

INTERVIEW

Le genre sous le stéthoscope de la médecine

De nombreuses études, publiées dans des revues scientifiques internationales, ont démontré l'importance de prendre en compte la dimension du genre afin d'améliorer la qualité des soins et d'éviter des disparités en santé liées au genre. Les Nations Unies, l'OMS et le Conseil de l'Europe ont fait de la stratégie « *gender mainstreaming* » une priorité en vue de diminuer les inégalités entre hommes et femmes, notamment en termes de santé¹¹. Depuis une quinzaine d'années, l'École de médecine de Lausanne développe un projet d'intégration du genre dans le cursus prégradué¹². Entretien avec la Professeure Carole Clair et la Docteure Joëlle Schwarz, de l'Unité santé et genre d'Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, à l'Université de Lausanne.

QUESTION SANTÉ

Comment l'Unité santé et genre en est-elle venue à être créée et à bénéficier d'un mandat de l'École de médecine de l'Université de Lausanne ?

CAROLE CLAIR

La prise en compte du genre est essentielle pour améliorer la qualité des soins, tant des femmes que des hommes. Il est aussi important qu'elle soit basée sur les preuves scientifiques non biaisées. A cet égard, le

transfert des connaissances est important et doit se faire à plusieurs niveaux, partant de la production de la connaissance pour aller vers son application et son intégration dans la pratique clinique. Rattachée à la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne, l'Unité santé et genre (Unisanté) a vu le jour en 2019. Parallèlement, un poste de professeure en médecine et genre a été créé, poste que j'occupe depuis 2019. Avec Joëlle Schwarz,

¹¹ Dr Carole Clair, Pr Jacques Cornuz, Pr Pierre-Alexandre Bart et Joëlle Schwarz, *Médecine et genre : quels enjeux pour la pratique ?*, Rev Med Suisse, 2018, p.1953.

¹² Dre Alexina Legros Lefevre, Dre Virginie Schlüter et Pre Carole Claire, *Intégrer le genre dans l'enseignement médical prégradué : actualités et perspectives pédagogiques*, Rev Med Suisse, 2021, p. 1251.



*Joëlle Schwarz
et Carole Clair*

sociologue et épidémiologue qui co-dirige cette unité, l'idée était vraiment de créer une unité bicéphale parce que si les questions de genre en santé relèvent de la médecine et de la biologie, elles relèvent aussi énormément des sciences sociales. Ces questions doivent être traitées de façon multidisciplinaire.

Une de nos missions est d'essayer d'intégrer les questions du genre dans l'enseignement des futur-e-s médecins. Le genre teinte en effet la pratique clinique à de multiples niveaux. Ceci se voit par exemple dans l'apprentissage et la transmission des connaissances médicales, actuellement encore fortement empreintes d'androcentrisme et découlant d'études scientifiques incluant majoritairement des sujets masculins.

— JOËLLE SCHWARZ

Petit à petit, nous avons réussi à créer un cursus, même s'il n'est pas encore parfait. Actuellement, chaque étudiant-e de l'École de médecine bénéficie d'un enseignement spécifique centré sur le genre en médecine, dès la première année et de façon quasi continue. Nous avons différents modules d'enseignement qui vont du cours classique donné en grand auditoire à des séminaires qui permettent des discussions beaucoup plus réflexives. Nous intervenons aussi régulièrement dans les congrès ou les dispositifs de formation continue auprès de médecins de différentes disciplines.



“L’idée générale est qu’il soit naturel pour chaque enseignant-e de parler de ces questions-là, sans forcément qu’elle/il y consacre une ou deux heures de cours ou tout un séminaire.”

— **Carole Clair**

—
Q.S. Dans un des articles parus dans *La Revue Médicale Suisse*, vous disiez que l’« une des spécificités de la notion de genre en médecine est sa transversalité : il ne s’agit pas à proprement parler d’une discipline en soi, mais plus d’un prisme au travers duquel toute discipline médicale peut être appréhendée ».

—
J.S. Si nous avons des cours plus théoriques pour définir ce que sont les dimensions de sexe et de genre et la manière dont ils interagissent à travers différents exemples, nous œuvrons à sensibiliser les responsables de chaque discipline médicale (maladies cardiovasculaires, dépression, etc.) afin que soit intégrée la dimension du genre dans les enseignements, là où elle est pertinente. Ceci, au niveau du contenu et de la forme. Le contenu pour transmettre les connaissances sur certaines spécificités physiologiques ou alors sur des différences de prévalence ou de manifestations de maladies. La forme pour éviter, par exemple, d’utiliser des vignettes cliniques

androcentrées, c’est-à-dire décrites sur la base du corps masculin blanc de 45 ans, 70 kilos.

Autre exemple : notre collègue pharmacologue inclut la question des effets secondaires des médicaments qui peuvent être différents entre les hommes et les femmes.

—
C.C. Un autre collègue, spécialisé en néphrologie (maladies du rein), s’intéresse depuis une quinzaine d’années aux différences de fonctionnement du rein entre les hommes et les femmes. Non seulement, il enseigne, mais il a également développé toute une ligne de recherches autour de ces questions-là.

L’idée générale est qu’il soit naturel pour chaque enseignant-e de parler de ces questions-là, sans forcément qu’elle ou qu’il y consacre une ou deux heures de cours ou tout un séminaire. Les collaborations avec les responsables et spécialistes dans les disciplines médicales sont un élément majeur de l’intégration.

Prendre en compte la question du genre pour mieux soigner

—

Q.S. *Concrètement, comment faire pour que la prise en compte du genre devienne naturelle dans la pratique clinique ? Est-ce que la prise en charge de la douleur et des maladies comme l'endométriose ou la fibromyalgie, plutôt considérées comme des maladies « féminines », s'est améliorée ?*

—

C.C. De façon générale, des études ont montré qu'on prend moins au sérieux la douleur chez une femme. Cette dernière va attendre plus longtemps avant de recevoir des traitements qui la soulagent. Et souvent, quand elle en reçoit, on lui prescrit des doses qui ne sont pas adaptées. On arrive à identifier des biais de genre dans la prise en charge des patient-e-s, mais les méthodes pour les réduire ne sont pas très bien établies. La sensibilisation aux biais¹³ ne semble pas être suffisante, car ceux-ci étant inconscients, les soignant-e-s tendent à réagir spontanément en disant : « Mais non, moi, je traite tous mes patients de la même façon ».

Par ailleurs, au-delà du genre, on observe également des biais par rapport à l'origine des patient-e-s. On entend encore parfois circuler dans les soins le stéréotype du « syndrome méditerranéen ». Ce n'est pas du tout un syndrome, c'est un stéréotype qui suggère que les personnes vivant dans le pourtour méditerranéen seraient plus démonstratives quand elles présentent une douleur et qu'il faudrait par conséquent la minimiser. Ce genre de stéréotype est assez tenace, malheureusement.

Nous avons mené une étude localement, sur la base de vignettes cliniques, où nous avons demandé à des urgentistes comment elles et ils prendraient en charge différents types de douleurs. Nous avons établi une version « Homme » et une version « Femme » en faisant varier certains paramètres. Il en ressort que la prise en charge de la douleur évoluait un peu, ce n'était pas flagrant, ce qui nous a un peu rassurées. Mais il est vrai que dans l'enseignement, par exemple, les étudiant-e-s rapportent qu'elles et ils observent le phénomène de banalisation de la douleur chez les femmes.

—

¹³ Processus propre au cerveau humain qui nous permet de prendre des décisions plus rapidement grâce à une série de raccourcis mentaux dont nous n'avons pas toujours conscience.
Dr Geraldine Pignot, *Stéréotypes de genre et biais inconscients*, sur : <https://urlz.fr/1514>

“Le genre, mais aussi l’origine ethnique, l’âge, la classe sociale, le fait de maîtriser le français ou de ne pas l’avoir comme première langue, toutes ces dimensions sociales vont exercer une influence sur la prise en charge médicale du début à la fin. L’objectif est de comprendre les mécanismes en jeu et de pouvoir utiliser ces données pour changer les pratiques et améliorer la prise en charge des patient·e·s.”

— Joëlle Schwarz

—
Q.S. *Par rapport à la santé mentale, subsiste-t-il une différence de traitement entre les hommes et les femmes, notamment quand on sait que l'hystérie, appelée aussi « maladie de l'utérus », a longtemps été diagnostiquée comme une névrose chez des femmes dont les comportements ne correspondaient pas à ce que la société attendait d'elles ?*

—
C.C. Nous sommes sortis du diagnostic d'hystérie chez les femmes, mais on voit qu'il peut demeurer une tendance ou un biais qui peut mener à des interprétations d'origine psychosociale des plaintes chez les patientes. Cela est aussi documenté dans la littérature scientifique : pour des femmes qui arrivent avec une plainte de douleur à la poitrine, peut-être qu'il peut y avoir un biais à penser d'abord à quelque chose qui serait lié à l'anxiété ou à une situation de stress. Ce biais peut non seulement être observé chez les soignant·e·s, mais il est parfois amené aussi par les patientes elles-mêmes.

Ce qui se passe avec la dépression est aussi intéressant. C'est un peu l'inverse de ce que l'on peut observer avec les maladies cardiovasculaires (sous-diagnostiquées chez la femme). Historiquement, on s'est beaucoup intéressé à la santé mentale des femmes. Et pour certaines maladies comme la dépression, elle était davantage et mieux décrite avec les symptômes qu'on trouvait chez les femmes, notamment aussi parce que la dépression prévaut chez ces dernières. La description des symptômes est plutôt féminine. Or les symptômes qu'on retrouve plus fréquemment chez les hommes qui souffrent de dépression, comme l'agressivité, la consommation de substances et une prise de risques accrue, étaient moins bien décrits dans la littérature, notamment dans le *Manuel diagnostique de la santé mentale*, jusqu'à sa dernière révision où cela a été corrigé. La dépression chez les hommes est donc moins bien diagnostiquée et moins bien prise en charge.

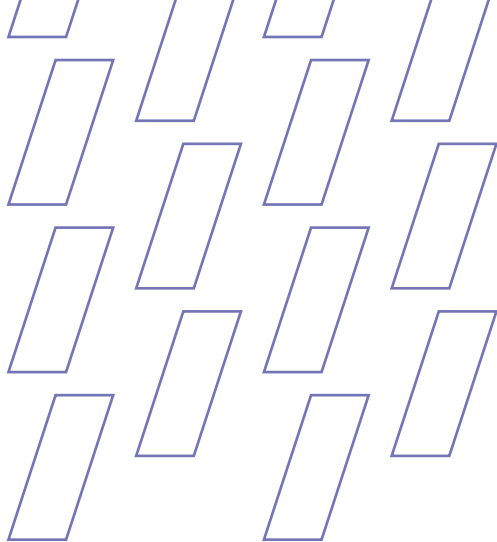
—
Q.S. *Faut-il sensibiliser davantage les soignant·e·s à la question des biais ?*

—
J.S. Nous voulons travailler davantage sur les biais de genre. Nous menons depuis 2019 un enseignement et une recherche pour comprendre et décrire à quel moment de la consultation médicale les biais s'immiscent et comment ils opèrent, de la première interaction ou de l'anamnèse des patient·e·s jusqu'à la décision de prise en charge. Comment agissent ces biais lorsqu'on doit poser des questions sur le contexte familial ou professionnel ? Lorsqu'on doit faire une anamnèse sexuelle par exemple ? Là, beaucoup de biais peuvent surgir : ils sont liés au genre, mais aussi aux autres dimensions. L'origine ethnique, l'âge, la classe sociale, le fait de maîtriser le français ou de ne pas l'avoir comme première langue, toutes ces dimensions sociales vont exercer une influence sur la prise en charge du début à la fin. L'objectif de l'étude est de comprendre les mécanismes en jeu et ensuite de pouvoir utiliser ces données dans l'enseignement pour changer les pratiques et améliorer la prise en charge des patient·e·s.

D'autres dimensions de la question du genre

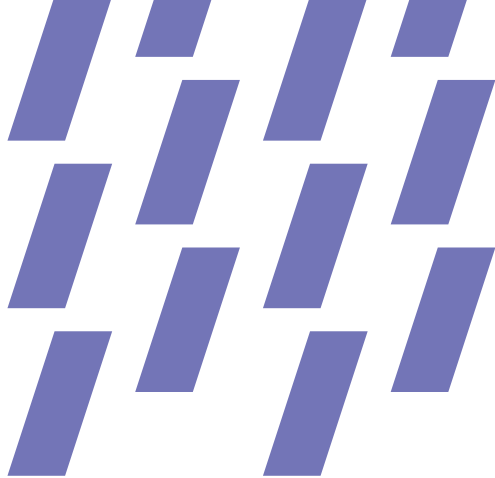
—
Q.S. *Dans l'enseignement donné aux futur·e·s médecins, la question de la prise en charge des personnes LGBTQIA+ est-elle également abordée ?*

—
C.C. Dans le cursus, il y a un cours spécifique sur la prise en charge des personnes LGBTQIA+, enseigné par notre collègue Raphaël Bize. De notre côté, nous abordons la thématique au cours de l'enseignement sur les biais, notamment si les étudiant·e·s amènent des situations concernant ce thème. En quoi l'orientation sexuelle ou la transidentité d'une personne par exemple est pertinente pour la prise en charge d'une grippe ? Est-ce que des biais peuvent exister ? Peut-être qu'on ose moins poser de questions ou on a des projections sur les personnes en fonction de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre. Nous déconstruisons les représentations sociales qui peuvent exister, et nous discutons avec les étudiant·e·s des attitudes et gestes pour une prise en charge qui soit optimale.



Par rapport à la pratique médicale, il y a des questions à poser aux personnes trans pour une bonne prise en charge, et ainsi il faut savoir ce qui est cliniquement pertinent à connaître. Chez les personnes transgenres, il existe une grande diversité de situations : certaines personnes sont en cours de transition, dont certaines sous hormonothérapie, alors que d'autres ne le sont pas ; certaines ont fait des chirurgies et d'autres pas, etc. Parfois, établir un inventaire des organes de la personne est pertinent cliniquement. Il faut savoir poser ces questions car seule la personne concernée est en possession des informations. Il ne s'agit pas non plus de tomber dans le piège de la curiosité qui n'a plus rien à voir avec le besoin d'avoir des informations pertinentes pour la clinique.

Nous thématisons aussi la notion de comment être adéquat socialement avec des personnes dont on a un doute sur l'identité de genre : essayer d'abandonner le « Bonjour, monsieur », « Bonjour, madame ». En demandant par exemple aux personnes de dire comment elles souhaitent être appelées. C'est toute la question de savoir comment entrer en interaction avec des personnes pour maintenir un lien thérapeutique et donc de soigner la relation dès la première interaction. A relever que les étudiant-e-s aujourd'hui sont souvent assez à jour sur ces questions !



—
Q.S. *Dans l'enseignement et dans la pratique clinique, vous réussissez à aborder pas mal de sujets liés à la question du genre. Rencontrez-vous encore des réticences ?*

—
C.C. On observe toujours des réticences. Cela fait longtemps que nous nous intéressons au sujet et que nous y travaillons : nous voyons que ces réticences commencent à être moins importantes. Au début, c'était surtout difficile parce qu'il y avait un peu de méconnaissance. Quand nous parlions de genre, les gens pensaient que c'était le fait qu'il n'y ait pas assez de femmes à des postes à responsabilités en médecine ou dans la profession médicale. Il y avait aussi une crainte que ce soit une activité militante, féministe.

Au début, il faut bien l'avouer, c'était plus compliqué parce qu'il fallait vraiment arriver en posant les bases, en expliquant,

en étant très factuelles. Et il est vrai que nous le faisons encore beaucoup : nous essayons vraiment d'aborder la question avec des données scientifiques solides pour pouvoir convaincre, nous y passons beaucoup de temps. Et même s'il y a de moins en moins de réticences, il y en a quand même toujours. Cependant, le fait que cette question-là soit mise à l'agenda politique et celui des institutions nous aide à passer moins de temps à devoir justifier la thématique et à convaincre.

—
J.S. Parlant d'institutions, il nous semble utile aussi de mentionner ce mandat venu de la Faculté de biologie et de médecine en 2019, nous demandant de mettre en place un enseignement de prévention du sexisme et du harcèlement sexuel dans le milieu des soins. C'est un petit peu différent de l'intégration de la dimension du genre dans la santé ou dans la pratique clinique. Ce mandat fait suite à un mou-

vement d'étudiantes de la faculté qui ont exprimé leur ras-le-bol¹⁴, dans la lignée du mouvement #metoo : c'était en 2018. Nous avons eu carte blanche pour monter cet enseignement, et il a pris la forme d'un théâtre-forum où les étudiant·e·s testent, dans une sorte de laboratoire sur scène, des réactions, des réponses et des attitudes face à des propos ou des gestes sexistes. Cela permet d'aborder des questions comme « Qu'est-ce qu'évoluer dans le milieu clinique où le sexisme, le racisme, etc., sont largement présents ? », « Comment peut-on agir dans ces situations-là, lorsqu'on est ciblé·e ou lorsqu'on est témoin ? », etc.

– Propos recueillis par
A. Lualaba Lekede

¹⁴ En 2018, un sondage réalisé à Lausanne par et auprès des étudiantes en médecine révèle qu'ils ou elles sont témoins et victimes de nombreux comportements sexistes durant leur formation et leur pratique clinique. Les témoignages récoltés comportaient des récits d'agressions sexuelles, d'avances sexuelles et de microagressions qui ont un impact personnel et professionnel sur les victimes. Voir : Lola Aubry, Romaine Delacrétaz, Eva Piccand, Lea Rufener et Ilire Rrustemi, « *Le problème, c'est qu'elle est mal baisée* » : la lutte contre le sexisme en milieu médical mené par les étudiant·e·s en médecine, Rev Med Suisse, 2021.

N.B. : Les microagressions sont des événements subtils, répétés, qui peuvent être non intentionnels et généralement non reconnus par les agresseurs.

Pour aller plus loin...

- « Santé et genre », in : Enquête suisse sur la santé (ESS) 2017, Office fédéral de la statistique (OFS) (<https://urlz.fr/t7GY>).
- Dre Alexina Legros-Lefevre, Pre Carole Clair, Dre Joëlle Schwarz, Prs Markus Schäfer, Nicolas Demartines et Dre Styliani Mantziari, *Hernie inguino-fémorale chez les femmes : spécificités de prise en charge*, Rev Med Suisse ; 16 : 1305-9.
- Lola Aubry, Romaine Delacrétaz, Eva Piccand, Lea Rufener et Ilire Rrustemi, « *Le problème, c'est qu'elle est mal baisée* » : la lutte contre le sexisme en milieu médical menée par les étudiant·e·s en médecine, Rev Med Suisse 2021 ; 17 :1250-3.