

DISPARITÉ RACIALE ET ETHNIQUE EN ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALE

Gabrielle Barrieau, MD HSCM

CSB - Anesthésie obstétricale

Université de Montréal

17 septembre 2026



OBJECTIFS

- Maîtriser le vocabulaire lié aux iniquités sociales en santé
- Connaître l'impact de la disparité sur le suivi et la prise en charge obstétricale
- Connaître l'impact de la disparité sur la morbidité et mortalité maternelle
- Identifier des stratégies possibles pour prendre en charge ces inégalités

INÉGALITÉS RACIALES ET ETHNIQUES

- Les inégalités raciales et ethniques sont fréquentes dans les soins de santé
 - Persistent malgré des décennies d'initiatives en santé publique
 - Touchent plusieurs populations vulnérables (nouveaux arrivants, réfugiés, allophones, communautés rurales, communautés autochtones)
 - Impacts en mortalité et morbidité maternelles sont les plus marquants
- Héritage et stigmates sociaux et culturels douloureux, mais intrinsèquement lié à ces inégalités
 - Statues représentant Anarcha, Betsey et Lucy, femmes esclavisées à la fin des années 1840, en Alabama
 - Elles ont subi les sévices de Dr J Marion Sims, qui pratiquait sur elles des interventions chirurgicales douloureuses **sans anesthésie, sans soulagement de la douleur et sans leur consentement.**

DÉFINITIONS

- Race (construction sociale) : description (sans aucune validité) d'individu partageant un même phénotype (ascendance commune)
- Ethnicité (construction sociale) : description (sans aucune validité) d'individus avec une ascendance commune partageant une même culture (langue, traditions)
- Déterminisme génétique (fausse croyance) : les gènes déterminent les différences phénotypiques et les différences alléliques sont à l'origine des disparités
 - Aucune valeur puisque la variabilité génétique à l'intérieur d'un même groupe est plus grande que celle observée entre différents groupes
- Disparité
NIMHD : différence en matière de santé qui affecte défavorablement des populations désavantagées
US Agency for Healthcare Research and Quality : différence entre deux groupes lorsque la différence absolue est statistiquement significative et que la différence relative est d'au moins **10 % plus défavorable pour le groupe de référence**
- Intersectionnalité : la situation d'une personne qui subit en même temps plusieurs formes de discrimination ou de domination dans une société
- Minorité visible → **Majorité Globale**

DÉFINITIONS

- Racisme structurel: Systèmes de pouvoir fondés sur des injustices et des facteurs sociaux qui désavantagent systématiquement les personnes racisées (*et favorisent les personnes blanches*) par des inégalités (*logement, éducation, emploi, représentation, santé, justice*).
- Racisme interpersonnel: Interactions discriminatoires entre individus fondées sur des présomptions différentielles quant aux capacités et aux intentions d'autrui, entraînant des comportements différents envers les personnes en fonction de leur race, de manière consciente ou inconsciente, incluant des actes faits ou omis (*manque de respect, la méfiance, la dévalorisation, la désignation de boucs émissaires et la déshumanisation des autres*).
- Discrimination: Fait de traiter une personne de manière moins favorable ou plus favorable en raison du groupe, de la classe ou de la catégorie auxquels elle appartient, découlant de biais, de préjugés ou de stéréotypes. La discrimination peut se manifester par des différences dans les soins de santé, la communication clinique et la prise de décision partagée.

SOURCES
DE
DISPARITÉ

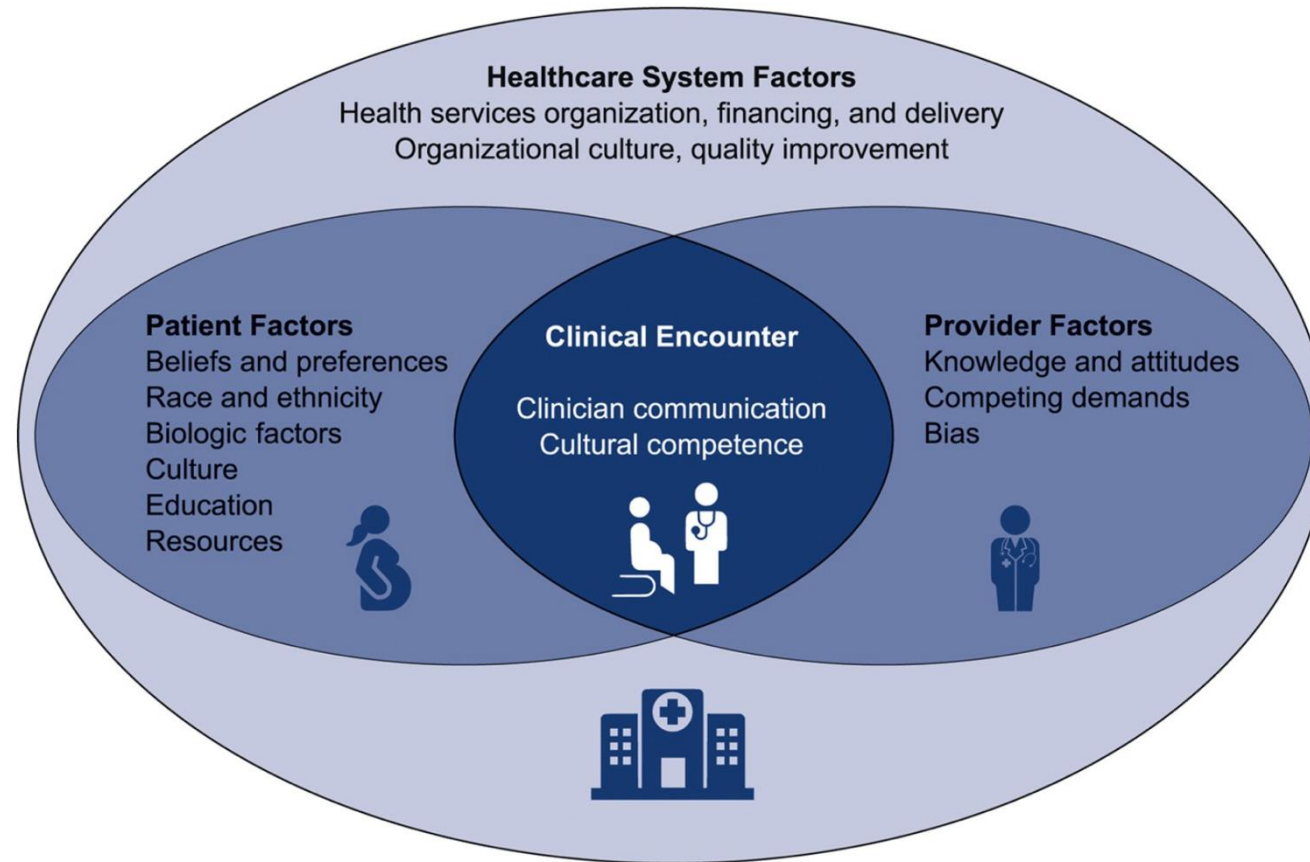


FIG. 14.1 Origins of Healthcare Disparities. Adapted from Kilbourne AM, Switzer G, Hyman K, et al. Advancing health disparities research within the health care system: a conceptual framework. *Am J Public Health.* 2006;96:2113–2121.

IMPACTS DU RACISME STRUCTUREL

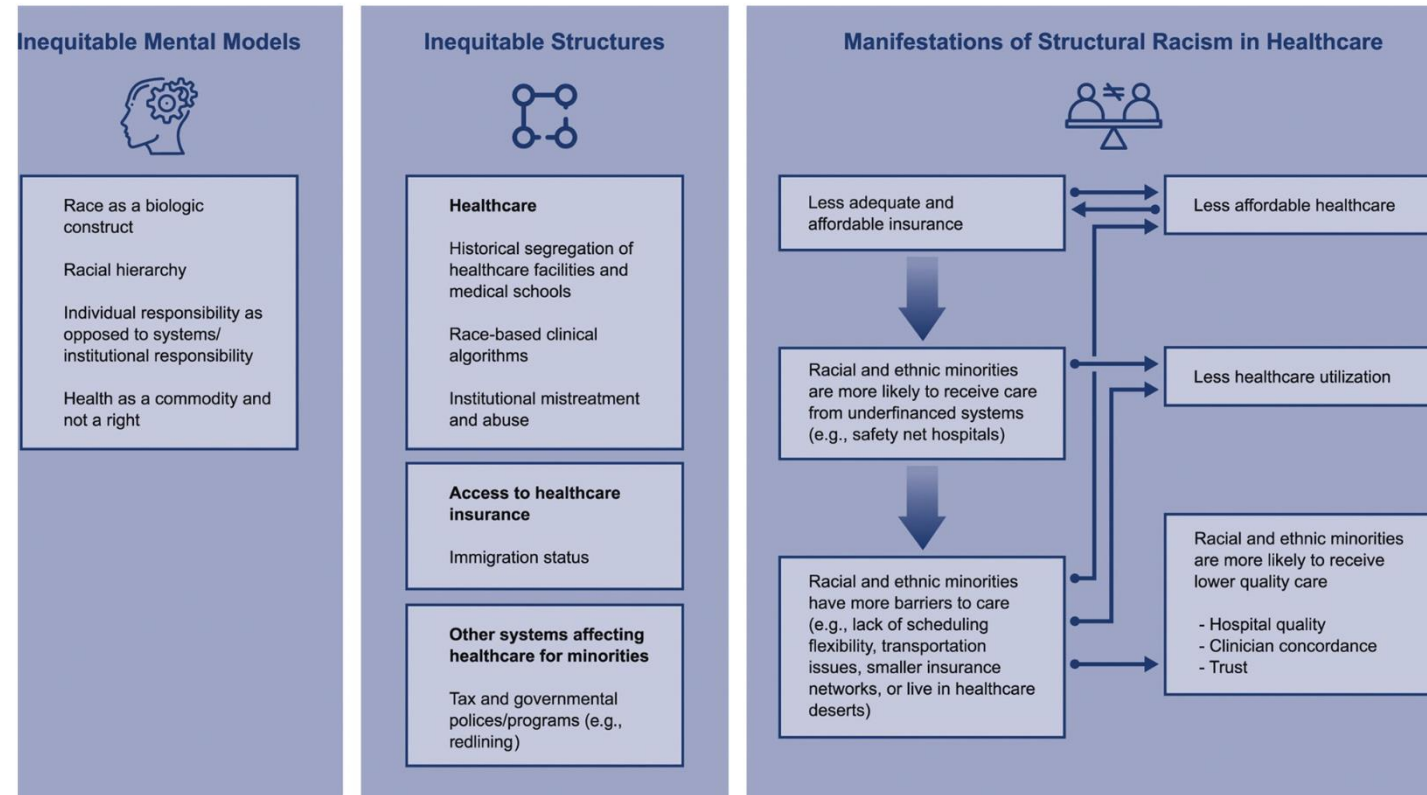


FIG. 14.3 Conceptual Map of Structural Racism in Healthcare. Adapted from Furtado K, Verdeflor A, Waidmann T. A conceptual map of structural racism in health care; 2023.

DISPARITÉ ET SOINS PRÉ-NATAUX

- Les soins prénataux (instauré tôt, qualité adéquate) améliorent les résultats maternels et périnataux, même par sous-groupes populationnels.
- Absence ou début tardif de soins prénataux plus élevés chez les femmes noires (10%), hispaniques (9%), autochtones (12%), autochtones hawaïennes et des autres îles du Pacifique (22%) que chez les femmes caucasiennes.
- Obstacles aux soins prénataux = multifactoriels, mais
 - Accès limité touche de manière disproportionnée les femmes victimes de disparités
 - Expériences de discrimination pouvant freiner l'initiation des soins prénataux
 - Femmes noires et hispaniques 3x + susceptibles de déclarer avoir subi de la discrimination
- Accès aux soins prénataux = potentiel préventif + important
 - Augmentation de l'incidence de comorbidités dans ces populations (*obésité, troubles hypertensifs, db, maladie chronique*)
- Autoaccès à l'information comporte un biais culturel important:
 - 10 questions sur l'épidurale durant l'accouchement sur ChatGPT 3.5, qualité moindre d'informations en espagnol qu'en anglais

DISPARITÉ ET SOINS ANESTHÉSQUES

L'analgésie neuraxiale du travail = traitement le + efficace contre la douleur associée à l'accouchement.

- Recommandée par l'ACOG et l'ASA
- Utilisée par 55-75% de la population américaine
- Utilisation moindre chez les femmes noires et hispaniques (OR 0,86 et 0,75)
 - *Même avec ajustement pour l'âge maternel, le statut métropolitain et la disponibilité anesthésique*

Écart dans le désir anticipé de recevoir l'épidurale pour le travail

- Femmes hispaniques (51%), femmes noires (61%) et femmes caucasiennes (81%)
- Variabilité entre la population hispanique unilingue espagnol vs hispanique anglophone (intention d'utilisation - OR 0.70, utilisation OR 0.88)

Facteurs contributifs = idées fausses, craintes, conseils de l'entourage

- Peur de la paralysie (76%), lombalgies chroniques (54%), entourage déconseillant la procédure (36%)
- Après une séance d'information, augmentation de l'intention de recourir à l'épidurale (14% à 38%)
- ECR – 200 patientes – programme structuré d'éducation sur l'analgésie neuraxiale adapté à leur langue: les femmes hispaniques ayant participé étaient + susceptibles d'utiliser l'épidurale (1.33 vs 1.02)

Accès à l'information = impact du professionnel de la santé faisant le suivi pré-natal.

- Moindre recours à l'analgésie neuraxiale avec suivi de sage-femme (vs obstétriciens)
- Données américaines n'indiquent pas de différences significatives dans la répartition raciale des patients entre sage-femme/obst ** (*portrait différent pour la région montréalaise et les nouveaux-arrivants*)
- Augmentation de la prévalence de césarienne pour une primipare chez les personnes noires, asiatiques et hispaniques (vs caucasiennes).

RACISME STRUCTUREL ET SOINS ANESTHÉSIIQUES

Étude transversale américaine (2017) évalue l'association entre le racisme structurel et le recours à l'analgésie épidurale

- Évaluation du racisme structurel avec un indice fondé sur trois ratios d'inégalités entre les populations noires et blanches
 - Niveau de scolarité
 - Taux de chômage
 - Taux d'incarcération
- Indice divisé en tercile, le 3^e correspondant au niveau + élevé de racisme structurel
- Impact: probabilité de recevoir l'épidurale diminuée de 28% entre 3^e et 1^e tercile chez les femmes noires et de 15% chez les femmes blanches

Moindre utilisation de l'épidurale = augmentation de l'utilisation de l'AG pour une césarienne

- 5,0 % chez les patientes noires;
- 3,7 % chez les patientes hispaniques;
- 2,6 % chez les patientes asiatiques;
- 2,8 % chez les patientes blanches
- Aucune différence raciale dans le taux d'utilisation de l'AG chez les personnes avec KT épidural

Disparité dans l'évaluation de la douleur post-partum

- Incidence de la douleur sévère post-accouchement (>7/10):
 - Femmes noires (28%), hispaniques (22%), caucasienne (20%), asiatique (15%)
- Les femmes noires et hispaniques (vs femmes blanches):
 - Moins d'évaluations de la douleur et moins d'analgésiques opioïdes
 - Moins de prescriptions d'opioïdes au congé

DISPARITÉ ET MORBIDITÉ MATERNELLE

- Morbidité maternelle sévère: issues non intentionnelles du processus de naissance susceptibles d'avoir des conséquences importantes à court et à long terme sur la santé d'une femme.
 - Prévalence américaine 180 pour 10 000 hospitalisations en 2021 (*en augmentation, dans tous les groupes raciaux*)
 - Plus élevés chez tous les groupes que chez les caucasiennes
 - Insulaires du Pacifique (1.53), Autochtones (1.41), Noires (1.39), Asiatiques (1.33), Hispaniques (1.22) (*malgré ajustements des caractéristiques démographiques et socioéconomiques*)
- Impact du racisme structurel:
 - 74% des femmes noires accouchent dans les hôpitaux desservant une proportion moyenne à élevées de patientes noires.
 - Ces établissements présentent des taux de morbidité maternelle sévère plus grands que ceux desservant une faible proportion de femmes noires (18.8 vs 13.3 pour 1000 accouchements)
- Disparité dans la morbidité maternelle:
 - L'origine ethnique **hispanique** = **facteur de risque** indépendant d'atonie utérine nécessitant un traitement pharmacologique.
 - Le **taux de morbidité maternelle sévère** chez les femmes ayant présenté une hémorragie était de **22,1 %** (12 002 cas sur 54 311), le taux le plus élevé ayant été observé chez les **femmes noires (28,6%)** vs les femmes blanches (19.8%)
 - Les femmes noires sont 53% plus susceptibles de recevoir une transfusion sanguine que les femmes blanches dans le contexte d'HPP
 - Les femmes noires présentent un risque plus élevé de **cardiomyopathie péripartum avec** une maladie + sévère au moment du diagnostic et une récupération moins favorable que les femmes blanches

DISPARITÉ ET MORTALITÉ MATERNELLE

- Taux de mortalité maternelle chez les femmes noires est **2,6 fois plus élevé** que celui des femmes blanches
 - AMA: Femmes noires de **>40 ans ont 3.5x plus** de risque de mourir de complications que les femmes blanches (observable aux EUA, Royaume-Uni, Espagne, autres pays)
 - Disparités également observées chez les femmes autochtones (américaines et de l'Alaska)
- Causes principales dans l'écart de mortalité maternelle:
 - Prééclampsie et éclampsie
10x plus de risque de décès chez les femmes noires
8x plus de risque de décès chez les femmes hispaniques
 - Cardiomyopathie péripartum
 - Maladies emboliques
 - Hémorragie
- Impact de la géographie maternelle sur les taux de mortalités
 - Les États américains avec plus forte proportion de femmes noires dans leur population = des taux plus élevés de décès liés à la grossesse, vs les États où la proportion de femmes noires est plus faible.
 - Écart de mortalité survient aussi dans les régions métropolitaines et non seulement rurales
 - La disparité persiste après ajustement pour l'accessibilité géographique

STRATÉGIES POUR RÉDUIRE LES DISPARITÉS

- Étant donné que les disparités en santé sont multifactorielles, des interventions à plusieurs niveaux seront nécessaires pour les réduire ou les éliminer.
- Reduction of Peripartum Racial and Ethnic Disparities Bundle (2018)
(élaboré par le National Partnership for Maternal Safety)
 - Préparation (*Readiness*)
 - Reconnaissance et prévention (*Recognition and Prevention*)
 - Réponse
 - Déclaration et apprentissage systémique (*Reporting and Systems Learnings*)
- Recommandations groupées en cinq thèmes
 - Mesure des disparités
 - Reconnaissance des disparités aux niveaux individuel et systémique
 - Sensibilisation à l'ampleur des disparités
 - Obstacles à la communication
 - Différences dans l'organisation et la structure des soins
- Autonomisation des soins centrés sur les patient(e)s
 - Faible littératie en santé (plus prévalent dans les communautés non-caucasiennes)
 - Moindre recours aux soins préventifs
 - Moindre compréhension des instructions médicales
 - Mortalité plus élevée
 - Prise de décision partagée (clinicien présente les risques et bénéfices pertinents des traitements et leurs alternatives) et intégrer les préoccupations personnelles et culturelles.

STRATÉGIES POUR RÉDUIRE LES DISPARITÉS

Assurer une documentation précise de l'ethnicité et de la langue maternelle des patients	• Personnel avec formation nécessaire pour colliger adéquatement ces données et comprendre leur pertinence • Accès aux services d'interprètes
Disponibilité de l'ethnicité et de la langue maternelle dans les dossiers médicaux (et données utilisables)	• Définir des indicateurs clés de processus et de résultats (ie: recours à la neuraxiale, taux d'AG, taux CPPD et blood patch) et analyser ces données selon la race, l'origine ethnique et la langue principale parlée. • Rendre ces indicateurs de résultats stratifiés accessibles au personnel clinique
Recommandations anesthésiques	• Recevoir une formation sur les disparités raciales et ethniques dans les soins anesthésiques ainsi que sur leurs causes. • Appliquer les meilleures pratiques de prise de décision partagée lors des discussions concernant les procédures (par exemple, l'analgésie neuraxiale pendant le travail) • Collaborer avec les autres professionnels impliqués dans les soins périnataux afin d'identifier les femmes à risque de complications, de participer à une planification multidisciplinaire des soins • Mettre en place des protocoles standardisés, réduisant les variations dans les soins. (ie: le protocole ERAC du SOAP) • Les anesthésiologistes devraient participer activement à des initiatives d'amélioration de la qualité visant à réduire les disparités raciales et ethniques.
Participation à des initiatives favorisant la diversité de la du personnel, en anesthésiologie et à l'échelle de l'établissement.	• Encourager la participation aux programmes de développement de la relève et le mentorat auprès d'apprenants issus de milieux diversifiés tout au long du continuum de formation. • Évaluer la culture d'équité au sein du département et de l'organisation. • Mettre en œuvre des stratégies favorisant l'équité, telles que l'évaluation globale des candidats lors des entrevues

QUESTIONS?

Commentaires? Clarifications?

gabrielle.barrieau@umontreal.ca

Éléments principaux à retenir:

- Les disparités en santé sont un problème majeur de santé publique
- Entraînent des écarts sévères de morbidité et mortalité maternelle
- La documentation précise de données et l'utilisation de ces données sont essentielles afin d'obtenir des indicateurs de résultats
- Des protocoles standardisés permettent de diminuer les biais implicites



RÉFÉRENCES

1. Michelle Browder's *Mothers of Gynecology* monument in Montgomery [Stephen Zucker via Flickr under CC BY-SA 2.0](#)
2. Chestnut, David H.. *Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, Chapter 14*. Seventh edition. Philadelphia, PA: Elsevier, 2025.
3. Creanga AA, Berg CJ, Syverson C, et al. Pregnancy-related mortality in the United States, 2006–2010. *Obstet Gynecol*. 2015; 125:5–12.
4. Osterman MJK, Hamilton BE, Martin JA, et al. Births: final data for 2022. *Natl Vital Stat Rep*. 2024;73:1–56.
5. Attanasio L, Kozhimannil KB. Patient-reported communication quality and perceived discrimination in maternity care. *Med Care*. 2015;53:863–871.
6. Gonzalez Fiol A, Mootz AA, He Z, Delgado C, Ortiz V, Reale SC. Accuracy of Spanish and English-generated ChatGPT responses to commonly asked patient questions about labor epidurals: a survey-based study among bilingual obstetric anesthesia experts. *Int J Obstet Anesth*. 2025 Feb;61:104290. doi: 10.1016/j.ijoa.2024.104290. Epub 2024 Nov 6. PMID: 39579604
7. Butwick AJ, Bentley J, Wong CA, et al. United States state-level variation in the use of neuraxial analgesia during labor for pregnant women. *JAMA Netw Open*. 2018;1:e186567.
8. Toledo P, Sun J, Grobman WA, et al. Racial and ethnic disparities in neuraxial labor analgesia. *Anesth Analg*. 2012;114:172–178.
9. Togioka BM, Seligman KM, Werntz MK, et al. Education program regarding labor epidurals increases utilization by Hispanic Medicaid beneficiaries: a randomized controlled trial. *Anesthesiology*. 2019;131:840–849.
10. Orejuela FJ, Garcia T, Green C, et al. Exploring factors influencing patient request for epidural analgesia on admission to labor and delivery in a predominantly Latino population. *J Immigr Minor Health*. 2012;14:287–291.
11. Guglielminotti J, Lee A, Landau R, et al. Structural racism and use of labor neuraxial analgesia among non-Hispanic Black birthing people. *Obstet Gynecol*. 2024;143:571–581.
12. Thomas CL, Lange EMS, Banayan JM, et al. Racial and ethnic disparities in receipt of general anesthesia for cesarean delivery. *JAMA Netw Open*. 2024;7:e2350825.
13. Lee W, Martins MS, George RB, Fernandez A. Racial and ethnic disparities in obstetric anesthesia: a scoping review. *Can J Anaesth*. 2023 Jun;70(6):1035–1046. doi: 10.1007/s12630-023-02460-z. Epub 2023 May 10. PMID: 37165125; PMCID: PMC10370345.
14. Eliner Y, Gulersen M, Chervenak FA, Lenchner E, Grunebaum A, Phillips K, Bar-El L, Bornstein E. Maternal education and racial/ethnic disparities in nulliparous, term, singleton, vertex cesarean deliveries in the United States. *AJOG Glob Rep*. 2021 Dec 4;2(1):100036. doi: 10.1016/j.xagr.2021.100036. PMID: 36274969; PMCID: PMC9563532.

RÉFÉRENCES

16. American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal-Fetal Medicine, Kilpatrick SK, Ecker JL. Severe maternal morbidity: screening and review. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;215:B17–B22.
17. Fink DA, Kilday D, Cao Z, et al. Trends in maternal mortality and severe maternal morbidity during delivery-related hospitalizations in the United States, 2008 to 2021. *JAMA Netw Open.* 2023;6:e2317641.
18. Howell EA, Egorova N, Balbierz A, et al. Black-white differences in severe maternal morbidity and site of care. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;214:122.e1e7.
19. Wetta LA, Szychowski JM, Seals S, et al. Risk factors for uterine atony/postpartum hemorrhage requiring treatment after vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;209:51.e1e6.
20. Main EK, Chang SC, Dhurjati R, Cape V, Profit J, Gould JB. Reduction in racial disparities in severe maternal morbidity from hemorrhage in a large-scale quality improvement collaborative. *Am J Obstet Gynecol.* 2020 Jul;223(1):123.e1–123.e14. doi: 10.1016/j.ajog.2020.01.026. Epub 2020 Jan 21. PMID: 31978432; PMCID: PMC8923030.
21. Fleszar LG, Bryant AS, Johnson CO, et al. Trends in state-level maternal mortality by racial and ethnic group in the United States. *JAMA.* 2023;330:52–61.
22. Rosenberg D, Geller SE, Studee L, Cox SM. Disparities in mortality among high risk pregnant women in Illinois: a population based study. *Ann Epidemiol.* 2006;16:26–32.
23. Moaddab A, Dildy GA, Brown HL, et al. Health care disparity and state-specific pregnancy-related mortality in the United States, 2005–2014. *Obstet Gynecol.* 2016;128:869–875.