2022, p. 262)

Intervalle de confiance (IC) : « Intervalle qui correspond à une gamme de valeurs dans laquelle devrait se trouver le paramètre de la population. » (Fortin & Gagnon, 2022, p. 264)

Likelihood Ratio Test : « La probabilité qu'un résultat de test donné soit attendu chez un patient atteint du trouble cible, par rapport à la probabilité que ce même résultat soit attendu chez un patient non atteint du trouble cible. » (University of Oxford, 2025)

Logiciel Stata : « Logiciel de statistique complet et intégré conçu pour répondre aux besoins en sciences des données : analyses avancées, visualisations personnalisées, manipulation fluide des données et génération automatisée de rapports reproductibles. » (Ritme, 2025)

Méta-analyse : « Approche qui consiste à rassembler les données issues d'études quantitatives comparables et à les soumettre de nouveau à des analyses statistiques. » (Fortin & Gagnon, 2022, p. 264)

Méta-synthèse : « Démarche qui examine les connaissances issues de plusieurs études qualitatives pour en dégager les éléments essentiels et pour en faire une intégration globale. » (Fortin & Gagnon, 2022, p. 264)

Opérateurs booléens : « Termes qui servent à unir des mots-clés dans un repérage documentaire. » (Fortin & Gagnon, 2022, p. 264)

Post-hoc : « Analyse à postériori qui peut révéler des informations importantes pour la planification d'études ultérieures, mais avec certaines limites. » (ALS, 2022)

PubMed/Medline : « Base de données internationales en science de la santé. » (Fortin & Gagnon, 2022, p. 65)

Randomisation aléatoire : « Mode de distribution des participants dans les groupes au moyen de méthodes probabilistes donnant à chaque sujet une chance égale de faire partie de l'un ou de l'autre groupe. » (Fortin & Gagnon, 2022, p. 466)

Recherche scientifique : « Démarche systématique d'acquisition de connaissances qui repose sur la collecte de données empiriques en vue de décrire, d'expliquer, de prédire ou de contrôler des phénomènes. » (Fortin & Gagnon, 2022, p. 4)

Régression binominale négative : « Similaire à la régression multiple classique, sauf que la variable dépendante est un nombre observé qui suit la distribution binominale négative. Ainsi, les valeurs possibles de la variable dépendante sont les entiers non négatifs. » (Statistical Consulting Group, 2021)

Régression logistique : « Procédure de régression multiple visant à vérifier l'effet d'une ou plusieurs variables indépendantes sur une variable dépendante dichotomique ; à prédire les cotes associées à la présence ou à l'absence de la variable Y en se basant sur les variables X. » (Fortin & Gagnon, 2022, p. 466)

Revue systématique : « Synthèse servant à regrouper des études qui présentent des méthodes appropriées pour examiner des questions de recherche précises. » (Fortin & Gagnon, 2022, p. 59)

Score de propension : « Correspond à la probabilité conditionnelle d'être exposé, pondérée par la présence des covariables. » (Moulis & Lapeyre-Mestre, 2018)

Test de Fisher : « Méthode statistique appropriée à l'analyse des relations entre deux variables binaires dans de petits échantillons. » (Kassel, 2025)

Test de Kruskal-Wallis : « Test inférentiel non paramétrique qui exprime les différences dans la distribution entre trois groupes ou plus. » (Fortin & Gagnon, 2022, p. 392)

Test de Pearson X^2 ou Test de McNemar : « Test inférentiel non paramétrique qui exprime l'importance de l'écart entre les fréquences observées et les fréquences théoriques. » (Fortin & Gagnon, 2022, p. 393)

Test de Wilcoxon Rank Sum : « Test non paramétrique servant à déterminer s'il existe une relation entre deux mesures corrélées de la même variable dans laquelle l'échelle de mesure est au moins ordinale. » (Fortin & Gagnon, 2022, p. 391)

Test t Student : « Test paramétrique servant à déterminer la différence entre les moyennes de deux populations » (Fortin & Gagnon, 2022, p. 389)

Variable : « Expression quantitative d'un concept ou d'un construit » (Fortin & Gagnon, 2022, p. 39)

Variable catégorielle : « Peut être nominale si elle ne représente pas d'ordre de grandeur ou ordinale s'il est possible d'établir un ordre de grandeur entre les catégories » (Fortin & Gagnon, 2022, p. 40)

Variable continue : « On dit qu'une variable est continue si elle prend un nombre infini de valeurs réelles possibles à l'intérieur d'un intervalle donné. » (Gouvernement du Canada, 2021)

Glossaire général

ASA score : « Le système de classification à lui seul ne permet pas de prédire les risques périopératoires, mais utilisé avec d'autres facteurs (par exemple, le type de chirurgie, la fragilité, le niveau de déconditionnement), il peut être utile pour prédire les risques périopératoires. » (American Society of Anesthesiologists [ASA], 2020)

Échelle FLACC : « C'est une échelle multidimensionnelle d'hétéroévaluation de l'intensité de la douleur postopératoire, de la douleur aiguë et de la douleur induite. Cette échelle est élaborée pour mesurer la douleur de la personne handicapée de 0 à 18 ans. » (Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG], 2016a)

Échelle numérique : « C'est une échelle unidimensionnelle d'auto-évaluation de l'intensité de la douleur. À utiliser auprès des patients communicants, à partir de 6 ans (adultes/enfants : selon la capacité de compréhension de l'enfant, elle peut être aussi proposée à un enfant plus jeune). C'est une échelle simple, rapide qui permet des mesures répétées et rapprochées. Elle permet de dépister la douleur du patient, de la quantifier et de suivre son évolution. » (HUG 2016b)

Échelle N-PASS : « Échelle d'évaluation de la douleur, de l'agitation et de la sédation en néonatalogie. Les critères d'évaluation sont les suivants : pleurs/ irritabilité, comportement/ état d'éveil, expression faciale, extrémité/ tonus musculaire, signes vitaux (FC, FR, TA, SpO2). » (Direction des soins infirmiers et de la santé physique [DSISP], 2022)

Périopératoire : « La deuxième phase périopératoire qui concerne l'intervention chirurgicale elle-même. Elle débute avec l'arrivée du patient au bloc opératoire et se termine avec son transfert vers l'unité de soins post-anesthésiques. » (Whitlock, 2024)

Vision tunnel : « L'effet tunnel correspond à un dysfonctionnement psychique, un biais cognitif qui amène à la fixation sur le résultat attendu, ce qui favorise la survenue d'erreurs en empêchant de considérer tous les éléments à disposition » (Bertaux et al., 2020)