

# Pratique réflexive dans les cours-blocs de médecine ambulatoire ou comment penser le genre en clinique

Dre ELISA GEISER<sup>a</sup>, Pre CAROLE CLAIR<sup>a</sup>, SILVA AUER<sup>b</sup>, JEAN-MICHEL CARRIER<sup>c</sup>, ÉMILIE FASEL<sup>d</sup> et Dre JOËLLE SCHWARZ<sup>a</sup>

Rev Med Suisse 2020; 16: 2104-7

Les biais de genre en médecine interfèrent négativement avec la prise en charge médicale tant des hommes que des femmes, ce qui peut entraîner des risques pour les patient-e-s et des inégalités de santé. Unisanté<sup>a</sup> a lancé un projet pilote visant à intégrer l'approche réflexive par les étudiant-e-s de l'École de médecine de l'Université de Lausanne (UNIL) sur l'influence du genre dans la pratique clinique, en utilisant un portfolio électronique. Les vignettes cliniques présentées et discutées dans cet article illustrent ce travail réflexif et les principaux biais et stéréotypes rencontrés: la prise en charge de la douleur, l'évaluation du contexte psychosocial, la prise en charge des violences au sein du couple, le dépistage d'une infection à *Chlamydia* ainsi que la discussion d'une méthode de contraception.

## Reflexivity during medical internships: how to think about gender in clinical practice

*Gender bias in medicine negatively interfere with the medical care of both men and women, which can lead to risks for patients as well as health inequalities. Unisanté has launched a pilot project to integrate reflexivity by students at the Medical School of the University of Lausanne on the influence of gender in clinical practice, using an electronic portfolio. The clinical vignettes presented and discussed in this article illustrate this reflective work and the main biases and stereotypes encountered: pain management, assessment of the psychosocial context, management of domestic violence, screening for chlamydia infection and discussion of a contraceptive method.*

## INTRODUCTION

Les biais de genre en médecine interfèrent avec la prise en charge médicale tant des hommes que des femmes, ce qui peut entraîner des risques pour les patient-e-s et des inégalités de santé.<sup>1</sup> L'intégration du genre dans l'enseignement de la médecine à l'Université de Lausanne (UNIL) – qui consiste à sensibiliser aux biais de genre (tableau 1), suivant le référentiel suisse pour la formation médicale prégraduée<sup>2</sup> – est assurée

<sup>a</sup>Unité Médecine et genre, Département formation, recherche et innovation, Unisanté, 1011 Lausanne, <sup>b</sup>Département des policliniques, Unisanté, 1011 Lausanne, <sup>c</sup>Unité de pédagogie médicale, École de médecine, Faculté de biologie et de médecine, Université de Lausanne, 1011 Lausanne, <sup>d</sup>Cabinet médical du Chêne, Rue du Collège 16, 1410 Thierrens  
elisa.geiser@unisante.ch | carole.clair@unisante.ch | silva.auer@unisante.ch  
jean-michel.carrier@unil.ch | e.fasel@ccmed.ch | joelle.schwarz@unisante.ch

<sup>a</sup>Centre universitaire de médecine générale et santé publique.

<sup>b</sup>Le fonds d'innovation pédagogique (FIP) de l'UNIL a financé ce projet.

par l'Unité Médecine et genre d'Unisanté.<sup>3</sup> Parmi ces enseignements, le projet «Approche réflexive sur l'influence du genre dans la pratique clinique» a été piloté en 2019.<sup>b</sup>

L'apprentissage de la clinique a lieu dans un premier temps sous forme de cours-blocs (CB): les étudiant-e-s passent au moins une semaine dans différents services par groupes de 8, participant aux consultations effectuées par les médecins assistant-e-s (MA) sous supervision. L'approche réflexive (tableau 2) est importante pour les prestataires de soins car elle permet d'éclairer leurs décisions cliniques, ce qui peut améliorer la prise en charge des patient-e-s et leurs expériences en matière de soins.<sup>4</sup> Plusieurs auteur-e-s ont montré que si les clinicien-ne-s prennent conscience de leurs propres privilèges et désavantages, ils ou elles pourront repérer ceux des autres et les corriger.<sup>5</sup> L'approche réflexive est nécessaire à l'élaboration d'un programme d'étude qui forme des clinicien-ne-s capables de fournir des soins efficaces, socialement justes et équitables.<sup>5</sup> L'approche réflexive sur l'influence du genre a été intégrée dans les CB en médecine interne générale ambulatoire à Unisanté au printemps 2019. Les vignettes cliniques présentées et discutées dans cet article illustrent ce travail réflexif et les principaux biais et stéréotypes rencontrés.

	TABLEAU 1	Biais de genre	
--	-----------	----------------	--

Il existe deux principaux biais de genre en médecine.<sup>22</sup>

<b>Les stéréotypes de genre</b>	Penser qu'il existe des différences entre les hommes et les femmes, et appréhender les individus différemment, sans que ce soit cliniquement justifié
<b>L'aveuglement face au genre</b>	Penser qu'il n'existe pas de différences entre les hommes et les femmes, et appréhender les individus de façon égale, alors qu'il faudrait adapter la prise en charge en fonction du sexe

	TABLEAU 2	Approche réflexive	
--	-----------	--------------------	--

<b>Définition</b>	L'approche réflexive est un outil pédagogique qui vient des sciences sociales, qui permet de réfléchir de manière critique et d'évaluer ses propres présupposés et expériences sociales qui façonnent ses perceptions et ses actions <sup>5</sup>
<b>Hypothèses</b>	En portant une autoréflexion sur ses propres perceptions du genre et sur comment elles interfèrent dans la pratique clinique, les biais de genre peuvent être identifiés, déconstruits et minimisés dans la pratique clinique

Des études montrent que cette approche peut améliorer la prise en charge des patient-e-s et leurs expériences en matière de soins<sup>4</sup>

## MÉTHODE

L'exercice de réflexion sur le genre en clinique était mené en trois temps, au cours de la semaine. Le lundi, les étudiant-e-s étaient invité-e-s à mener une réflexion sur l'influence du genre dans la pratique pendant la semaine. Le jeudi, l'influence du genre était discutée concrètement lors de la présentation des cas cliniques: chaque étudiant-e présentait un cas rencontré pendant la semaine, en groupes de 3-4 étudiant-e-s, un-e chef-fe de clinique et un-e expert-e Médecine et genre. Au raisonnement clinique habituel (anamnèse, examen clinique, diagnostic, prise en charge) était ajoutée la question: *Si le patient avait été une patiente (ou l'inverse), la consultation aurait-elle été différente?* Le vendredi, les étudiant-e-s notaient leurs réflexions dans une fiche ad hoc sur leur portfolio électronique «PULS»<sup>6</sup> (tableau 3), qui était ensuite commentée et validée par l'expert-e Médecine et genre.<sup>7</sup> Les cas cliniques ci-dessous sont issus de ces fiches réflexives et des discussions de groupe. Consentement et anonymat ont été garantis.

## CAS CLINIQUE N° 1

Patient de 45 ans, en bonne santé habituelle, admis aux urgences pour une plaie par meuleuse. Il bénéficie d'une anesthésie locale par lidocaïne, puis de 10 points de suture. Le patient semble affecté émotionnellement et proche de faire un malaise vasovagal. Le dossier de son siège est abaissé afin d'améliorer le retour veineux. Le patient lui-même ne se plaint pas et déclare que: «Rambo l'aurait fait sans anesthésie!»

## Réflexion de l'étudiant

«Aucun autre traitement comme du mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote (MEOPA) n'a été proposé. Il me semble que pour une patiente femme, l'émotion et le besoin de moyens de relaxation auraient plus probablement été acceptés, et des solutions proposées. L'apparence physique robuste de certains hommes peut conduire à sous-estimer le risque de malaise vasovagal. J'ai appris à être attentif aux stéréotypes sur la douleur et les émotions que je peux inconsciemment porter. Je vais essayer à l'avenir de ne pas majorer ou minimiser les douleurs ou émotions sous prétexte du genre.»

## DISCUSSION

Ce cas clinique illustre un biais de genre dans la prise en charge de la douleur. La littérature montre qu'il existe des différences biologiques (liées au sexe) dans la production, la perception et l'expression de la douleur.<sup>8</sup> Le genre exerce également une influence dans l'expression de la douleur<sup>9</sup> et la prise en charge par les soignant-e-s.<sup>10</sup> On sait que pour une même pathologie, les femmes rapportent une expérience douloureuse généralement plus fréquente et de plus grande intensité.<sup>11</sup> D'un point de vue physiopathologique, le seuil de la douleur est plus bas chez les femmes par rapport aux hommes et leur tolérance aux stimulations nociceptives est plus basse.<sup>12</sup> Les rôles de genre induisent que les hommes expriment moins leur douleur, ont tendance à la minimiser et consultent plus rarement pour cette problématique.<sup>13</sup> Si un traitement différencié de la douleur devait être proposé, il devrait l'être dans le sens d'un traitement plus rapide et plus soutenu chez les femmes. La douleur ne doit pas

	<b>TABLEAU 3</b>	<b>Fiche réflexive sur le genre</b>	
--	------------------	-------------------------------------	--

CB: cours-blocs.

## 1. Observations et autoréflexion individuelles à partir d'un cas clinique

- Décrivez brièvement un cas clinique rencontré pendant le CB:
  - *Anamnèse*: est-ce que l'anamnèse aurait été différente si le ou la patient-e avait été de l'autre sexe?
  - *Examen clinique*: est-ce que l'examen clinique aurait été différent si le ou la patient-e avait été de l'autre sexe?
  - *Diagnostic différentiel*: est-ce que les hypothèses de diagnostic différentiel auraient été différentes si le ou la patient-e avait été de l'autre sexe?
  - *Prise en charge*: est-ce que les mesures diagnostiques et/ou thérapeutiques proposées auraient été différentes si le ou la patient-e avait été de l'autre sexe?
- En reprenant vos précédentes réponses, décrivez pour chaque étape liée à la consultation clinique (anamnèse, etc.) les éléments qui soutiennent une approche identique ou différente en fonction du sexe du ou de la patient-e

## 2. Réflexion collective

- Suite à la session de groupe, y a-t-il des points importants (d'accord ou de désaccord) qui ont été soulevés à partir de votre cas clinique présenté?

## 3. Synthèse personnelle et autoréflexive

- Quels sont les éléments les plus importants que j'ai appris?
- Quels aspects m'ont posé le plus de difficultés?
- Qu'est-ce que je vais intégrer dans ma pratique médicale?

pour autant être minimisée chez les hommes, notamment quant aux représentations et manifestations vagales qui peuvent accompagner un stimulus douloureux.

## CAS CLINIQUE N° 2

Patiente de 40 ans, connue pour un asthme, qui consulte les urgences pour une fatigue importante. Elle a déjà consulté il y a 4 jours pour une toux, une fièvre et des arthralgies persistantes depuis 10 jours. Une pneumonie avait été diagnostiquée et de la clarithromycine prescrite durant 3 jours. La patiente revient car elle se sent fatiguée et pas en état de recommencer le travail (l'arrêt de travail se terminant le jour de la consultation). La patiente mentionne en passant avoir un enfant en bas âge. Lors de la discussion du cas avec le médecin superviseur, celui-ci fait l'hypothèse que: «La patiente est probablement fatiguée en raison de sa maternité. Il est très fréquent que les femmes, lorsqu'elles travaillent, ressentent de la culpabilité de ne pas être présentes pour leur enfant ou au contraire, que leur enfant les énerve et elles ressentent alors de la culpabilité de ne pas être une mère "irréprochable".» Le MA revient vers la patiente afin d'effectuer une anamnèse psychosociale. La patiente explique être stressée par sa situation au travail, en raison de conflits entre collègues, et des longs trajets pour se rendre sur son lieu de travail.

## DISCUSSION

Ce cas clinique illustre un stéréotype de genre concernant l'évaluation du contexte psychosocial. En effet, l'approche réflexive a montré que, fréquemment, l'anamnèse psychosociale est effectuée de façon genrée. Pour une patiente femme, on a tendance à s'intéresser plutôt à sa situation familiale, tandis qu'un homme est questionné principalement sur son travail. On retrouve dans la littérature ces biais de genre à l'anamnèse psychosociale.<sup>14</sup> Cette prise en compte «genrée»

d'éléments psychosociaux peut conduire à une mauvaise prise en charge en omettant certains facteurs importants pouvant influencer le pronostic chez les hommes et chez les femmes.

### CAS CLINIQUE N° 3

Patient de 40 ans qui consulte pour une douleur au niveau du pied gauche apparue il y a 3 jours au travail. Il n'y a pas de notion de traumatisme, le patient suspecte que c'est arrivé en descendant les escaliers en portant une charge lourde. La douleur a augmenté en intensité depuis 3 jours et il n'arrive plus à poser le pied au sol. Il a pris de l'ibuprofène 400 mg, sans soulagement des douleurs. Il se plaint également d'acouphènes et de légères douleurs au niveau de l'oreille droite qui sont connus depuis une année, dus à une perforation du tympan à la suite d'un épisode de violences au sein du couple (sa femme l'a frappé). Cette dernière plainte n'a pas été investiguée par le MA.

#### Réflexion de l'étudiante

«J'ai l'impression que si le patient avait été une femme, le médecin aurait investigué la perforation tympanique à la suite d'un épisode de violences au sein du couple. Alors que dans ce cas cela n'a pas été fait.»

## DISCUSSION

Ce cas clinique illustre un biais de genre dans la détection et la prise en charge des violences au sein du couple en défaveur des hommes. Une étude anglaise a mis en évidence des pratiques professionnelles inappropriées selon le ressenti des patients victimes de violences au sein du couple. Certains hommes ont décrit «un mur de silence» et «un manque de sensibilité et de compassion» de la part des professionnels de la santé.<sup>15</sup> On peut faire l'hypothèse que, d'une part, les victimes de violences au sein du couple étant principalement des femmes, lorsque les hommes en sont victimes, ils sont moins (et mal) dépistés et investigués. Ce biais de genre en lien avec les prévalences genrées a également été observé dans d'autres pathologies (par exemple, maladies cardiovasculaires moins diagnostiquées chez les femmes, troubles anxieux et dépression moins diagnostiqués chez les hommes).<sup>16</sup> D'autre part, la violence des femmes à l'encontre des hommes est la plupart du temps niée, car elle transgresse les normes de genre (les attentes sociales sur la façon dont les hommes et les femmes devraient et ne devraient pas se comporter, et les sanctions sociales en cas de violation de ces normes).<sup>17</sup> Cette transgression peut susciter une gêne et un mal-être chez les soignant-e-s qui de ce fait banalisent ou évitent le sujet.

### CAS CLINIQUE N° 4

Patient de 20 ans qui consulte aux urgences afin d'effectuer un test VIH car il désire arrêter d'utiliser des préservatifs lors des rapports avec sa copine. Les infections sexuellement transmis-

sibles (IST) suivantes sont discutées: VIH, hépatites B et C, syphilis, infections à *Chlamydia* et gonocoque. L'hépatite C et la syphilis sont écartées car le patient a peu de facteurs de risque. *Chlamydia* et gonocoque n'ont pas été testés car selon le MA et le médecin superviseur: «Cela concerne plutôt (la) copine qui verra avec son gynécologue si elle a un souci.» Finalement seul le test VIH rapide est fait.

#### Réflexion de l'étudiante

«Ni les raisons de l'arrêt du préservatif, ni les alternatives contraceptives n'ont été abordées, et il n'y a pas eu de prévention ni de conseils donnés au patient à propos du VIH ou des autres IST.»

## DISCUSSION

Ce cas clinique illustre un biais de genre autour de la santé sexuelle et reproductive, dans l'accès aux services et conseils. Le dépistage d'une infection à *Chlamydia* n'a pas été proposé au patient. Or, la littérature montre que plus de 50% des hommes et 70 à 80% des femmes infecté-e-s par *Chlamydia trachomatis* sont totalement asymptomatiques<sup>18</sup> et qu'environ un tiers des grossesses extra-utérines et la majorité des cas d'infertilité tubaire seraient attribuables aux infections à *Chlamydia*.<sup>19</sup> Il n'existe pas à ce jour de recommandations officielles pour le dépistage de cette IST en Suisse. Un article de revue paru dans la *Revue médicale suisse* en 2014<sup>20</sup> avait émis les recommandations suivantes: «Le dépistage de la personne asymptomatique devrait être proposé à intervalles réguliers (1 fois par année) et à chaque nouvelle/nouveau partenaire sexuel-le, dès le début de l'activité sexuelle et jusqu'à l'âge de 25-30 ans chez les femmes, 35-40 ans chez les hommes. (...) Chaque dépistage et chaque diagnostic d'IST donne lieu à une discussion sur les risques, le dépistage et la prévention des autres IST, en particulier du VIH.» Dans les recommandations Eviprev 2019,<sup>9</sup> le dépistage de *Chlamydia* est recommandé uniquement chez les femmes sexuellement actives jusqu'à 24 ans et chez les femmes plus âgées présentant un facteur de risque pour les IST. Chez l'homme, ce dépistage n'est pas recommandé de manière systématique en l'absence de symptômes, par manque de preuves. Comme discuté en 2010 dans un éditorial du journal *Nature*, les preuves sont parfois biaisées car elles se basent sur des recherches ayant inclus des personnes d'un seul sexe (le plus souvent des hommes) avec le risque de sous-investiguer l'autre groupe (des femmes ou personnes d'autre genre).<sup>21</sup> Dans cet exercice réflexif, c'est la validité des recommandations qui est discutée.

Ce cas clinique illustre également une occasion manquée de parler de contraception. En effet, même si la majorité des méthodes contraceptives médicales sont destinées aux femmes, le patient aurait pu bénéficier d'une discussion et de conseils.

## CONCLUSION

Les cas cliniques discutés dans cet article illustrent 4 biais de genre différents pouvant impacter la prise en charge médicale

<sup>9</sup>Programme national de prévention clinique qui réunit les 5 centres académiques de médecine interne générale (Lausanne, Berne, Genève, Bâle et Zurich) et dont l'un des buts est d'établir des recommandations suisses basées sur les preuves pour le bilan de santé au cabinet médical en 2019.

des patient-e-s. Ces biais sont la plupart du temps inconscients et la pratique réflexive vise à les conscientiser et à les corriger. Le projet a été très bien accueilli par les étudiant-e-s, il est d'ailleurs reconduit de manière pérenne et intégré dès cette année. Il débouchera sur deux publications scientifiques spécifiques à l'approche réflexive. L'approche réflexive, facilitée par l'utilisation d'un portfolio électronique, est un puissant outil pour sensibiliser les soignant-e-s à leurs propres stéréotypes de genre et aux éventuels biais de genre qui peuvent avoir une incidence sur la pratique clinique.

**Conflit d'intérêts:** Les auteur-e-s n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

**Remerciements:** Ce projet a bénéficié du Fonds d'innovation pédagogique (FIP) de l'Université de Lausanne (UNIL) 2019 afin de tester l'intégration d'une nouvelle approche pédagogique et technologique pour l'enseignement du genre à travers une pratique réflexive. Il a été conceptualisé et mis en œuvre par l'Unité Médecine et genre (Unisanté), l'Unité de pédagogie médicale (École de médecine, Faculté de biologie et de médecine, UNIL) et le Département des policliniques (Unisanté) qui organisent les cours-blocs (CB).

Nous remercions chaleureusement les étudiant-e-s en médecine et les chef-fe-s de clinique ayant participé à ce projet.

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- La pratique réflexive est un outil puissant pour prendre conscience des biais de genre en clinique, et utile pour améliorer la prise en charge des patient-e-s
- Si un traitement différencié de la douleur devait être proposé, il devrait l'être dans le sens d'un traitement plus rapide et plus soutenu chez les femmes, sans que la douleur ne soit pour autant minimisée chez les hommes
- Effectuer une anamnèse psychosociale égalitaire en investiguant les dimensions professionnelles et personnelles (travail rémunéré et travail domestique, relations familiales et sociales, autres activités, loisirs, etc.) quel que soit le genre des patient-e-s
- En cas d'anamnèse évocatrice ou de signes cliniques pouvant faire suspecter des violences au sein du couple, les patient-e-s devraient bénéficier d'une prise en charge adéquate indépendamment de leur genre
- Lors d'un bilan IST, évaluer au cas par cas si une recherche de *Chlamydia* est indiquée et discuter prévention et contraception quel que soit le genre des patient-e-s

1 \*\*Doyal L. Sex and gender: the challenges for epidemiologists. *Int J Health Serv* 2003;33:569-79.  
 2 Michaud PA, Jucker-Kupper P, and members of the Profiles Working Group. PROFILES: Principal Relevant Objectives and Framework for Integrated Learning and Education in Switzerland Bern. Joint Commission of the Swiss Medical Schools. 2017. Disponible sur : profiles-med.ch.  
 3 Unité Médecine et genre. École de médecine, Faculté de biologie et de médecine. 2019 octobre. Disponible sur : www.unil.ch/ecoledemedecine/home/menuguid/enseignant/medecine-et-genre.html  
 4 Smith E. Teaching critical reflection. *High Educ* 2011;16:211-23.  
 5 Landy R, Cameron C, Au A, et al. Educational strategies to enhance reflexivity among clinicians and health professional students: a scoping study. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum Qualitative Social Research* 2016.

6 Carrier JM. PULS – Portfolio électronique pour les étudiant-e-s de médecine. 2019 novembre. Disponible sur : https://sepia2.unil.ch/eet/article/puls-portfolio-electronique-pour-les-etudiant-e-s-de-medecine/.  
 7 Dekker H, Driessen E, Ter Braak E, et al. Mentoring portfolio use in undergraduate and postgraduate medical education. *Med Teach* 2009;31:903-9.  
 8 Bartley EJ, Fillingim RB. Sex differences in pain: a brief review of clinical and experimental findings. *Br J Anaesth* 2013;111:52-8.  
 9 Myers CD, Riley JL, Robinson ME. Psychosocial contributions to sex-correlated differences in pain. *Clin J Pain* 2003;19:225-32.  
 10 Chen EH, Shofer FS, Dean AJ, et al. Gender disparity in analgesic treatment of emergency department patients with acute abdominal pain. *Acad Emerg Med* 2008;15:414-8.  
 11 Hurley RW, Adams MC. Sex, gender, and pain: an overview of a complex field.

*Anesth Analg* 2008;107:309-17.  
 12 \*Fillingim RB, King CD, Ribeiro-Dasilva MC, Rahim-Williams B, Riley JL. Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *J Pain* 2009;10:447-85.  
 13 Jaunin-Stalder N, Mazzocato C. Hommes et femmes: sommes-nous tous égaux face à la douleur ? *Rev Med Suisse* 2012;8:1470-3.  
 14 Hamberg K, Risberg G, Johansson EE, Westman G. Gender bias in physicians' management of neck pain: a study of the answers in a Swedish national examination. *J Womens Health Gender Based Med* 2002;11:653-66.  
 15 Hogan K. Men's experiences of female-perpetrated intimate partner violence: A qualitative exploration. *University of the West of England*; 2016.  
 16 \*Clair C, Cornuz J, Bart PA, Schwarz J. Médecine et genre : quels enjeux pour la pratique ? *Rev Med Suisse* 2018;14:1951-4.  
 17 Carnes M, Devine PG, Manwell LB, et

al. Effect of an intervention to break the gender bias habit for faculty at one institution: a cluster randomized, controlled trial. *Acad Med* 2015;90:221.  
 18 Black CM. Current methods of laboratory diagnosis of Chlamydia trachomatis infections. *Clin Microbiol Rev* 1997;10:160-84.  
 19 Jaton K, Greub G. Chlamydia : diagnostic et traitement. *Rev Med Suisse* 2005;1:895-903.  
 20 \*Bally F, Quach A. Chlamydia: du dépistage de la population au dépistage individuel répété. *Rev Med Suisse* 2014;10:1882-6.  
 21 Putting gender on the agenda. *Nature* 2010;465:665.  
 22 Ruiz MT, Verbrugge LM. A two way view of gender bias in medicine. *J Epidemiol Community Health* 1997;51:106-9.

\* à lire

\*\* à lire absolument