

Centre hospitalier universitaire vaudois
Université de Lausanne

Département universitaire de médecine
et de santé communautaires

INTEGRER LE GENRE DANS LA
FORMATION MEDICALE
PREGRADUEE: PEUT-ON
TRANSFERER L'EXPERIENCE
NEERLANDAISE SUR SOL SUISSE ?

Etude exploratoire menée au sein de
l'École de médecine de l'Université de
Lausanne (FBM/UNIL) pour l'année
académique 2009-2010

Catherine Fussinger

Etude financée par :

Office fédéral de la santé publique (OFSP)
Projet Gender Health

Citation suggérée :

Fussinger Catherine. Intégrer le genre dans la formation médicale prégraduée : Peut-on transférer l'expérience néerlandaise sur sol suisse ? Lausanne : Département universitaire de médecine et de santé communautaires (Raisons de santé, 176)

Remerciements :

Aux membres du groupe de travail « Genre, médecine et santé » du DUMSC.

A Sabine Girardet, Nicole Jaunin, Elena Martinez, Vincent Barras et Patricia Roux pour leur précieuse relecture et leurs commentaires.

Aux personnes qui nous ont accordé un entretien :

- Raphaël Bonvin
- Catherine Gasser
- Marie-Claude Hofner
- Nicole Jaunin
- Elena Martinez
- Geneviève Praplan
- Brigitte Santos-Eggimann
- Pascal Singy
- Brenda Spencer.

A Toine Lagro-Janssen pour sa disponibilité et son enthousiasme

Date d'édition :

février 2011

TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	5
Zusammenfassung	7
1 Introduction.....	9
2 Intégrer le genre dans les études de médecine : la « Success Story » néerlandaise	13
2.1 En amont du projet national de 2002-2005	14
2.1.1 L'étude pilote menée à l'Université Radboud à la fin des années 1990	15
2.2 Integrating Gender into the Core Curriculum: le déroulement du projet national (2002-2005).....	16
2.2.1 Dresser un état des lieux de l'enseignement genre	17
2.2.2 Convaincre la hiérarchie des écoles de médecine d'accorder son soutien	18
2.2.3 Mobiliser les responsables de modules et les enseignant-e-s	20
2.2.4 Evaluer le projet	21
3 Enseignement prégradué en médecine à Lausanne: quelle place pour le genre ? Etat des lieux pour l'année académique 2009-2010	23
3.1 Inventaire: quelques fleurs dans le désert ?.....	23
3.2 La situation lausannoise à l'aune des exigences du projet néerlandais.....	25
3.3 L'organisation de l'enseignement à l'École de médecine de Lausanne suite à la réforme des années 2000	28
3.3.1 Réforme du cursus d'enseignement prégradué à Lausanne	28
3.3.2 Gouvernance de l'enseignement prégradué en médecine à la FBM	29
3.3.3 Culture pédagogique des enseignant-e-s et rôle de l'unité de pédagogie de la FBM	31
3.3.4 Personnes enseignant le genre à l'École de médecine de Lausanne: profil et mode d'entrée en activité	33
3.3.5 Attitude des étudiant-e-s envers le genre : un soutien ou un obstacle ?	36
3.3.6 Introduire de nouveaux enseignements ou améliorer l'intégration de certains d'entre eux: y a-t-il des précédents utiles pour un éventuel projet genre ?.....	37
3.4 Le développement des études genre à l'Université de Lausanne et en Suisse: quel impact sur la médecine ?.....	38
3.4.1 Les tendances à l'étranger : une indication pour la Suisse ?.....	39
3.4.2 La situation au niveau local : repères et question pour l'avenir.....	40
3.4.3 Etudes genre et promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes : deux champs connexes mais distincts	42
4 Inclure le genre dans les études prégraduées de médecine : le cadre au niveau suisse	45
4.1 Quelles possibilités de soutien au niveau des instruments nationaux de pilotage de la formation médicale prégraduée ?	45
4.1.1 Du Blueprint néerlandais au SCLO helvétique: quelle place pour le genre dans les objectifs d'apprentissage des futur-e-s médecins ?	46
4.1.2 La révision du SCLO, une occasion manquée d'intégrer le genre?.....	48
4.1.3 Intégrer le genre dans le SCLO, quelle stratégie privilégier?	49

4.1.4	Les standards de qualité et l'accréditation des filières d'études en médecine humaine : un outil difficile à mobiliser pour l'intégration du genre	49
5	Quelles possibilités de transfert ? Des questions pour l'avenir.....	51
5.1	Comment transférer l'expérience néerlandaise?.....	51
5.2	Quelles activités pourraient être entreprises au niveau national ?	52
6	Annexes.....	55
6. 1	Liste de 6 critères permettant d'apprécier si le genre a véritablement été intégré dans la formation médicale prégraduée Recherche-action menée par l'équipe de la Prof. Toine Lagro-Janssen.	
6. 2	Recommandations visant l'intégration du genre dans 9 modules d'enseignement de l'École de médecine de Nijmegen (NL), étude pilote de la Prof. Toine Lagro-Janssen (1998-1999)	
6. 3	Plan d'études – Ecole de médecine de Lausanne. Année académique 2009-2010	
6. 4	Thématiques à traiter dans une perspective genre selon l'équipe de la Prof. Toine Lagro-Janssen Tableau récapitulatif de la situation au sein de l'École de médecine de Lausanne en 2009-2010	
6.5	Les grands axes de la réforme du cursus de formation médicale prégraduée au sein de l'École de médecine de Lausanne au cours des années 2000	
6. 6	Gouvernance des études de médecine à Lausanne Schéma A : Place de l'École de médecine de la Lausanne au sein de la FBM, de l'UNIL et du CHUV Schéma B : Organisation de l'École de médecine à Lausanne	
6. 7	Table des matières du « Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training (SCLO) », Juin 2008 et citations des objectifs faisant mention du genre	
6. 8	Table des matières du "Blueprint 2001: training of doctors in The Netherlands. Adjusted objectives of undergraduate medical education in The Netherlands" et citations des objectifs faisant mention du genre	
6. 9	Articles 6, 7 et 8 de la loi fédérale sur les professions médicales universitaires (LPMéd)	
6. 10	Table des matières du « CanMEDS roles Framework 2005 » et extrait des passages faisant mention du genre	
6. 11	Intégrer le genre dans le « CanMEDS 2005. Proposition du Gender and Health Collaborative Curriculum », Ontario, Octobre 2008	
6. 12	Objectifs genre pour la formation médicale prégraduée en Allemagne Proposition de la Prof. Brigit Babitsch dans le cadre du projet national visant à intégrer le genre dans toutes les disciplines («Gender in bachelor + master courses »)	
6. 13	« Women's Health Care Competencies for Medical Students Taking Steps to Include Sex and Gender Differences in the Curriculum » Sommaire, introduction et aperçu des disciplines du catalogue d'objectifs proposé aux USA par le Women's Healthcare Education Office (WHEO) de l'Association of Professors of Gynecology and Obstetrics (APGO)	
6. 14	Accréditation des filières d'études en médecine humaine. Standards de qualité. Table des matières et point 2.6 "Sciences comportementales et sociales, éthique médicale"	

RÉSUMÉ

Le domaine "Gender Health-Gender Medicine" s'est constitué comme un champ académique et de politique sanitaire à partir du milieu des années 1990. C'est dans ce contexte que l'inclusion du genre dans la formation prégraduée des médecins est devenue un objet de préoccupation dans plusieurs pays occidentaux, notamment aux USA, au Canada, en Australie, en Suède, aux Pays-Bas, en Allemagne et en Autriche (chapitre 1).

Le présent rapport aborde cette question en se demandant si la recherche-action menée aux Pays-Bas entre 2002 et 2005 pourrait être transférée sur sol suisse. En effet, alors qu'à la fin des années 1990 aucune des huit écoles de médecine néerlandaises n'offrait de véritable cursus genre à ses étudiant-e-s, c'était le cas cinq ans plus tard au terme du projet de *gender mainstreaming* mené par l'équipe de la Prof. Toine Lagro-Janssen depuis l'École de médecine de la Radboud University de Nijmegen.

Après avoir décrit les principales étapes de ce projet néerlandais ainsi que certains événements ayant précédé son lancement (chapitre 2), le présent rapport offre un état des lieux de l'enseignement genre au sein de l'École de médecine de la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne (chapitre 3). Cette étude de cas – qui rend compte de l'organisation de la formation au niveau local – a été conçue de sorte à pouvoir servir de canevas dans le cas où un tel travail de bilan serait par la suite étendu aux quatre autres facultés de médecine helvétiques. Par la suite (chapitre 4), la place réservée au genre dans deux instruments de pilotage de la formation médicale prégraduée au niveau national en Suisse est examinée en se penchant sur le catalogue des objectifs de formation médicale au niveau prégradué (le SCLO), ainsi que sur les standards de qualité établis dans le cadre de la procédure d'accréditation des filières d'études en médecine humaine. En conclusion, les possibilités de transfert de l'expérience néerlandaise en Suisse sont passées en revue à travers une série de questions et de commentaires (chapitre 5).

Quels ont été les éléments saillants de l'expérience néerlandaise? Dès le milieu des années 1990, plusieurs mesures ont préparé le lancement du projet national de *gender mainstreaming* dans les écoles de médecine du pays. Premièrement, le Ministère de la santé a créé un groupe de pilotage sur la santé des femmes, lequel a dressé un bilan critique de l'état de l'enseignement genre au sein de la formation médicale prégraduée à la fin des années 1990. Deuxièmement, Toine Lagro-Janssen a obtenu la création de la première chaire néerlandaise de *Women's studies in medicine* en 1996 et, forte de cette légitimité, elle a initié une étude pilote visant à renforcer l'intégration du genre dans l'ensemble de la formation médicale prégraduée de sa propre école de médecine à Nijmegen. Elle a notamment établi à cette occasion une liste de six critères permettant d'apprécier l'intégration réussie du genre dans l'enseignement de la médecine. Enfin, le genre a été inclus dans les objectifs d'apprentissage de la formation médicale prégraduée aux Pays-Bas lors de leur révision en 2001.

Initié en 2002 suite à une évaluation positive de l'étude pilote menée à Nijmegen, le projet national "Integrating Gender Into the Core Curriculum" a repris l'essentiel de celle-ci et l'a appliqué aux sept autres écoles de médecine du pays. La première étape a consisté à dresser un état de lieux de l'enseignement genre en examinant le contenu des *Studies' Guides* présentant le programme de formation dispensé dans chacune de ces écoles. Lors de la seconde étape, les responsables du projet ont rencontré les directions de toutes les écoles de médecine du pays et leur ont présenté le bilan de l'enseignement genre dressé pour leur école en leur demandant un soutien explicite aux mesures proposées pour améliorer l'inclusion de cette approche. La troisième étape les a amenées à affiner leurs recommandations concrètes de modifications du cursus et à les présenter aux responsables des différents modules de formation. L'équipe de Toine Lagro-Janssen a également cherché à informer directement les enseignant-e-s, notamment en leur proposant des cours de formation à l'approche genre et surtout en mettant à leur disposition du matériel d'enseignement prêt à l'emploi par le biais d'une base de données électroniques. De manière plus générale, c'est également au cours de cette troisième phase qu'ont été identifiées des personnes (appelées "agent-e-s de changements") à même de soutenir le projet de *gender mainstreaming* au niveau local. L'évaluation du projet enfin – à travers des entretiens avec les responsables des écoles de médecine et les agent-e-s de changements locaux – a constitué le dernier volet de la recherche-action menée par l'équipe de Toine Lagro-Janssen.

Au cours de ce projet, plusieurs éléments-clés favorisant ou entravant le processus de changement en faveur d'une inclusion du genre ont été dégagés. Parmi ceux-ci, on peut mentionner: l'organisation de la formation médicale, l'attitude de la direction des écoles de médecine et de l'unité de pédagogie médicale tout comme celle des responsables de modules et des enseignant-e-s. Les compétences communicationnelles, l'enthousiasme ainsi que le statut des responsables du projet comme des "agent-e-s de changements" au niveau local constituent également des éléments à prendre en considération. Autant d'aspects sous lesquels, la situation lausannoise a été examinée.

Le cursus de formation prégraduée en médecine a fait l'objet à Lausanne d'une réforme en profondeur au cours des années 2000. Au terme de celle-ci, l'École de médecine de Lausanne réunit certains des critères jugés favorables à l'introduction du genre par l'équipe de la Prof. Toine Lagro-Janssen. En particulier, on constate l'abandon d'un enseignement disciplinaire organisé sur l'année au profit d'un enseignement modulaire et interdisciplinaire offrant davantage de place à la médecine générale, à la médecine communautaire ainsi qu'aux sciences humaines et sociales, éthique incluse. Mais cette réforme s'est également traduite par une augmentation du nombre d'enseignant-e-s, ce qui semble globalement peu favorable à une culture pédagogique encourageant l'inclusion de nouvelles approches telles que le genre. Cela dit, c'est à l'occasion de ladite réforme qu'ont été introduits, depuis le milieu des années 2000, la plupart des enseignements genre identifiés pour l'année académique 2009-2010. Dispensés par six personnes, ceux-ci forment, sur l'ensemble des 5 ans de formation (la 6^e année étant consacrée aux stages cliniques), uniquement 5 h de cours ex-cathedra obligatoires, auxquels s'ajoutent encore plusieurs enseignements ne touchant qu'une partie de la volée. Aussi, si ce n'est pas le "désert" en matière d'enseignement du genre à Lausanne, ce n'est pas non plus le "jardin d'Eden". De fait, la situation lausannoise semble très proche de celle identifiée par l'équipe de Toine Lagro-Janssen aux Pays-Bas avant le lancement du projet national de *gender mainstreaming*: fragile et morcelé, l'enseignement genre ne constitue pas un programme d'enseignement cohérent se développant sur l'ensemble du cursus. Il apparaît dès lors clairement, à l'issue de notre étude sur le cas lausannois, que l'élaboration et l'approbation d'un tel programme constituent des démarches nécessaires pour qui souhaite parvenir à une véritable inclusion du genre au sein d'une école de médecine.

Bien évidemment, l'inclusion du genre au sein des cursus de formation locaux se trouverait grandement facilitée si certains instruments de pilotage de la formation médicale au niveau suisse intégraient cette approche. Nous pensons ici en particulier au catalogue suisse des objectifs d'apprentissage de la formation médicale au niveau prégradué (le SCLO) dans lequel – à l'image de ce qui a été fait aux Pays-Bas – nous recommandons d'inclure explicitement le genre au chapitre consacré aux objectifs généraux. Notons qu'il serait toutefois aussi possible de rédiger un argumentaire montrant en quoi le genre fait implicitement partie intégrante desdits objectifs. Enfin, une autre possibilité consisterait à demander l'inclusion du genre dans les objectifs d'apprentissage par disciplines, mais une telle démarche serait sans doute beaucoup plus longue et difficile.

Au travers de cinq questions, le chapitre conclusif du présent rapport examine les modalités possibles d'un transfert de l'expérience néerlandaise dans le contexte helvétique, sans oublier les sources de financement envisageables. En particulier, pour tenir compte des spécificités suisses, nous préconisons la création d'un groupe de travail national "Genre et formation médicale prégraduée" à l'attention duquel sont résumées les démarches que nécessiteraient l'introduction du genre dans le SCLO, l'élaboration d'un programme-type d'intégration du genre dans l'enseignement, ainsi que la mise en œuvre de mesures à même de soutenir les enseignant-e-s disposé-e-s à intégrer le genre.

ZUSAMMENFASSUNG

Das Spezialgebiet *Gender Health-Gender Medicine* wurde in der Mitte der 1990er-Jahre zu einem akademischen und gesundheitspolitischen Thema. In diesem Kontext wurde die Implementierung von Gender-Inhalten in die medizinische Grundausbildung in mehreren westlichen Ländern, vor allem in den USA, in Kanada, Australien, Schweden, Niederlanden, Deutschland und Österreich diskutiert (Kapitel 1).

Der vorliegende Bericht befasst sich mit der Frage, ob die Aktionsforschung, die zwischen 2002 und 2005 in den Niederlanden durchgeführt wurde, auf die Schweiz übertragen werden könnte. In der Tat, am Ende der 1990er-Jahre bot keine der acht niederländischen medizinischen Hochschulen den Studenten/-innen ein geschlechtersensibles Curriculum an. Fünf Jahre später, nach der Durchführung des Projekts an der Radboud University in Nijmegen unter der Leitung der Professorin Toine Lagro-Janssen, hat sich das radikal geändert.

Nach der Beschreibung der Hauptetappen dieses niederländischen Projekts und gewisser Ereignisse, die der Durchführung vorausgegangen sind (Kapitel 2), enthält der vorliegende Bericht eine Standesaufnahme der genderbezogenen Lehraktivitäten an den Fakultäten für Medizin und Biologie der Universität Lausanne (Kapitel 3). Diese Studie - die über die Organisation der Ausbildung auf kantonaler Ebene berichtet - wurde so durchgeführt, dass sie als Grundgerüst dienen kann, wenn in der Folge an den andern vier Fakultäten für Medizin in der Schweiz eine solche Bilanz erstellt werden sollte. Danach (Kapitel 4) wird der Stellenwert, den geschlechtsspezifische Inhalte in zwei Führungsinstrumenten der medizinischen Grundausbildung auf nationaler Ebene einnehmen, untersucht und zwar anhand des Katalogs der Lernziele, die für die medizinische Grundausbildung gesetzt werden (SCLO) und der Qualitätsstandards, die im Rahmen des Beglaubigungsverfahrens der Studienzweige in der Humanmedizin aufgestellt wurden. Zum Schluss werden die Möglichkeiten einer Übertragung des niederländischen Experiments auf die Schweiz angesehen, mit Hilfe einiger Fragen und Kommentare (Kapitel 5).

Was waren die herausragenden Elemente des niederländischen Experiments? Ab Mitte der 1990er-Jahre bereiteten mehrere Massnahmen die Einführung des nationalen Projekts *Gender mainstreaming* in den medizinischen Hochschulen des Landes vor. Als erster Schritt gründete der Gesundheitsminister einen Pilotausschuss für die Gesundheit der Frauen, der eine kritische Bilanz über den Zustand von Gender in der medizinischen Lehre am Ende der 1990er-Jahre erstellte. Als zweiter Schritt wurde Toine Lagro-Janssen 1996 mit der Gründung des ersten niederländischen Lehrstuhls für *Women's studies in medicine* beauftragt, und gestärkt durch diese Legitimität führte sie eine Modellstudie durch, um die Integration von Gender in die allgemeine Grundausbildung ihrer medizinischen Hochschule in Nijmegen zu verstärken. Bei dieser Gelegenheit stellte sie vor allem eine Liste von sechs Kriterien auf, mit denen die erfolgreiche Integration von Gender in der medizinischen Lehre beurteilt werden kann. Schliesslich wurde in den Niederlanden bei der Revision der medizinischen Grundausbildung im Jahre 2001 Gender in die Lernziele mit eingeschlossen.

2002 übernahm das nationale Projekt *Integrating Gender Into the Core Curriculum* nach einer positiven Bewertung der Modellstudie von Nijmegen deren wesentlichen Punkte und übertrug sie auf die sieben anderen medizinischen Hochschulen des Landes. Die erste Etappe bestand darin, eine Standesaufnahme von genderbezogenen Lehraktivitäten zu machen, indem der Inhalt der *Studies' Guides*, der das Ausbildungsprogramm der jeweiligen Hochschulen zusammenfasst, untersucht wurde. Während der zweiten Etappe trafen die Verantwortlichen des Projekts die Leiter der medizinischen Hochschulen des Landes und stellten ihnen die Bilanz zu den genderbezogenen Lehraktivitäten an ihrer Hochschule vor und baten um eine klare Unterstützung der vorgeschlagenen Massnahmen zur Implementierung von Gender-Inhalten. Die dritte Etappe führte sie dazu, ihre konkreten Empfehlungen zu einer Veränderung des Studiengangs zu präzisieren und sie den Verantwortlichen der verschiedenen Lehrveranstaltungen vorzustellen. Das Team von Toine Lagro-Janssen versuchte die Lehrpersonen ebenfalls direkt zu informieren; es bot ihnen in erster Linie Gender Kurse an und stellte ihnen Unterrichtsmaterial zur Verfügung, das dank einer elektronischen Datenbasis sofort eingesetzt werden konnte. Des weitern wurden während dieser dritten Phase Personen ausgewählt (so

genannte Vertreter/-innen der Veränderung), die fähig waren, das Projekt *Gender mainstreaming* auf lokaler Ebene zu unterstützen. Die Bewertung des Projekts - mit Hilfe von Gesprächen mit den Verantwortlichen der medizinischen Hochschulen und den Vertreter/-innen der Veränderung - bildete schliesslich den letzten Teil der vom Team von Toine Lagro-Janssen durchgeführten Aktionsforschung.

Im Laufe dieses Projekts wurden mehrere begünstigende und erschwerende Schlüsselemente für den Veränderungsprozess zur Implementierung von Gender erarbeitet. Es sind dies unter anderem die Organisation der medizinischen Ausbildung, die Haltung der Leitung der medizinischen Hochschulen und des Fachbereichs für medizinische Pädagogik, ebenso wie die Einstellung der Verantwortlichen für die Module und der Lehrpersonen. Die Kommunikationskompetenzen, der Enthusiasmus und der Status der Verantwortlichen des Projekts und der Vertreter/-innen der Veränderung müssen ebenfalls in Betracht gezogen werden. Die Situation in Lausanne wurde unter all diesen Aspekten untersucht.

Während der 2000er-Jahre wurde in Lausanne eine grundsätzliche Reform der medizinischen Grundausbildung durchgeführt. Seither können wir an der medizinischen Hochschule in Lausanne gewisse Kriterien zur Entwicklung eines geschlechtersensiblen Curriculums feststellen, die vom Team von Toine Lagro-Janssen befürwortet wurden. Es wird vor allem auf einen über das Jahr verteilten, fächerspezifischen Unterricht verzichtet, zugunsten interdisziplinärer Lehraktivitäten, die mehr Platz einräumen für die Allgemeinmedizin, die Gemeinschaftsmedizin und die Human- und Sozialwissenschaften, Ethik mit einbegriffen. Aber diese Reform brachte ebenfalls eine grössere Anzahl Lehrkräfte mit sich, was sich eher ungünstig auf die pädagogischen Ansätze auswirkt, die zu neuen Lehrinhalten wie zum Beispiel Gender ermutigen sollen. Dennoch wurden seit Mitte der 2000er-Jahre, dank oben genannter Reform, die meisten Gender Unterrichtseinheiten für das akademische Jahr 2009-2010 herauskristallisiert. Diese werden von sechs Personen vermittelt und beinhalten nur fünf obligatorische Vorlesungen im Laufe der fünf Ausbildungsjahre (das 6. Jahr ist den klinischen Praktika gewidmet); dazu kommen noch mehrere Lehrveranstaltungen, mit denen lediglich ein Teil der Studenten in Berührung kommt. Deshalb dürfen wir ruhig sagen, dass Gender in der medizinischen Ausbildung in Lausanne zwar vorhanden ist, aber von paradisischen Zuständen kann noch lange nicht die Rede sein. Eigentlich sieht die Situation in Lausanne derjenigen in den Niederlanden, bevor das Team von Toine Lagro-Janssen das nationale Projekt *Gender mainstreaming* einführte, sehr ähnlich: Unterrichtseinheiten zu Gender bleiben gefährdet und zerstückelt und bilden kein kohärentes Programm, das sich auf den ganzen Lehrgang verteilt. Daraus geht nach unserem Fallbeispiel Lausanne klar hervor, dass für den, der eine wirkliche Implementierung von Gender-Inhalten in die medizinische Ausbildung befürwortet, die Entwicklung und Anerkennung eines solchen Programms nötige Schritte sind.

Natürlich würde die Integration von Gender in die lokalen Studiengänge sehr erleichtert, wenn gewisse Führungsinstrumente der medizinischen Ausbildung in der Schweiz diese Betrachtungsweise übernehmen. Wir denken hier vor allem an den schweizerischen Katalog der Lernziele für die medizinische Grundausbildung (SCLO), in dem wir - nach dem niederländischen Vorbild - empfehlen, Gender eindeutig in das Kapitel der allgemeinen Lernziele einzubeziehen. Es bestände selbstverständlich auch die Möglichkeit, eine Argumentationshilfe zu erstellen, die aufzeigt, inwiefern Gender stillschweigend in den genannten Lernzielen integriert ist. Letztlich wäre es auch möglich, den Einbezug von Gender in die Lernziele aller Fächer zu verlangen, aber ein solches Vorgehen wäre zweifellos viel schwieriger und würde mehr Zeit erfordern.

An Hand von fünf Fragen untersucht das Schlusskapitel dieses Berichts die möglichen Modalitäten für eine Übertragung des niederländischen Experiments in den helvetischen Kontext, ohne die denkbaren Finanzierungsquellen zu vergessen. Vor allem und um die schweizerischen Besonderheiten zu berücksichtigen, befürworten wir die Gründung einer nationalen Arbeitsgruppe "Gender und medizinische Grundausbildung". Für diese haben wir die nötigen Schritte zusammengefasst: die Implementierung von Gender in den SCLO, die Erarbeitung eines Musterprogramms zur Integration von Gender in den Unterricht sowie die Umsetzung von Massnahmen zur Unterstützung der Lehrpersonen, die bereit sind, auf Gender-Fragen einzugehen.

1 INTRODUCTION

Depuis deux décennies au moins, on observe un développement significatif du domaine *Gender Health – Gender Medicine*¹. De plus, suite à l'adoption du principe de *Gender Mainstreaming* au milieu des années 1990 – dont l'objectif est, rappelons-le, d'assurer une intégration transversale de l'égalité entre femmes et hommes²–, plusieurs gouvernements ainsi que diverses agences internationales préconisent officiellement une prise en compte du genre dans le secteur de la santé. Après avoir créé en 1995 un département « Femmes, genre et santé »³, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a ainsi officiellement fait état de sa volonté d'intégrer une perspective genre dans l'ensemble de ses activités en 2002.⁴ En 2006, le Conseil de l'Europe a souligné « l'importance d'une prise de conscience parmi le grand public comme parmi les professionnel-le-s des soins de la position centrale du genre parmi les déterminants de la santé ».⁵ Deux ans plus tard, cette même instance recommandait aux ministères des Etats membres de prendre en compte « dans les actions de santé les spécificités entre hommes et femmes ».⁶ Le document publié alors soulignait « que tous les secteurs de la recherche sur la santé (concernant tant les mécanismes biomédicaux que psycho-sociaux) mettent de plus en plus en évidence que les facteurs de risque, les manifestations cliniques, les conséquences et le traitement de la maladie peuvent différer entre les hommes et les femmes » et demandait que l'ensemble de la pratique médicale en tienne compte.

En Suisse, le premier rapport épidémiologique sur la santé des femmes paraît en 1996.⁷ A la même période, des recherches et des campagnes de prévention tenant compte du genre se développent dans le domaine des dépendances ainsi que dans celui de la lutte contre le sida. C'est également au milieu des années 1990 que la Fondation suisse de cardiologie produit une brochure destinée à assurer une meilleure prise en charge des femmes souffrant de maladies cardio-vasculaires, une pathologie longtemps considérée à tort comme avant tout masculine. Enfin, l'Office fédéral de la santé publique se dote en 2001 d'un service *Gender Health*. Après avoir publié plusieurs études abordant la thématique genre sous l'angle économique, les responsables de ce secteur mandatent l'élaboration d'un « Gender-Gesundheitsbericht » paru en 2006.⁸ Ce nouveau rapport épidémiologique de synthèse, publié

-
- 1 Plutôt que d'introduire la notion « Genre & Santé/ Genre & Médecine », nous avons préféré gardé les notions anglophones qui rendent mieux compte à nos yeux à la fois du contenu de ce champ de recherche, mais aussi de la réalité, la majorité des travaux en ce domaine étant anglo-saxons.
 - 2 OFSP, *Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006. Grundlagen zur Entwicklung von forschungs-und handlungsbezogenen Aktivitäten*, Berne: OFSP 2006; OMS Europe, *Mainstreaming gender equity in health: The need to move forward. Madrid Statement 2001*, Copenhague : OMS Europe 2002; Santé Canada, *La politique de Santé Canada en matière d'analyse comparative entre les sexes*, Ottawa: Santé Canada 2000.
 - 3 GOLAY Muriel, « Maîtriser son corps et promouvoir la responsabilité des hommes ». Entretien avec Jane Cottingham et Claudia Garcia Moreno, Organisation Mondiale de la Santé, in : REINHARZ Hazan Y. & CHATSONAY Philippe (sous la dir. de), *Santé et droits de l'homme. Les malades de l'indifférence*, Genève : Médecine & Hygiène 2004, 249-254; OMS, *Gender & Health : Technical Paper*, Genève : OMS 1998 ; OMS, *Overview of activities department of gender, women and health*, Genève: OMS 2008.
 - 4 OMS, *Intégrer dans l'action de l'OMS des approches soucieuses d'équité entre les sexes. Politique de l'OMS en matière de genre* (titre original: *Integrating Gender Perspectives in the work of WHO. WHO Gender Policy*), Genève : OMS 2002.
 - 5 Council of the European Union, “Council conclusions on women’s health (2006/C 146/02)”, *Official Journal of the European Union*, 22.6.2006: C 146/4- C146/5.
 - 6 Conseil de L'Europe, *Recommandation CM/Rec (2008)1 du comité des Ministres aux Etats membres sur la prise en compte dans les actions de santé des spécificités entre hommes et femmes* (adopté par le Comité de Ministres le 30 janvier 2008).
 - 7 ACKERMANN-LIEBRICH Ursula, ZEMP STUTZ Elisabeth, *Women’s Health Profile Switzerland*, Basel: Institute for Social and Preventive Medicine, University of Basel (Project commissioned and granted by the Federal Office of Public Health), 1996.
 - 8 OFSP, *Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006. Grundlagen zur Entwicklung von forschungs-und handlungsbezogenen Aktivitäten*, Berne: OFSP 2006.

uniquement en allemand, s'est vu prolongé par un rapport d'approfondissement – disponible en français comme en allemand – traitant autant de la situation des femmes que des hommes.⁹

Dès lors, en ce début de 21^{ème} siècle, n'est-il pas étonnant de constater que la question de la formation des professionnel-le-s de la santé dans le domaine genre soit de plus en plus fréquemment soulevée. En effet, d'une part, la pertinence et la nécessité d'une telle approche dans le domaine de la médecine et de la santé se trouvent clairement affirmées par diverses instances officielles. D'autre part, de manière plus générale, l'institutionnalisation des études genre au niveau académique dans de nombreux pays – suivant en cela l'exemple des pays anglo-saxons et nordiques – confère une légitimité certaine à cette perspective.

Compte tenu de la position occupée par le corps médical dans le système de santé, l'intégration d'un enseignement genre dans la formation médicale prégraduée constitue un enjeu de taille pour le développement du domaine *Gender Health – Gender Medicine*. La présence d'un tel enseignement constitue la garantie d'une meilleure prise en compte de cette approche au sein de la médecine à l'avenir, les nouvelles générations y étant sensibilisées au cours de leurs études. Elle constitue également un signe de reconnaissance institutionnelle à l'égard des travaux élaborés au sein de ce champ de recherche depuis plusieurs décennies.

Ainsi, dans plusieurs pays occidentaux, des initiatives ont-elles été prises dès le milieu des années 1990 afin de promouvoir l'inclusion de l'approche genre au sein de la formation médicale. La littérature documente de telles démarches aussi bien en Amérique du Nord (USA et Canada) et en Australie qu'en Europe (Autriche, Allemagne, Suède et Pays-Bas). Soucieux de promouvoir une telle inclusion, le département « Genre, Femmes et Santé » de l'OMS a également organisé une conférence d'expert-e-s sur ce sujet en décembre 2006 à Genève.¹⁰

En Suisse, si la discipline médicale a été prise en compte dans les rapports sur l'état des études genre en Suisse mandatés à la fin des années 1990 par le Conseil Suisse de la Science¹¹, il n'existe pas à ce jour d'inventaire des enseignements genre dispensés dans les cinq facultés de médecine du pays. Au cours des années 2000, dans le cadre des différents programmes fédéraux d'égalité des chances entre hommes et femmes dans les hautes écoles¹², des projets spécifiques de mentoring visant à promouvoir les carrières académiques des femmes médecins ont été mis sur pied tant à Bâle qu'à Zürich. En revanche, l'enseignement du genre dans les facultés de médecine n'a pas été explicitement soutenu à ce jour dans ce cadre, alors même que la promotion des études genre a bénéficié d'un financement de la CUS (sous la rubrique « projets de coopération ») pour la période 2004-2007¹³

⁹ OFSP, *Rapport d'approfondissement Genre et Santé*, Berne : OFSP 2008.

¹⁰ WHO, *Integrating gender into the curricula for health Professionals. Meeting Report. 4-6 December 2006*, WHO, 2007 (document downloadable depuis le site de l'OMS).

¹¹ BURRI Regula, FLEISCHMANN Irène, PAGNOSSIN-ALIGISAKIS Elisabetta, *Etudes Femmes/Etudes Genre en Suisse. Etat des lieux de l'enseignement et de la recherche 1995-1997*, rapport mandaté par le Conseil Suisse de la Science FER, Août 1998.

¹² A ce jour, ces programmes ont essentiellement cherché à promouvoir l'égalité entre hommes et femmes au niveau des carrières dans les hautes écoles en augmentant le nombre de femmes professeures, en mettant sur pied des programmes de mentoring pour la relève féminine et en prenant des mesures pour améliorer la conciliation entre vie familiale et professionnelle, avec en particulier un soutien aux crèches. « Message relatif à l'encouragement de la formation, de la recherche et de la technologie pendant les années 2000 à 2003 du 25 novembre 1998 », *Feuille fédérale*, 1998, pp. 304-305 ; « Message relatif à l'encouragement de la formation, de la recherche et de la technologie pendant les années 2004 à 2007 du 29 novembre 2002 », pp. 2169-2172 ; « Message relatif à l'encouragement de la formation, de la recherche et de l'innovation pendant les années 2008 à 2011 du 24 janvier 2007 », pp.1280-1286 ; disponible en ligne : <http://www.admin.ch/ch/f/ff/>

¹³ Confédération suisse, « Egalité des chances entre femmes et hommes et études genre dans le secteur tertiaire. Situation et mesures », Secrétariat d'Etat à l'éducation et à la recherche SER, Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie OFFT, Berne 2007, p. 12.

comme 2008 à 2011¹⁴. Enfin, à en croire la base de données sur les études genre en Suisse disponible sur le site de Gender Campus¹⁵, cet enseignement serait inexistant à l'heure actuelle. Si l'on se réfère uniquement aux situations lausannoise et bâloise¹⁶, la réalité s'avère toutefois plus nuancée.

Désireuse de se faire une image plus précise, l'actuelle responsable du projet Gender Health de l'OFSP a souhaité disposer d'un rapport sur ce sujet offrant un premier état de la question, ainsi que des pistes pour un éventuel approfondissement de cette thématique à l'avenir.

Plutôt que de comparer les situations dans une faculté francophone et germanophone ou de tenter un examen de l'enseignement dispensé dans les cinq facultés de médecine du pays – qui aurait nécessairement été sommaire compte tenu du temps imparti à ce mandat –, nous avons préféré mener une étude pilote sur la situation lausannoise que nous connaissons de l'intérieur et, sur cette base, examiner dans quelle mesure la recherche-action menée aux Pays-Bas entre 2002 et 2005 pourrait être transposée dans le contexte helvétique. En effet, alors qu'en 1999 le groupe de pilotage sur la santé des femmes créé par le Ministère néerlandais de la santé déplorait qu'aucune des huit écoles de médecine du pays n'intègre le genre dans l'enseignement prégradué¹⁷, le genre figurait dans le curriculum obligatoire des étudiant-e-s en médecine de tout le pays moins de dix ans plus tard grâce à une recherche-action. Celle-ci a été menée par l'équipe placée sous la direction de la Professeure de médecine générale Toine Lagro-Janssen, du département de *Women's Studies in medicine* de l'École de médecine de l'Université Radboud de Nijmegen.

Encourageant en lui-même, le succès de ce projet constitue une source d'inspiration accessible pour les autorités sanitaires et académiques d'autres pays, d'autant que cette expérience a été relatée et analysée dans une dizaine d'articles publiés dans des revues scientifiques anglophones. La cohérence de ces travaux fait d'ailleurs de Toine Lagro-Janssen l'une des expertes européennes en ce qui concerne la question de l'intégration du genre dans la formation médicale. Aussi avons-nous été très content-e-s de pouvoir l'inviter à l'Université de Lausanne en avril 2010 et d'avoir l'opportunité d'approfondir cette thématique avec elle dans le cadre d'une séance de travail interne organisée par le groupe de travail « Genre, Médecine et Santé » du Département universitaire de médecine et de santé communautaires (CHUV/FBM). Certaines informations du présent rapport se réfèrent d'ailleurs aux échanges initiés à cette occasion.

Le présent rapport commencera par présenter l'expérience néerlandaise (Chapitre 2). Nous exposerons ensuite l'état de l'enseignement du genre au sein de l'École de médecine de la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne (année académique 2009-2010), en nous basant pour l'essentiel sur l'examen des cahiers de la petite quarantaine de modules¹⁸ qui composent l'ensemble des 6 années de cursus de formation prégradué (chapitre 3). Dans les deux cas, les informations seront présentées en ayant à l'esprit un possible transfert de l'expérience néerlandaise dans le contexte helvétique et une extension de ce travail d'inventaire aux quatre autres facultés de médecine du pays. L'examen de la place réservée au genre dans deux outils nationaux de pilotage de la formation prégradué en médecine permettra d'aborder les possibilités d'intervention au niveau suisse (chapitre 4). En conclusion, nous reviendrons sur les différentes questions soulevées dans ce rapport en lien avec les possibilités de transfert de l'expérience néerlandaise dans le contexte helvétique (chapitre 5).

¹⁴ « Message relatif à l'encouragement de la formation, de la recherche et de l'innovation pendant les années 2008 à 2011 du 24 janvier 2007 », pp.1280-1286 ; disponible en ligne : <http://www.admin.ch/ch/f/ff/>

¹⁵ On trouve une liste des enseignements genre dispensés dans toutes les universités suisses sur le site de Gender Campus : <http://www.gendercampus.ch/f/Studies/04/01/01/default.aspx>

¹⁶ La situation lausannoise sera présentée en détail dans ce rapport ; quant à la faculté de médecine de Bâle, la Professeure Elisabeth Zemp y assure un enseignement genre depuis de nombreuses années déjà.

¹⁷ VERDONK Petra, MANS Linda J. L. and LAGRO-JANSSEN Toine L. M., 'How is gender integrated in the curricula of Dutch medical schools? A quick-scan on gender issues as an instrument for change', *Gender and Education*, 18: 4, 2006, 399 – 412, p. 401.

¹⁸ Ces brochures sont disponibles sur le site de l'école de médecine de la FBM : <http://www.unil.ch/fbm/page23738.html>

Avant de clore cette introduction, il convient de préciser ce que l'on entend lorsqu'on parle d'intégration de l'approche genre dans l'enseignement prégradué en médecine. En effet, dans la littérature, cette notion recouvre un domaine plus ou moins large. Aussi, est-il utile de donner un aperçu des significations susceptibles d'être rencontrées.

Dans certains cas, on se focalise sur la prise en compte des différences entre hommes et femmes au niveau du sexe (différences biologiques) ou du genre (différences socio-culturelles acquises) sur le plan de la santé comme de la maladie en tenant compte de plusieurs niveaux :

- de l'épidémiologie,
- de la présentation des symptômes (au niveau objectif ou subjectif),
- des facteurs de risques,
- des conséquences de la maladie,
- des traitements appliqués,
- ou encore de l'attitude des pourvoyeurs/euses de soins.

Centrée sur les contenus de l'enseignement, cette manière d'aborder la question genre en médecine est la plus pointue et c'est cette perspective qui sera privilégiée dans le présent rapport.

Dans d'autres cas, la prise en considération du genre dans le processus de formation est plus globale; quatre grands thèmes sont concernés:

- l'impact du genre sur les professions de la santé en général et en particulier sur la profession médicale (cf. ségrégation verticale et horizontale, mais aussi harcèlement sexuel des femmes médecins que cela soit par leurs pairs, leurs supérieurs ou encore par les patients);
- l'impact du genre dans la relation et la communication médecin-patient;
- l'impact du genre dans le rapport enseignant-e/enseigné-e dans les différents stades de la formation médicale;
- la féminisation du langage employé dans le cadre de la formation médicale.

Enfin, il nous faut également préciser l'usage que nous faisons de la notion de *Gender Health-Gender Medicine*. A l'instar de la tendance dominante actuellement, nous employons cette notion – et donc également celle d'intégration du genre dans la formation médicale – de manière inclusive. Cela signifie que nous évoquons alors aussi bien des différences identifiées sur le plan biologique (sexe) que sur le plan des rôles et des comportements acquis (genre). De même, il va de soi que ce domaine porte autant sur la santé des femmes que des hommes, même s'il importe dans les analyses produites de tenir compte des rapports de pouvoir qui régissent les relations entre ces deux groupes sociaux et qui se jouent le plus fréquemment au détriment des femmes, ainsi que le soulignent les documents de l'ONU et de l'OMS.

2 INTÉGRER LE GENRE DANS LES ÉTUDES DE MÉDECINE : LA « SUCCESS STORY » NÉERLANDAISE

Comme mentionné dans l'introduction du présent rapport, le projet mené entre 2002 et 2005 par l'équipe de Toine Lagro-Janssen – professeure de médecine générale et responsable du département de *Women's Studies in medicine* de l'École de médecine de l'Université Radboud de Nijmegen – a été une « success story » qui a permis, en quelques années seulement, d'intégrer le genre dans les huit écoles de médecine des Pays-Bas, alors même qu'à la fin des années 1990 aucune d'entre elles ne tenait compte de cette dimension dans la formation des médecins au niveau prégradué.

Mené en équipe durant 4 ans¹⁹, ce projet se définit comme une recherche-action, dans la mesure où il ne s'agissait pas seulement d'obtenir l'intégration du genre dans les écoles de médecine néerlandaises, mais également de rendre compte de cette démarche via une série d'articles publiés dans diverses revues scientifiques spécialisées dans la pédagogie médicale ou dans les études genre²⁰. Réunis dans une monographie, ces articles ont également été présentés comme thèse de doctorat en 2007 par la principale collaboratrice du projet, Petra Verdonk²¹, une psychologue de formation aujourd'hui professeure assistante à la faculté de la santé, de la médecine et des sciences de la vie à l'Université de Maastricht.

Le projet de l'équipe de Toine Lagro-Janssen s'inscrit dans une perspective de *gender mainstreaming*.²² Ainsi que les membres de l'équipe s'en expliquent dans un article paru en 2009, après avoir identifié plusieurs modèles d'intégration du genre dans la formation supérieure, elles ont opté pour celui qui correspond le plus à l'esprit du *gender mainstreaming*.²³ Afin de prendre la mesure de l'originalité de leur approche, il convient d'évoquer brièvement ces différents modèles.

Dans le premier d'entre eux, un cours distinct consacré au genre est proposé en plus du programme existant. Avec le second modèle, le genre se voit associé à des enseignements portant sur d'autres groupes considérés comme étant spécifiques. Le troisième modèle propose que le genre soit intégré dans le cadre de cours interdisciplinaires accessibles aux étudiant-e-s de plusieurs disciplines, voire de différentes facultés.²⁴ Enfin, le quatrième modèle entend intégrer le genre aux enseignements existants au sein d'une faculté donnée; il suppose donc que les cours soient modifiés afin d'intégrer le genre sur la base de recommandations faites par les expert-e-s du domaine.

¹⁹ La durée effective de ce projet fut plutôt de 7-8 ans, si l'on inclut le temps consacré à sa valorisation à travers la publication de divers articles, qui s'est étendue jusqu'en 2007 en tout cas.

²⁰ Je me réfère dans ce rapport aux articles publiés plutôt qu'aux différents chapitres de la thèse de doctorat de Petra Verdonk, celle-ci étant moins facile à trouver. Plus exactement, je me réfère à 5 des 7 articles publiés sous forme de chapitres; les deux articles laissés de côté ne portent en effet pas directement sur la mise en œuvre du projet national, il s'agit de: VERDONK Petra, BENSCHOP Yvonne W. M, DE HAES Hanneke C. J. M., LAGRO-JANSSEN Toine L. M., "Medical Students' Gender Awareness. Construction of the Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale (N-GAMS)", *Sex roles*, 28, 2008, 222-234 et de VERDONK Petra, HARTING Annalies, LAGRO-JANSSEN Toine, "Does Equal Education Generate Equal Attitudes? Gender Differences in Medical Students? Attitudes Toward the Ideal Physician", *Teaching and Learning in Medicine. An International Journal*, 19:1, 2007, 9-13.

²¹ VERDONK Petra, *Gender Matters in Medical Education. Integrating a gender perspective in medical curricula*, 2007, layout, print & cover: Drukkerji Wedding, Harderwijk.

²² Deux articles recourent d'ailleurs à cette notion dans leur titre: VERDONK Petra, BENSCHOP Yvonne, DE HAES Hanneke, MANS Linda and LAGRO-JANSSEN Toine, "Should you turn this into a complete gender matter? Gender mainstreaming in medical education", *Gender and Education*, 21: 6, 2009, 703 – 719 et, les mêmes, "Making a gender difference: Case studies of gender mainstreaming in medical education", *Medical Teacher*, 30, 2008, e194-e201.

²³ VERDONK Petra, BENSCHOP Yvonne W. M, DE HAES Hanneke C. J. M., LAGRO-JANSSEN Toine L. M., "From gender bias to gender awareness in medical education", *Advances in Health Sciences Education*, 14, 2009, 135-152, cf. pp 142-144.

²⁴ C'est là le modèle adopté à Genève dans le cadre du Diplôme d'études approfondies (DEA) en études genre au sein duquel a été proposé durant plusieurs années un enseignement « genre et santé ».

C'est ce dernier modèle que l'équipe de Toine Lagro-Janssen a retenu en dépit de la difficulté inhérente à cette approche, qui nécessite l'adhésion d'un grand nombre de personnes. En effet, à ses yeux, il permettait de dépasser les faiblesses des formules précédentes. Aussi, le projet de Toine Lagro-Janssen vise-t-il l'intégration des questions genre dans l'ensemble de la formation médicale prégraduée, partout où cela s'avère pertinent, mais en tenant compte des différents contextes d'enseignement.

Ce projet relève également d'une approche de type *gender mainstreaming* dans la mesure où, comme nous le verrons, il s'agit d'une approche "top-down", qui met l'accent sur un clair soutien initial de la hiérarchie, en l'occurrence de la direction des différentes écoles de médecine. De plus, le *gender mainstreaming* se définissant comme une stratégie à long terme, il y a une volonté très nette d'évaluer dans la durée l'efficacité des mesures introduites.²⁵

Au terme de ce préambule, il convient de noter que les articles relatant l'expérience menée aux Pays-Bas portent essentiellement sur la manière dont le projet a été conçu et s'est déroulé. A cela s'ajoute tout un volet réflexif et analytique visant à dégager les éléments ayant facilité ou, au contraire, entravé l'implantation du genre dans les programmes de formation des écoles de médecine néerlandaises. Aussi ne trouve-t-on pas à proprement parler dans ces articles – et par extension dans le présent rapport – un argumentaire justifiant l'introduction d'un enseignement genre en médecine, que cela soit de manière générale, en fonction des thématiques ou encore selon les spécialités médicales. En d'autres termes, si ces éléments sont présents, ils ne constituent pas le cœur des publications dont nous allons donner ici une synthèse.

Avant de présenter le projet mené par l'équipe de Toine Lagro-Janssen entre 2002 et 2005, il nous faut évoquer les divers éléments qui, dès le milieu des années 1990, ont préparé son lancement.

2.1 EN AMONT DU PROJET NATIONAL DE 2002-2005

Bien qu'il nous soit difficile d'apprécier l'impact de cette réalité sur l'attitude adoptée envers le projet de l'équipe de Toine Lagro-Janssen, rappelons que, de manière générale, les études genre sont parvenues à s'institutionnaliser aux Pays-Bas presque vingt ans avant leur inscription dans le paysage académique suisse. Au milieu des années 1990, soit 5 ans avant la création de la première chaire d'études genre helvétique, Toine Lagro-Janssen obtient une chaire de « Women's Studies in Medicine » financée à hauteur de 50% durant quelques années par l'Association néerlandaise des femmes médecins (VNVA), avant de bénéficier d'un financement structurel au sein de l'Université Radboud.²⁶

La même année, en 1996, le Ministère néerlandais de la santé met sur pied un groupe de pilotage sur la santé des femmes, une décision sans doute prise dans le sillage des mesures adoptées lors de la conférence sur les femmes de Pékin (ONU, 1995) et au sein de l'Union Européenne en matière de *gender mainstreaming*.²⁷ Or, dans un rapport publié en néerlandais à la fin des années 1990, ce groupe de pilotage déplore qu'aucune des huit écoles de médecine du pays n'offre un programme intégré et adéquat en ce qui concerne le sexe et le genre dans le domaine de la maladie comme de la santé.²⁸

A la même période (entre 1998 et 1999), grâce à un financement interne à son université, Toine Lagro-Janssen mène une étude pilote sur le degré d'intégration du genre au sein de l'École de médecine de

²⁵ VERDONK Petra, BENSCHOP Yvonne W. M, DE HAES Hanneke C. J. M., LAGRO-JANSSEN Toine L. M., "Making a gender difference: Case studies of gender mainstreaming in medical education", *Medical Teacher*, 30, 2008, e194-e201

²⁶ Cette information figure dans le CV détaillé que la Professeure Toine Lagro-Janssen a mis à notre disposition en avril 2010.

²⁷ Nous ne disposons malheureusement pas d'informations concernant les circonstances ayant présidé à la création de cette instance, sa composition ou encore ses activités au cours des années.

²⁸ VERDONK Petra, MANS Linda J. L. and LAGRO-JANSSEN Toine L. M., 'How is gender integrated in the curricula of Dutch medical schools? A quick-scan on gender issues as an instrument for change', *Gender and Education*, 18: 4, 2006, 399 – 412, p. 401.

Nijmegen, sur laquelle nous reviendrons plus loin car elle constitue le canevas du projet national lancé quelques années plus tard.

Enfin, en 2001 paraît une version révisée des objectifs d'apprentissage au niveau prégradué pour les médecins néerlandais – *Blueprint 2001. Training of Doctors in The Netherlands. Adjusted objectives of undergraduate medical education in the Netherlands*. Or, ce document officiel mentionne le genre à plusieurs reprises parmi lesdits objectifs.²⁹ Si nous ne disposons malheureusement d'aucune information sur les circonstances ayant permis l'inscription du genre dans les objectifs d'apprentissage définis au niveau national aux Pays-Bas, il est évident que ce changement a conféré d'emblée une grande légitimité au projet mené à partir de 2002 par l'équipe de la Professeure Toine Lagro-Janssen.

2.1.1 L'étude pilote menée à l'Université Radboud à la fin des années 1990³⁰

Dans le cadre de cette étude initiale, Toine Lagro-Janssen a commencé par examiner le matériel de présentation du cursus de formation à l'École de médecine de l'Université Radboud de Nijmegen en s'appuyant sur une grille d'analyse élaborée par trois médecins canadiennes.³¹ Cette grille, d'une portée assez générale, propose d'analyser le matériel d'enseignement sous trois angles:

- Le langage (par ex. est-ce que l'étudiant est toujours un homme ?) ;
- Le contexte (par ex. le contexte dans lequel les patient-e-s hommes et femmes sont replacé-e-s, situé-e-s) ;
- Le contenu (quels sont les sujets qui sont présents ou absents du cursus).

Au terme de cet examen, Toine Lagro-Janssen a constaté que l'enseignement genre était fragmentaire dans son école de médecine et que des lacunes existaient dans différents domaines du savoir comme au niveau de l'attitude professionnelle.

Dans un second temps, sur la base de la littérature internationale et de projets menés à l'étranger, elle a établi une liste d'exigences en 6 points permettant d'apprécier une intégration réussie du genre dans le cursus de formation médicale prégradué (voir annexe n° 1).

Dans un troisième temps, elle a approfondi son examen en consultant le matériel d'enseignement utilisé dans certains modules³², qu'elle a sélectionnés en fonction de leur pertinence sur le plan de la formation et de leur position centrale au sein du cursus.³³

En sa qualité de professeure de *Women's studies in medicine*, Toine Lagro-Janssen est ensuite allée voir les coordinateurs de ces différents modules afin d'attirer leur attention sur les questions genre et de discuter avec eux – il s'agissait principalement d'hommes – des mesures qui pourraient être prises pour mieux intégrer le genre. Elle a alors formulé près de 25 recommandations concrètes, soit entre 1 et 6 propositions par modules. Comme on peut le voir dans l'annexe n° 2, les changements préconisés sont formulés de manière aussi concise que pragmatique.

Enfin, deux ans plus tard, au moment où le projet national débutait, une évaluation a été faite de ce projet pilote afin d'apprécier l'efficacité de la démarche adoptée à Nijmegen. Cette évaluation a été menée de la manière suivante: mis à part la consultation du matériel d'enseignement, les coordinateurs des 9 modules

²⁹ Nous présenterons la manière dont le Blueprint intègre le genre dans le chapitre suivant du présent rapport, lorsque nous traiterons de son équivalent helvétique, le SCLO ; voir également l'annexe n° 8.

³⁰ Si le rapport final qui rend compte de cette expérience pilote n'est disponible qu'en néerlandais, un article paru en anglais dans le cadre de la valorisation du projet national de 2002-2005 en rend compte: VERDONK Petra, MANS Linda J L, LAGRO-JANSSEN Toine, „Integrating gender into a basic medical curriculum“, *Medical Education*, 39, 2005, 1118-1125.

³¹ ZELEK Barbara, PHILIPS Susan P., LEFEBVRE Yvonne, "Gender sensitivity in medical curricula", *Canadian Medical Association Journal*, 156: 9, 1997, 1297-1300.

³² L'ampleur et la nature de ce matériel d'enseignement n'est toutefois pas décrite.

³³ Il s'agit des 9 modules suivants: Fondations et méthodes (médecin et formation) ; Régulation et intégration ; Métabolisme 2 ; Eau et sel, métabolisme 2 ; Circulation 2 ; Fondations et méthodes 3 (médecin et culture) ; Problèmes psychologiques ; Problèmes liés à l'âge ; Médecine de famille.

pour lesquels des changements avaient été préconisés ont été contactés et un entretien d'une heure environ a été mené avec chacun d'entre eux, sur la base d'une grille organisée autour de trois questions centrales:

- Les recommandations de l'étude pilote avaient-elles pu être mises en œuvre ?
- Si ce n'était pas le cas, quels motifs en étaient la cause? Si c'était le cas, quels facteurs avaient favorisé leur mise en œuvre?
- Quel regard les coordinateurs portaient-ils sur l'implantation du genre dans l'enseignement prégradué de médecine à Nijmegen ? Comment ces changements étaient-ils perçus à leur avis par les étudiant-e-s ?

Afin de réduire les résistances des coordinateurs, ces entretiens n'ont pas été enregistrés et des notes ont été simplement prises. De plus, chaque coordinateur s'est vu soumettre pour approbation le compte-rendu de son entretien.

Bien que seule une bonne moitié des recommandations aient été retenues, le bilan est positif au final en ce qui concerne l'École de médecine de Nijmegen. En effet, tous les thèmes mentionnés dans le point 1 des critères d'intégration réussie sont désormais enseignés dans une optique genre (pour le détail de ces thématiques, voir l'annexe n° 1). De plus, le genre est intégré dans 6 modules distincts, ce qui permet de couvrir l'ensemble du cursus. Enfin, les aspects biomédical aussi bien que psycho-social sont pris en considération. Un des effets du projet a aussi été que Toine Lagro-Janssen a été de plus en plus souvent sollicitée comme experte du genre pour intervenir dans les différents modules.

Au terme de cette évaluation positive, l'équipe de Toine Lagro-Janssen a établi en 2002 que les facteurs suivants avaient joué un rôle important dans le processus d'intégration du genre au sein de l'enseignement de l'École de médecine de Nijmegen:

- des propositions concrètes et directement réalisables pour l'adaptation des enseignements;
- des illustrations concrètes des différences de genre dans la prise en charge effective des patient-e-s;
- des coordinateurs de modules motivés;
- la présence d'une personne en mesure de porter le projet avec enthousiasme au sein de la faculté;
- l'intégration des propositions dans le cadre de l'enseignement existant;
- l'implication des coordinateurs de modules dans le processus de décision;
- un soutien matériel de la part de l'université.

Compte tenu de l'évaluation très positive de l'expérience pilote menée à Nijmegen, le projet national s'est largement calqué sur celle-ci.

2.2 INTEGRATING GENDER INTO THE CORE CURRICULUM: LE DÉROULEMENT DU PROJET NATIONAL (2002-2005)

On dit souvent que l'argent est le nerf de la guerre, cela vaut aussi pour le projet mené par l'équipe de la Professeure Toine Lagro-Janssen entre 2002 et 2005. En effet, ce projet a été conçu dans le cadre de la mise au concours par l'Organisation néerlandaise pour la recherche sur la santé et le développement (ZonMw) de projets accordant, cette année-là, une grande attention à l'approche genre.³⁴ Le projet « Integrating Gender into the Core Curriculum » soumis par Toine Lagro-Janssen ayant été accepté, celui-

³⁴ VERDONK Petra, BENSCHOP Yvonne, DE HAES Hanneke C. J. M, LAGRO-JANSSEN Toine, "Making a gender difference: Case studies of gender mainstreaming in medical education", *Medical Teacher*, 30, 2008, e194-e201, cf. p. 195. Pour Toine Lagro-Janssen, l'attention accordée au genre lors de la mise au concours du ZonMw au début des années 2000 est étroitement liée à des circonstances politiques et à la composition du gouvernement d'alors (renseignement fourni lors de la séance de travail du 30 avril 2010).

ci a bénéficié d'un important crédit de 402'895 Euros,³⁵ soit l'équivalent d'un demi-million de francs suisses. De plus, au terme des quatre années initiales de recherche, d'autres financements ont pu être trouvés pour assurer sa valorisation sur le plan académique.

Une fois son projet sélectionné, l'équipe de Toine Lagro-Janssen a bénéficié d'une autre opportunité, à savoir le lancement de la procédure d'évaluation quinquennale des écoles de médecine néerlandaises. Grâce à l'appui de plusieurs personnes convaincues de la pertinence de l'approche genre en médecine au sein de la commission responsable, cette année-là, de l'élaboration du questionnaire d'évaluation, une question a porté spécifiquement sur l'inclusion d'un enseignement genre dans la formation prégraduée (comment et où les questions de genre sont-elles abordées au cours de la formation ?).³⁶

Ainsi, en 2002, le projet « *Integrating Gender into the Core Curriculum* » a-t-il pu démarrer en bénéficiant non seulement de l'assise que lui donnait l'expérience pilote de Nijmegen, mais en jouissant également de la légitimité que lui conféraient trois instances nationales:

1. L'Organisation néerlandaise pour la recherche sur la santé et le développement (ZonMw) par le biais de l'important crédit accordé;
2. Le *Blueprint 2001* à travers l'intégration du genre dans les objectifs d'apprentissage des futur-e-s médecins néerlandais-e-s;
3. La commission chargée de mener l'accréditation des 8 écoles de médecine des Pays-Bas grâce à la question sur l'inclusion du genre dans le cursus de formation prégraduée en médecine.

L'équipe de recherche comptait, outre Toine Lagro-Janssen, deux collaboratrices engagées sur le projet. Des collaborations – y compris avec des femmes travaillant dans d'autres écoles de médecine – se sont également développées par la suite dans le cadre des publications. Enfin, bien que son apport soit peu commenté, signalons la création d'un groupe d'accompagnement du projet comprenant des représentant-e-s de l'organisme financeur, des responsables de formation ainsi que des personnes s'étant mobilisées sur le terrain pour le projet et désignées sous les termes d' « agent de changement ».³⁷

Au niveau de sa mise en œuvre, le projet de l'équipe de Toine Lagro-Janssen comportait quatre moments distincts que nous allons maintenant examiner.

2.2.1 Dresser un état des lieux de l'enseignement genre³⁸

Pour commencer, l'équipe a procédé à un état des lieux rapide du degré d'inclusion du genre dans le cursus d'enseignement de 7 des 8 écoles de médecine des Pays-Bas (la situation à Nijmegen étant déjà connue). Pour mener à bien ce volet, l'équipe a basée son analyse sur les brochures présentant le programme de formation de chacune de ces écoles³⁹, ainsi que sur les objectifs d'apprentissage relatifs au genre dans le *Blueprint* de 2001. Cet examen a également tenu compte de l'orientation des écoles de médecine, certaines d'entre elles étant davantage d'obédience biomédicale, d'autres mettant l'accent sur une approche psychosociale, certaines privilégiant la formation à la recherche, d'autres l'acquisition de

³⁵ Information figurant dans le curriculum vitae de la Professeure Toine Lagro-Janssen

³⁶ Une autre question traitait de l'égalité des chances entre femmes et hommes au niveau des carrières médicales et universitaires: VERDONK Petra, BENSCHOP Yvonne, DE HAES Hanneke, MANS Linda and LAGRO-JANSSEN Toine, "Should you turn this into a complete gender matter? Gender mainstreaming in medical education", *Gender and Education*, 21: 6, 2009, 703 – 719, cf. note 1, p. 717 et VERDONK Petra, BENSCHOP Yvonne, DE HAES Hanneke, MANS Linda and LAGRO-JANSSEN Toine, "Making a gender difference: Case studies of gender mainstreaming in medical education", *Medical Teacher*, 30, 2008, e194-e201, cf. p. 196.

³⁷ VERDONK Petra, BENSCHOP Yvonne, DE HAES Hanneke, MANS Linda and LAGRO-JANSSEN Toine, "Making a gender difference: Case studies of gender mainstreaming in medical education", *Medical Teacher*, 30, 2008, e194-e201.

³⁸ Les informations sur ce point se trouvent essentiellement dans l'article suivant : VERDONK Petra, MANS Linda J. L. and LAGRO-JANSSEN Toine L. M., 'How is gender integrated in the curricula of Dutch medical schools? A quick-scan on gender issues as an instrument for change', *Gender and Education*, 18: 4, 2006, 399 – 412.

³⁹ Malheureusement, le format de ces « Studies' Guides » n'est pas explicite.

compétences professionnelles. Puis, pour chaque école, un rapport écrit⁴⁰ a rendu compte des résultats de cette évaluation, tout en formulant une première série de recommandations pour inclure le genre dans le programme d'études local.

Ainsi qu'escompté, cet état des lieux a établi qu'il n'existait pas de programme coordonné d'enseignement du genre dans les écoles de médecine néerlandaises. Parmi les cours obligatoires, les cours sur la reproduction et la gynécologie étaient ceux qui faisaient le plus fréquemment mention des différences au niveau du sexe et du genre, par contre ce n'était pas le cas des enseignements ayant trait aux maladies cardio-vasculaires ou à la pharmacologie. En outre, des enseignements particulièrement importants pour la santé des femmes, tels que les abus sexuels et la violence conjugale, ne figuraient pas au programme de toutes les écoles de médecine. Enfin, seule une d'entre elles traitait des différences hommes/femmes au niveau de la communication médecin-malade. Au niveau des cours à option par contre, 6 d'entre eux intégraient de le genre, et cela dans 4 des 7 écoles de médecine du pays.

L'équipe de Toine Lagro-Janssen a également constaté lors de cet état de lieux que les objectifs d'apprentissage n'incluaient ni des connaissances relatives au sexe ni au genre. De plus, lorsqu'un enseignement abordait la question des différences hommes/femmes, il se situait davantage dans une perspective biologique que socioculturelle, l'accent étant donc surtout mis sur le sexe et peu sur le genre.

Au cours du projet, il a également été observé qu'une orientation biopsychosociale du cursus favorisait l'intégration du genre. Il en va de même d'un enseignement basé sur l'apprentissage par problèmes et dans lequel on recourt à des approches interdisciplinaires. L'existence de procédures d'élaboration et d'évaluation des curricula se révèle également être un atout. A l'inverse, une orientation étroitement biomédicale et un cursus traditionnel disciplinaire constituent deux obstacles importants pour la prise en compte du genre. L'équipe de Toine Lagro-Janssen précise toutefois que ce constat n'est pas spécifique au genre, d'autres thématiques nécessitant une approche interdisciplinaire, telle que la douleur ou la nutrition, peinant également à s'intégrer dans les cursus figés dans une orientation strictement biomédicale et disciplinaire.

Il n'en reste pas moins qu'il existait également des lacunes importantes en ce qui concerne l'approche genre dans les écoles de médecine orientées vers les patient-e-s et ayant opté pour une pédagogie par problème. Par conséquent, il s'avérait nécessaire d'accorder une attention explicite au genre et d'élaborer une stratégie d'implantation dans toutes les écoles de médecine, quelle que soit son orientation.

2.2.2 Convaincre la hiérarchie des écoles de médecine d'accorder son soutien⁴¹

Une fois cet état des lieux mené à bien, la seconde étape consista à approcher les directions de chacune des 7 écoles de médecine afin d'obtenir leur soutien formel au projet. La procédure adoptée par l'équipe de Toine Lagro-Janssen pour ce faire comprenait deux moments forts : une prise de contact initiale suivie d'un premier entretien.

La prise de contact initiale s'est faite par le biais d'un courrier postal organisé autour des points suivants :

- a) Mention des lacunes en matière d'enseignement du genre trouvées au sein de l'École de médecine de Nijmegen et présentation de l'impact positif de l'étude pilote menée dans ce cadre pour y remédier ;
- b) Evocation des recherches internationales ayant mis en évidence des différences de sexe et de genre dans le développement de certaines maladies, au niveau de l'épidémiologie ou encore au niveau du vécu différent des hommes et des femmes confronté-e-s à une même pathologie ;
- c) Mise en exergue de l'importance du genre pour améliorer la qualité des soins et cela tant pour les femmes que les hommes.

A ce courrier était également joint un article scientifique sur les différences entre hommes et femmes dans le domaine de la santé et de la maladie, ainsi qu'un résumé du projet de recherche *Integrating Gender into the Core Curriculum* .

⁴⁰ La taille de ces rapports initiaux n'est pas précisée.

⁴¹ Les informations sur ce point se trouvent essentiellement dans l'article suivant : VERDONK Petra, MANS Linda J. L. and LAGRO-JANSSEN Toine L. M., 'How is gender integrated in the curricula of Dutch medical schools? A quick-scan on gender issues as an instrument for change', *Gender and Education*, 18: 4, 2006, 399 – 412.

Quelques semaines après l'envoi de ce courrier, Toine Lagro-Janssen en personne, en sa qualité de professeure en *Women's studies in medicine*, a repris contact par téléphone pour fixer un rendez-vous.

L'entretien mené avec la ou les personnes placées à la tête de chacune de ces écoles de médecine constitue le second moment fort de cette phase du projet. Au cours dudit entretien était présenté le rapport élaboré suite à l'examen du guide de formation de chaque école. Les commentaires faits durant la séance étaient consignés par l'équipe de Toine Lagro-Janssen dans un procès-verbal, soumis à approbation. Après avoir intégré les remarques formulées lors de cette rencontre dans la version finale dudit rapport, une copie de celui-ci était adressée à la direction de chaque école de médecine avec la demande de l'avaliser par écrit en le contre-signant ou en adressant un mail faisant état de son approbation. Lors de cette séance, les stratégies permettant de modifier le cursus de formation afin d'assurer une meilleure inclusion du genre étaient également discutées.

Il s'est avéré par la suite que la manière dont le soutien de la direction était rendu public au sein de l'école jouait un rôle très important : s'il était bien diffusé, les résistances envers le projet diminuaient grandement. Le temps qui y était consacré ainsi que les ressources organisationnelles qui y étaient allouées se trouvaient également légitimés.

Conçue comme une démarche de négociation à fort caractère démocratique, cette manière de procéder visait à favoriser l'engagement en faveur des modifications de la part des personnes occupant des positions clés au sein des écoles de médecine. La négociation était jugée réussie lorsque les autorités reconnaissaient l'importance de l'approche genre pour les futur-e-s médecins et exprimaient leur soutien, par le biais d'une lettre officielle du doyen faisant état de l'engagement en faveur du projet de la part des responsables de l'école de médecine.

De manière générale, au cours de ces entretiens, ni les lacunes du programme d'enseignement ni la nécessité d'une meilleure intégration du genre ne se sont trouvées contestées par les responsables des écoles de médecine néerlandaises. Ceux-ci ont aussi reconnu qu'intégrer le genre demandait des compétences qui faisaient défaut dans leur propre faculté. De plus, l'existence d'un enseignement genre n'a jamais été invoquée pour refuser une collaboration au projet de l'équipe de Toine Lagro-Janssen, bien au contraire.

Bien qu'elle ne détaille pas les facteurs susceptibles d'expliquer pourquoi les responsables de toutes les écoles de médecine néerlandaises ont accepté si facilement de coopérer à son projet, l'équipe de Toine Lagro-Janssen y voit un démenti de l'affirmation selon laquelle il faut des changements idéologiques majeurs pour que le genre puisse être intégré dans l'enseignement. De fait, la question « Qu'est ce qui changerait si le patient est un homme ou une femme ? » semble avoir été jugée plus pertinente par les responsables de la formation médicale prégraduée qu'une discussion sur les politiques de santé visant à établir davantage d'équité entre hommes et femmes.

Lorsqu'elle analyse les facteurs ayant joué un rôle-clé dans le processus de *gender mainstreaming*, l'équipe de Toine Lagro-Janssen considère l'attitude des responsables des écoles comme un soutien politique décisif. Dans l'ensemble, ces derniers se sont souvent montrés ambivalents au départ et le soutien accordé au projet tenait au fait qu'ils lui conféraient le bénéfice du doute. Aussi, les précautions prises par les membres de l'équipe dans leur manière de communiquer ont-elles joué un grand rôle dans ce contexte. De plus, cette nécessaire collaboration, parfois ressentie comme menaçante, a amené l'équipe à ne pas escompter une dynamique rapide et linéaire des changements apportés au niveau des curricula de formation en médecine.

2.2.3 Mobiliser les responsables de modules et les enseignant-e-s⁴²

Lors des entretiens menés avec les responsables des écoles de médecine a également été négocié l'accès au matériel d'enseignement. Celui-ci a été analysé en prolongement des « Studies' Guides » afin d'affiner les recommandations à même de garantir une meilleure intégration du genre au niveau local.⁴³

Pour élaborer ces recommandations, l'équipe de Toine Lagro-Janssen a procédé comme suit. Premièrement, elle a sélectionné les enseignements qui lui semblaient particulièrement adaptés à l'introduction du genre, tout en examinant l'ensemble du matériel pédagogique mis à leur disposition. Par ailleurs, lorsqu'un processus de réforme était en cours au sein de la faculté, elle a formulé des recommandations spécifiques sur l'organisation du cursus.

Toutes ces propositions ont ensuite été discutées avec les responsables des différents modules et les procès-verbaux de ces séances ont été soumis pour accord. Aussi, après l'attitude de la direction de l'école de médecine, c'est celle des responsables de modules qui a joué un rôle déterminant dans la possibilité de développer ou non le projet de *gender mainstreaming* au sein des différentes écoles de médecine.

L'existence d'un institut pédagogique bien organisé, l'implication de ses membres dans l'élaboration et l'évaluation des curricula, mais aussi la reconnaissance de l'approche interdisciplinaire constituent autant d'éléments qui se sont également avérés faciliter grandement la prise en considération du genre. A cela s'ajoute bien évidemment le soutien explicite des responsables de l'institut de pédagogie médicale, notamment par la mise à disposition des moyens de communication existant au sein de l'école de médecine : lettre d'informations (digitale ou non), réunions régulières du corps enseignant, midis pédagogiques. Ceux-ci ont en effet pu en certains cas être mobilisés par l'équipe de Toine Lagro-Janssen pour faire connaître le projet de *gender mainstreaming* et impliquer les enseignant-e-s.

Dans le cadre de ces diverses démarches comme lors des contacts initiaux avec les directions des écoles de médecine, l'équipe de Toine Lagro-Janssen a cherché à identifier un ou des « agents de changement » locaux, à savoir des personnes intéressées par le projet de *gender mainstreaming* et prêtes à le soutenir et à le porter de l'intérieur. A la croisée du processus *top-down* et *bottom-up*, ces personnes devaient, selon l'équipe de Toine Lagro-Janssen, avoir des contacts soutenus avec les enseignant-e-s et les responsables de modules, tout en étant bien placées par rapport aux responsables de la faculté. De manière attendue, ce sont surtout des femmes jeunes, membres du corps enseignant ou de l'unité de pédagogie, qui ont manifesté de l'intérêt pour le projet genre. L'équipe de Toine Lagro-Janssen les a par conséquent encouragées à établir une alliance avec des hommes plus âgés, aux mains desquels se trouvent habituellement le pouvoir au sein des écoles de médecine néerlandaises. Le recrutement d'« agent-e-s de changements » motivé-e-s, enthousiastes et doté-e-s de bonnes compétences communicationnelles tout en étant bien placé-e-s au sein de l'institution et soutenu-e-s par celle-ci s'est avéré être un élément-clé pour mener à bien le projet de *gender mainstreaming* au niveau local. Ces personnes relais manquaient toutefois souvent de connaissances dans le domaine genre, particulièrement sur le plan théorique – ce qui constitue clairement une des limites du projet –, une situation que l'équipe de Toine Lagro-Janssen a voulu pallier en mettant à leur disposition un matériel d'enseignement élaboré par des expert-e-s.

Comme à Nijmegen, les recommandations de l'équipe de Toine Lagro-Janssen se voulaient très pragmatiques mais, de plus, un soutien concret a été proposé par le biais de matériel d'enseignement genre prêt à l'emploi. Grâce à des financements supplémentaires, une initiative originale a en effet été lancée en prolongement du projet national, à savoir la création d'un centre de connaissances digitales localisé au sein de l'École de médecine de Nijmegen et accessible gratuitement durant la durée du projet à toutes les personnes qui y participaient.⁴⁴

⁴² Les informations sur ce point se trouvent essentiellement dans les deux articles suivants : VERDONK Petra, MANS Linda J. L. and LAGRO-JANSSEN Toine L. M., 'How is gender integrated in the curricula of Dutch medical schools? A quick-scan on gender issues as an instrument for change', *Gender and Education*, 18: 4, 2006, 399 – 412 et VERDONK Petra, BENSCHOP Yvonne, DE HAES Hanneke, and LAGRO-JANSSEN Toine, "Making a gender difference: Case studies of gender mainstreaming in medical education", *Medical Teacher*, 30, 2008, e194-e201.

⁴³ On ignore toutefois à la fois l'ampleur et la nature dudit matériel d'enseignement.

⁴⁴ La mise en place de ce centre de connaissances digitales dans le domaine genre et médecine a bénéficié d'un financement équivalent à quelque 150'000 CHF (cf. CV de Toine Lagro-Janssen). On notera qu'une partie du

Bien que le domaine genre et médecine forme un champ académique constitué, les connaissances de base en cette matière font le plus souvent défaut. Aussi, dans le cadre du projet « Integrating Gender Into the Core Curriculum », des cours de formation pour les enseignant-e-s intéressé-e-s à intégrer cette approche ont-ils été mis sur pied. De même, deux conférences ont été organisées, dont une de portée internationale, pour discuter des stratégies d'implantation et des mesures structurelles permettant d'établir le genre dans la formation médicale prégraduée. Une *newsletter* électronique a également été conçue pour informer régulièrement les personnes impliquées dans le projet du matériel pédagogique nouvellement élaboré ou acquis.

Globalement, les responsables des écoles de médecine ont estimé qu'il était pertinent de proposer du matériel pédagogique ayant trait aux questions genre, car cette manière de procéder était susceptible d'augmenter l'adhésion, en particulier dans les écoles où les cursus venaient d'être réformés. Toutefois, plusieurs responsables de formation ont souligné l'autonomie des enseignant-e-s et ont insisté sur le fait que c'était à ces personnes de décider s'ils/elles voulaient ou non intégrer les questions genre.

On le voit, l'acceptation par le corps enseignant de moyens pédagogiques élaborés par d'autres constitue un élément-clé pour la réussite du projet de *gender mainstreaming* dans la formation médicale tel qu'il a été mené aux Pays-Bas.

2.2.4 Evaluer le projet⁴⁵

En 2005, le projet a été évalué par le biais de 18 entretiens anonymisés de 15 à 50 minutes menés par téléphone à la fois avec les « agents de changement » locaux et les responsables des 7 écoles de médecine impliquées dans le projet. Le but de ces entretiens n'était pas seulement d'évaluer l'ampleur des changements introduits⁴⁶, mais aussi d'apprécier, dans le cadre d'un article de bilan, la manière dont le projet de *gender mainstreaming* dans la formation médicale prégraduée parvenait ou non à s'articuler avec des discours déjà existants au sein du monde médical.

Parmi ceux-ci, l'idée selon laquelle le savoir médical est neutre occupe une place de choix. Dans cette perspective, qui est peu encline à reconnaître les biais de genre dans la constitution de savoir médical, l'intégration du genre peut se faire en « ajoutant » simplement les femmes ou les différences hommes/femmes – souvent alors cantonnés au plan biologique – là où on les avait oubliées. Cette conception du savoir médical comme étant neutre n'entrave toutefois pas, selon l'équipe de Toine Lagro-Janssen, l'inclusion des questions genre ; par contre, elle détermine quels aspects seront pris en considération et la manière dont ils seront enseignés.

Un autre discours identifié dans le cadre de ces entretiens consiste à dire qu'une fois que les différences hommes/femmes sont prises en compte, il n'est plus nécessaire de parler d'une approche genre en médecine ; il s'agit donc d'une posture qui assimile le genre pour mieux le faire disparaître.

Un troisième discours a tendance à minimiser l'importance de l'approche genre en l'intégrant à la prise en compte de la diversité, présentée comme une approche plus englobante. La diversité est toutefois souvent assimilée à l'attention accordée aux différences « ethniques » et culturelles et, selon l'équipe de Toine Lagro-Janssen, il n'est pas rare que ces aspects soient jugés plus importants que le genre. Il y a donc une forme de mise en concurrence entre ces deux approches qui risque de se faire au détriment du genre.

La promotion de l'équité ne constitue pas, en revanche, une valeur dans laquelle les responsables des écoles de médecine interrogé-e-s se reconnaissent, surtout quand il s'agit d'équité entre hommes et femmes. Dans ce contexte, aborder la question des inégalités de santé entre femmes et hommes risque

matériel de ce site est en train d'être traduit en anglais dans le cadre d'un projet européen. Actuellement, pour pouvoir accéder à ce site, il faut s'y inscrire :

<http://www.umcn.nl/Research/Departments/medischevrouwenstudies/Pages/DatabankSDMO.aspx>.

⁴⁵ Cet aspect est essentiellement traité dans l'article suivant : VERDONK Petra, BENSCHOP Yvonne, DE HAES Hanneke, MANS Linda and LAGRO-JANSSEN Toine, "Should you turn this into a complete gender matter? Gender mainstreaming in medical education", *Gender and Education*, 21: 6, 2009, 703 – 719.

⁴⁶ Malheureusement, sur ce point précis, aucune des publications de l'équipe de Toine Lagro-Janssen ne propose de bilan détaillé. Dès lors, si le projet national est systématiquement présenté comme une réussite, on ignore le degré exact d'intégration du genre au sein des 8 écoles de médecine néerlandaises.

d'être mal perçu : le corps médical tend en effet à y voir une attaque à l'encontre tant de la science médicale que des hommes, alors même qu'elle peut être envisagée comme un moyen d'accroître la qualité des soins. D'emblée consciente de cette réalité, l'équipe de Toine Lagro-Janssen a pris soin dans le cadre du projet d'utiliser des termes à même de limiter les associations avec le féminisme, par exemple en parlant de questions genre plutôt que de questions femmes. Cette démarche s'est vue validée dans les commentaires recueillis auprès des responsables des écoles de médecine, puisque la manière de communiquer des membres du projet a souvent été soulignée comme un des facteurs ayant permis de réduire la résistance du corps enseignant. Cela dit, certaines thématiques telles que la violence à l'encontre des femmes suscitent, selon l'équipe, des résistances quelle que soit la manière dont se déroule la communication à ce sujet.

C'est donc dans cet article de bilan que l'équipe de Toine Lagro-Janssen aborde le plus les limites de la méthode retenue pour introduire le genre dans la formation médicale prégraduée en traitant des diverses formes de résistance à son endroit.⁴⁷ Elle souligne notamment que la manière dont le genre a été abordé peut aussi comporter des effets secondaires regrettables. En effet, ajouter du genre sans problématiser les rapports de genre peut conduire à implanter dans les écoles de médecine une vision essentialiste, selon laquelle les différences de genre sont vues comme quelque chose de fixe et de naturel ; une vision qui se trouve aux antipodes de celle défendue par l'équipe de Toine Lagro-Janssen. De même, un de ses choix a été de mettre l'accent sur les différences entre hommes et femmes. Or, la non-prise en compte de leurs différences, lorsque celles-ci existent, ne constitue qu'un des deux grands biais de genre en médecine. L'autre, en effet, consiste à omettre les similitudes et à faire des différences lorsque cela n'a pas lieu d'être, une attitude qui conduit souvent à reproduire des stéréotypes.

Aussi, si l'équipe de Toine Lagro-Janssen se réjouit d'être parvenue à intégrer le genre dans l'enseignement prégradué en médecine aux Pays-Bas à travers une démarche qui se voulait pragmatique, elle considère que le projet « Integrating Gender Into the Core Curriculum » ne constitue qu'une première étape et que d'autres mesures devront encore être prises à l'avenir pour améliorer le contenu de l'enseignement prégradué en médecine et saisir toutes les opportunités pour y intégrer avec davantage de profondeur le genre.

⁴⁷ D'autres aspects sont également abordés en conclusion de l'article suivant : VERDONK Petra, BENSCHOP Yvonne, DE HAES Hanneke, and LAGRO-JANSSEN Toine, "Making a gender difference: Case studies of gender mainstreaming in medical education", *Medical Teacher*, 30, 2008, e194-e201.

3 ENSEIGNEMENT PRÉGRADUÉ EN MÉDECINE À LAUSANNE: QUELLE PLACE POUR LE GENRE ? ÉTAT DES LIEUX POUR L'ANNÉE ACADÉMIQUE 2009-2010

Dans cette section, nous allons commencer par donner un aperçu des enseignements genre dispensés à l'École de médecine⁴⁸ de l'Université de Lausanne durant l'année académique 2009-2010. Cet inventaire repose pour l'essentiel sur l'examen des brochures (de 5 à 30 pages)⁴⁹ présentant le collège des enseignant-e-s, le contenu ainsi que les objectifs pédagogiques de la petite quarantaine de modules d'enseignement qui composent l'ensemble des 5 années de formation prégraduée en médecine, la 6^e année étant consacrée aux stages cliniques⁵⁰. Comme le montre le tableau en annexe n° 3, hormis la 1^{ère} année qui ne compte que 5 modules, de la 2^e à la 5^e année d'études l'année académique se découpe en 7 ou 9 modules, parmi lesquels trois ou quatre sont longitudinaux. Les brochures susmentionnées constituent la source la plus précise à notre disposition dans le cadre de ce mandat⁵¹ ; nous n'avons toutefois pu établir si cette documentation correspond aux « Studies' guides » scannés par l'équipe de la Professeure Toine Lagro-Janssen aux Pays-Bas ou si elle est plus détaillée.

Cet état des lieux sera ensuite mis en regard des exigences formulées dans le cadre du projet néerlandais en matière d'intégration du genre dans les études de médecine. Nous chercherons ensuite à apprécier les possibilités de transfert du projet néerlandais sur la base de l'étude de cas lausannoise, en examinant l'organisation de l'enseignement prégradué suite à la réforme de l'ensemble du cursus ces dix dernières années. En retraçant les conditions dans lesquels les enseignements actuels ont été introduits, nous chercherons à dégager les stratégies susceptibles d'être privilégiées dans le futur.

Nous évoquerons également le rôle que le Rectorat de l'Université de Lausanne (UNIL) ainsi que le Centre en études genre–LIEGE de l'UNIL seraient susceptibles de jouer à l'avenir, ces deux instances étant formellement en mesure de soutenir le développement de l'enseignement genre en médecine.

3.1 INVENTAIRE: QUELQUES FLEURS DANS LE DÉSERT ?

Durant l'année académique 2009-2010, 5 périodes obligatoires de 45 minutes centrées sur la thématique genre figuraient au programme de l'École de médecine de Lausanne et cela pour l'ensemble du cursus prégradué. Deux de ces cinq périodes sont dispensées en 1^{ère} année, les trois autres en 5^e année.

Données dans le cadre du module « Médecine-Individu-Communauté-Société » (MICS 1.5), les 2 heures de cours ex-cathedra de 1^{ère} année – qui touchent l'ensemble de la volée (env. 530 étudiant-e-s) – proposent une présentation du domaine *gender health* dans une perspective socio-historique⁵². Cet

⁴⁸ L'une des particularités lausannoises est que l'école de médecine et l'école de biologie ont été réunies en 2003 au sein d'une seule et même faculté, la faculté de biologie et de médecine (FBM), raison pour laquelle nous parlons ici de l'école de médecine et non de la faculté de médecine de l'Université de Lausanne.

⁴⁹ Ces brochures sont disponibles sur le site de l'école de médecine de la FBM : <http://www.unil.ch/fbm/page23738.html>. Notons au passage que, pour l'essentiel, ces brochures ne recourent pas à des formulations épiciènes.

⁵⁰ En 4^e année, 3 mois 1/2 d'enseignement sont également donnés dans les services dans le cadre des cours blocs.

⁵¹ Nous sommes toutefois bien consciente que ces documents donnent uniquement un aperçu de l'enseignement dispensé et qu'une analyse plus poussée nécessiterait d'examiner les supports de cours eux-mêmes (pour l'essentiel les diapos des cours donnés sur power point), d'assister à certains enseignements ou encore d'effectuer des entretiens avec les enseignant-e-s. Un inventaire de cette ampleur dépassait toutefois largement le cadre imparti à ce mandat. Aussi, les 6 entretiens réalisés dans le cadre du présent rapport ont-ils été exclusivement menés avec des enseignant-e-s dont nous savions qu'ils/elles avaient déjà travaillé dans une perspective genre.

⁵² Enseignante : Catherine Fussinger ; ce cours est donné depuis l'année académique 2005-2006.

enseignement ne constitue toutefois pas un cours en soi sur les 9 cours de 5 x 2 h qui composent le volet ex-cathedra de ce module (pour un total de 84 h de cours), mais l'une des séances du cours consacré à l'« Histoire des processus de médicalisation ». En 5^e année, le cours intégré « Sexualité et médecine »⁵³ (au total 7 h) consacre une période à la thématique « Genre et langue »⁵⁴. De plus, comme la période consacrée aux comportements sexuels est donnée par une spécialiste de la thématique genre, celle-ci est également incluse durant ces 45 minutes d'enseignement.⁵⁵ Dans le module « Généralisme II » (55 h au total) enfin, une période est également allouée au genre⁵⁶ ; en 2010, lors de la 1^{ère} édition de ce cours, la présentation se basait sur l'exemple de la prise en charge des maladies cardio-vasculaires dans un cabinet de médecin généraliste. Pour ces trois périodes d'enseignements dispensées en 5^e année, l'ensemble de la volée est touché, soit environ 140 étudiant-e-s.

A cet enseignement obligatoire s'ajoutent encore quelques enseignements ne touchant qu'une partie de la volée. En 1^{ère} année, le séminaire « Genre et médecine : femmes et hommes dans le champ de la santé »⁵⁷ (MICS 1.5 ; de 6 x 2 périodes de 45 minutes, soit 12 h) touche 1/11 de la volée, soit environ 25 étudiant-e-s. Comme tous les étudiant-e-s doivent s'inscrire dans un séminaire et mener à bien un travail personnel réussi pour que leur module soit validé, ce séminaire entre dans la catégorie des enseignements obligatoires, bien qu'il ne touche pas l'ensemble de la volée. La thématique genre est abordée à travers huit sujets distincts dans le cadre de ce séminaire.⁵⁸

En 3^e et 4^e année, le cours à option sur la « Santé sexuelle et reproductive »⁵⁹ (9 x 4 périodes de 45 min., soit 36 h ; 1/15^e de la volée, environ 15 étudiant-e-s) accorde une place centrale au genre, même si cette notion n'apparaît pas dans les documents publiés en lien avec ce cours. Quant au cours à option « Précarité des soins : des déterminants sociaux de la santé des patients aux compétences transculturelles cliniques des soignants » (9 x 4 périodes de 45 min., soit 36 h ; 1/15^e de la volée, environ 15 étudiant-e-s), 2 périodes de 45 min. sont consacrés à la thématique « genre et précarité »⁶⁰.

Notons également que la thématique des violences conjugales est traitée dans une perspective de *gender based violence*⁶¹ dans le cadre du séminaire « Genre et médecine » de 1^{ère} année ainsi que lors des 4 périodes données dans le cadre du cours à option sur la « Santé sexuelle et reproductive »⁶². La question de la violence conjugale n'est par contre que très rapidement mentionnée dans les périodes consacrées au thème des « Victimes de la violence »⁶³ dans le cadre du cours à option sur « Violence et agressivité »,

⁵³ Ce cours a été introduit au cours de l'année académique 2003-2004, il a d'abord été donné en 6^e année puis depuis l'année académique 2009-2010, il a été transféré en 5^e année, ce qui a aussi impliqué une réduction du nombre d'heures à disposition.

⁵⁴ Enseignant : Pascal Singy.

⁵⁵ Enseignante : Brenda Spencer.

⁵⁶ Enseignante : Nicole Jaunin.

⁵⁷ Enseignantes Catherine Fussinger et Yvette Barbier ; ce séminaire est donné depuis l'année académique 2004-2005. On notera que, lors d'un repérage sur le site web de l'école de médecine, ce séminaire est le seul qui soit d'emblée identifiable dans la rubrique "liste des enseignements" comme un enseignement genre, car le terme figure dans son intitulé. Pour repérer tous les autres enseignements, il faut consulter les brochures des modules ou le plan détaillé de certains enseignements en entrant sous la rubrique "horaires".

⁵⁸ Le cancer du sein ; le cancer de la prostate ; la crise cardiaque ; la dépression ; les violences à l'égard des femmes ; les accidents de la route ; les symptômes prémenstruels ; l'absence de pilule contraceptive masculine.

⁵⁹ Responsable du cours : Brenda Spencer ; ce cours à option, comme tous les cours à option de 3^e et 4^e année, a été introduit durant l'année académique 2008-2009.

⁶⁰ Enseignantes : Nicole Jaunin et Saira-Christine Renteria.

⁶¹ C'est là la notion utilisée par le département « femmes genre et santé » de l'OMS : <http://www.who.int/gender/violence/en/>

⁶² Enseignantes : Marie-Claude Hofner & Yvette Barbier.

⁶³ Enseignantes : Marie-Claude Hofner & Nathalie Glassey-Romain.

ainsi que dans les 2 périodes consacrées au thème « Agressions sexuelles, violence interpersonnelle et santé publique »⁶⁴ données dans le cours général obligatoire de médecine légale dispensé en 5^e année.⁶⁵

Enfin, on notera que sur les 266 sujets proposés aux étudiant-e-s pour mener à bien leur travail de master en 2009-2010, 2 sujets encadrés par des médecins de la Polyclinique Médicale Universitaire (PMU) portaient sur les maladies cardio-vasculaires et demandaient une prise en compte du genre, alors même que cette dimension n'est apparemment pas incluse dans l'enseignement dispensé en ce domaine durant les années précédentes.⁶⁶ Il est toutefois possible que le genre soit pris en compte dans d'autres sujets de master sans que cette perspective ne soit mentionnée dans le titre.⁶⁷

Peu nombreux, ces divers enseignements genre se sont développés jusqu'ici de manière non coordonnée, aussi ne peut-on parler en ce qui les concerne d'un véritable programme d'enseignement : il s'agit plutôt de quelques « fleurs dans le désert ».⁶⁸

3.2 LA SITUATION LAUSANNOISE À L'AUNE DES EXIGENCES DU PROJET NÉERLANDAIS

Comme le montre ce rapide bilan, si un enseignement genre existe au sein de l'École de médecine de Lausanne, celui-ci est pour l'heure loin de répondre aux exigences formulées par l'équipe de la Professeure Toine Lagro-Janssen en matière d'intégration du genre dans un programme coordonné sur l'ensemble du cursus.

Le premier des 6 critères élaborés par l'équipe néerlandaise liste 14 thématiques dans lesquelles les étudiant-e-s devraient avoir acquis des connaissances en lien avec les différences observées entre hommes et femmes, que ce soit au niveau du sexe ou du genre.⁶⁹ Or, la moitié de ces sujets ne sont pas abordés dans une perspective genre à l'École de médecine de Lausanne ; quant aux autres thématiques elles en tiennent insuffisamment compte (voir le tableau récapitulatif en annexe n° 4).

Les enseignements relatifs à la sexualité et à la reproduction sont ceux qui intègrent le plus une approche genre. Cela s'explique par le fait qu'une des spécialistes de ce domaine à Lausanne travaille depuis longtemps dans une optique genre⁷⁰ et qu'elle a été rejointe par un spécialiste de la communication médecin-malade ayant mené des recherches sur le sida⁷¹. Enfin, de manière plus générale, l'on sait qu'au sein du domaine de la santé sexuelle et reproductive un vif intérêt pour le genre s'est rapidement manifesté. On notera toutefois qu'à Lausanne cet enseignement est très circonscrit et ne semble pas avoir eu, pour l'heure, beaucoup de répercussions sur l'enseignement de gynécologie et d'obstétrique.

⁶⁴ Enseignant-e-s : Marie-Claude Hofner & Cristian Palmiere.

⁶⁵ Entretien du mardi 5 octobre 2010 avec Marie-Claude Hofner.

⁶⁶ Le sujet 141 « Existe-t-il une différence entre les hommes et les femmes pour les douleurs thoraciques en cabinet médical ? » (resp. Dr Bernard Favrat) et sujet 145 « Gender disparities in the quality of preventive care and control of cardiovascular risk factors delivered to adults in University primary care settings » (resp. Dr Nicolas Rodondi).

⁶⁷ C'est du moins ce que montre l'exemple du sujet 254 consacré à la sexualité et aux comportements face à la prévention du VIH/sida dans la population générale âgée de plus de 45 ans en Suisse qui, selon Brenda Spencer, intégrerait le genre bien que la responsable de ce sujet de master ne l'ait pas inclus dans son libellé.

⁶⁸ Je reprends ici une formule du directeur de la PMU qui, lorsque nous avons présenté ce bilan de l'état de l'enseignement genre à l'école de médecine de Lausanne lors d'une séance interne au printemps 2010, a constaté qu'au moins « ce n'était pas le désert ».

⁶⁹ Notons toutefois que cette liste de thèmes pourrait sans doute être réactualisée et prendre également en considération d'autres sujets.

⁷⁰ Il s'agit de Brenda Spencer, membre du réseau suisse de recherche Gender Health dès sa création.

⁷¹ Il s'agit de Pascal Singy.

La question de la violence conjugale⁷² est uniquement abordée dans le cadre de cours ne touchant qu'une partie de la volée (séminaire « Genre et médecine » en 1^{ère} année et cours à option sur la « santé sexuelle et reproductive » en 3^e et 4^e année). Dans le cadre des deux cours traitant de manière centrale de la violence – à savoir l'intervention dans le cours de médecine légale de 5^e année comme celle dans le cours à option « Violence et agressivité » de 3^e et 4^e année –, ce sujet n'est en effet que mentionné. Il n'y a donc pas de cours obligatoire sur la violence contre les femmes dans le cadre conjugal actuellement à Lausanne.⁷³

La communication médecin-malade est surtout traitée dans une perspective genre dans le cadre de la santé sexuelle et reproductive. Les cours obligatoires donnés sur ce sujet en 1^{ère} année mentionnent le genre, mais sans traiter réellement ce sujet⁷⁴, tandis que l'enseignement transversal des « Clinical Skills » ne semble pas tenir compte de cette dimension pour l'instant.⁷⁵

La littérature est unanime sur ce point, les maladies cardio-vasculaires mériteraient d'être abordées dans une perspective genre. Or, le sujet proposé sur ce thème dans le séminaire de 1^{ère} année du module MICS 1.5 touche trop peu d'étudiant-e-s. Quant au cours donné en 5^e année dans le cadre du module « Généralisme II », il ne portera pas nécessairement sur ce sujet les prochaines années et, surtout, la description qui est faite dans les brochures des enseignements obligatoires sur les maladies cardio-vasculaires dispensés à différents moments du cursus ne mentionne pas le genre.⁷⁶ Il y aurait donc là une lacune importante à combler si ce point venait à s confirmer après entretiens avec les enseignants et examen du matériel d'enseignement.

Bien que, au niveau de la littérature, le domaine de la santé mentale ait souvent été abordé dans une perspective genre tout comme celui des dépendances, les enseignements dispensés à Lausanne sur ces deux thématiques ne semblent pas tenir compte de cette approche pour l'heure. Etonnamment, même le séminaire « Regards croisés sur les addictions » (MICS 1.5) donné en 1^{ère} année n'intègre pas de perspective genre jusqu'ici, alors même qu'il est dispensé par deux personnes ayant publié sur cette question.⁷⁷

⁷² Pour Marie-Claude Hofner, la violence conjugale est la notion qui désigne la violence exercée dans le cadre d'une relation de couple par un-e partenaire ou un-e ex-partenaire sur sa/son partenaire ou ex-partenaire ; il s'agit d'une forme de violence principalement exercée par les hommes à l'encontre des femmes. La violence domestique couvre un spectre de situations plus large, impliquant divers degrés de parenté (enfants, grands-parents, oncle, beau-père etc). Enfin la violence interpersonnelle touche toutes les formes de violences – tant dans l'espace privé, public ou professionnel – impliquant deux ou plusieurs personnes ; les hommes sont à la fois auteurs et victimes de cette forme de violence. Créée en 2006, l'Unité de médecine des violences du CHUV – unité dont Marie-Claude Hofner est responsable du secteur recherche et formation – s'occupe de ces trois types de violence.

⁷³ Durant deux ans, dans la seconde moitié des années 2000, un tel cours a été donné dans le cadre de l'enseignement en gynécologie et obstétrique (enseignante Marie-Claude Hofner et Yvette Barbier) ; suite à un changement de direction à la tête de ce département, ce cours n'a pas été maintenu.

⁷⁴ Absente de la description de cet enseignement dans la brochure du module MICS 1.5, la notion de genre est toutefois présentée dans une dia et dans quelques commentaires ; renseignements fournis par le Prof. Pascal Singy lors de l'entretien du vendredi 10 septembre 2010.

⁷⁵ Il est vrai toutefois qu'il n'existe pour l'instant pas de brochures pour chaque module des *clinical skills*. On notera également que l'un des responsables de cet enseignement a accueilli très favorablement le numéro de la Revue Médicale Suisse du 28 juillet 2010 consacré à la thématique « Genre et médecine ». Aussi existe-t-il sans doute une ouverture pour une prise en compte du genre dans tout ce qui a trait à la communication médecin-malade dans les *clinical skills* à l'avenir.

⁷⁶ On notera toutefois que les vignettes cliniques du Module « Cœur-Poumon » de 3^{ème} année de Bachelor comprennent à la fois de cas de femmes et de hommes. Quant à la journée consacrées aux maladies cardio-vasculaires dans le module MICS 3.7 la même année, elle est dispensée par un médecin de la PMU responsable d'un sujet de master genre et maladies-cardio-vasculaires. Aussi, bien que la brochure de ce module ne mentionne pas les différences hommes-femmes, ce point est peut-être traité oralement lors de cette enseignement.

⁷⁷ Ces deux spécialistes de la question genre dans le domaine des addictions sont Michel Graf et Geneviève Praplan, respectivement directeur et cheffe de projet d'Addiction Info Suisse (ex ISPA) ; entretien téléphonique

Si l'on s'en tient à ce qui figure dans les brochures présentant les modules, les troubles de l'alimentation et l'obésité, les infections et les incontinences urinaires, ainsi que la pharmacothérapie ne sont apparemment pas abordées dans une perspective genre à l'École de médecine de Lausanne.

Concernant la thématique des « étapes de la vie », elle n'est pas traitée en tant que telle. Par contre, la ménopause est abordée dans le cadre des cours de gynécologie et obstétrique. Quant à la question de la puberté et de l'adolescence, plusieurs cours s'y réfèrent, notamment parce qu'il existe au sein du CHUV une Unité multidisciplinaire de santé des adolescents (UMSA). Bien que le site internet de ce service propose une « entrée filles » et une « entrée garçons », il semble que cette option reflète davantage le relatif cloisonnement des univers masculin et féminin à l'adolescence qu'une réflexion genre et, à en croire les libellés des enseignements dispensés sur ce thème, cette approche ne semble pas intégrée pour l'instant dans l'abord de cette thématique.

Le thème « genre et culture » ne correspond pas véritablement à des enseignements dispensés à Lausanne. Le cours obligatoire donné en 1^{ère} année dans le cadre du module MICS 1.5 pourrait éventuellement entrer dans cette rubrique, puisqu'il propose notamment de comprendre comment on est passé, en l'espace de deux cents ans, d'un discours médical légitimant l'infériorité des femmes à des politiques de *Gender Health* aujourd'hui reconnues par des instances officielles telles que l'OMS. Par ailleurs, on notera que, de manière ponctuelle à divers moments du cursus, des éclairages sociologiques, historiques, anthropologiques, éthiques ou socio-linguistiques peuvent être apportés sur différents thèmes, mais, à notre connaissance, ceux-ci n'adoptent pas une perspective genre pour l'heure.

La question des soins et de la qualité des soins n'est pas non plus abordée en tant que telle, sous cette dénomination, dans le programme actuel de l'École de médecine de Lausanne.⁷⁸ L'enseignement traitant en 1^{ère} et en 4^e année des systèmes de santé (modules MICS) nous semble le plus à même d'entrer dans cette catégorie et d'intégrer une perspective genre.⁷⁹ Les enseignements d'éthique constituent le second cadre où une réflexion sur les soins et la qualité des soins dans une perspective genre pourraient être développée ; à notre connaissance, ce n'est pas non plus le cas actuellement.

La situation n'est pas guère plus satisfaisante en ce qui concerne les 5 autres critères établis par l'équipe de la Prof. Toine Lagro-Janssen pour apprécier une intégration réussie du genre dans la formation médicale prégraduée.

En effet, le second critère a trait à l'inscription du genre dans les objectifs d'apprentissage. Or, hormis dans le cas du cours et du séminaire « Genre et médecine » de 1^{ère} année, l'acquisition de connaissances dans le domaine genre ne figure dans aucun des objectifs mentionnés dans les brochures des différents modules.⁸⁰ En outre, comme nous le verrons dans le chapitre 4 du présent rapport, le genre n'est pas non plus explicitement intégré dans les objectifs d'apprentissage établis au niveau national dans le SCLO.

Le troisième critère vise à s'assurer que les connaissances transmises portent aussi bien sur le niveau biomédical (le sexe) que sur le niveau socio-culturel (le genre). Si l'état des lieux de l'enseignement genre au sein de l'ensemble des écoles de médecine néerlandaises montrait que les connaissances biomédicales (le sexe) tendaient à être privilégiées au détriment des connaissances relatives au genre⁸¹, c'est la situation inverse qui prévaut pour l'instant à Lausanne.

du mardi 21 septembre 2010 avec Geneviève Praplan. Notons toutefois que notre demande de renseignement a incité Geneviève Praplan à voir ce qui pourrait être fait pour intégrer le genre dans ce séminaire lors de l'année académique 2010-2011.

⁷⁸ Un cours à option a été proposé sur ce thème en 3^e et 4^e année en 2008-2009, ayant rencontré peu d'intérêt auprès des étudiant-e-s, il n'a pas été maintenu.

⁷⁹ Cet enseignement mentionne uniquement qu'avec l'introduction de la LAMAL les femmes ont cessé de payer en Suisse des primes d'assurance-maladie plus élevées que les hommes. Renseignements fournis par téléphone le vendredi 17 septembre 2010 par la Professeure Brigitte Santos-Eggimann, qui a fait partie du groupe d'accompagnement pour le volet vieillissement du rapport d'approfondissement Genre et Santé (OFSP, 2008).

⁸⁰ Ainsi que l'a suggéré Pascal Singy lors de l'entretien que nous avons eu avec lui, une autre mesure consisterait à introduire le terme « genre » dans la liste de mots-clés utilisés pour répertorier les enseignements.

⁸¹ De plus, cet accent mis sur l'aspect biomédical se retrouvait aussi bien dans les écoles de médecine ayant clairement une telle orientation que dans celles privilégiant l'approche psycho-sociale: VERDONK, Petra, MANS,

Avec le quatrième critère, l'équipe de la Prof. Toine Lagro-Janssen cherchait à s'assurer que l'enseignement du genre s'inscrive dans une certaine durée, raison pour laquelle elle estime que les étudiant-e-s doivent pouvoir suivre un tel enseignement durant plusieurs années d'études, mais au minimum durant deux ans. A Lausanne, en 2009-2010, les cours obligatoires sont bel et bien donnés durant deux ans – en 1^{ère} et en 5^e année – mais avec trois ans d'écart ce qui ne paraît pas optimal ; cela dit, certain-e-s étudiant-e-s auront la possibilité d'entendre parler du genre ou des violences conjugales dans le cadre d'un des 15 cours à option proposés en 3^e et 4^e année.

Le cinquième critère est le plus difficile à satisfaire. En effet, pour l'équipe néerlandaise, 2 à 6 modules du cursus obligatoire d'une durée de 2 à 4 semaines devraient intégrer l'approche genre de manière substantielle. Or, à Lausanne, si on comptabilise tous les enseignements obligatoires on arrive uniquement à 5 heures sur l'ensemble du cursus (2 h en 1^{ère} année et 1 h en 5^e sur le genre en général, auxquels s'ajoutent 2 h sur genre et sexualité en 5^e année). De plus, ces enseignements genre sont à chaque fois isolés au sein de leur module et l'on ne saurait par conséquent dire que cette notion est intégrée par les autres enseignant-e-s intervenant dans ce cadre.

Le sixième critère en revanche est sans doute le plus facile à réaliser puisqu'il recommande de mettre sur pied un cours à option sur le genre (en lien ou non avec la thématique de la culture et des différences ethniques). En effet, l'École de médecine de Lausanne souhaiterait pouvoir proposer davantage de ces cours à option. Par ailleurs, la mise sur pied d'un tel cours à option constitue, à nos yeux, un excellent moyen d'intéresser une série de personnes en charge d'enseignements obligatoires à la thématique genre et pourrait à ce titre constituer une première étape en vue d'une meilleure intégration de cette approche dans le cursus obligatoire.

Bien évidemment, ce bilan se verrait peut-être nuancé si dans un proche avenir l'inventaire de l'enseignement genre à Lausanne pouvait être approfondi en examinant également le matériel d'enseignement de certains modules et en menant des entretiens avec les personnes qui les dispensent. En nous basant uniquement sur les brochures présentant les différents modules – quand bien même il s'agit d'une documentation détaillée conséquente –, nous sommes restée en effet au stade du premier état de lieux établi par l'équipe de la Prof. Toine Lagro-Janssen dans le cadre de la recherche-action menée aux Pays-Bas.

3.3 L'ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT À L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE LAUSANNE SUITE À LA RÉFORME DES ANNÉES 2000

Suite à la réforme de l'ensemble de son cursus d'enseignement prégradué à partir du début des années 2000, l'École de médecine de Lausanne réunit une partie des critères que l'équipe de la Prof. Toine Lagro-Janssen a identifié comme étant favorables à l'intégration du genre (voir chapitre précédent). Sur d'autres plans par contre, cela n'est guère le cas. Nous allons donc dans cette section présenter l'organisation de l'enseignement prégradué à l'École de médecine de Lausanne.⁸² De plus, dans la perspective de nouvelles études de cas portant sur les autres facultés de médecine du pays, il importe de présenter au mieux la situation lausannoise, afin de rendre possible l'identification d'éventuelles similitudes et différences.

3.3.1 Réforme du cursus d'enseignement prégradué à Lausanne

Il n'existe pratiquement aucun document retraçant les réflexions ayant accompagné le processus de réforme des études de médecine à Lausanne au cours des années 2000. Sur le site web de l'École de médecine, il est toutefois dit que cette réforme vise à «promouvoir un enseignement centré sur le patient,

Linda J. L. and LAGRO-JANSSEN, Toine L. M., 'How is gender integrated in the curricula of Dutch medical schools? A quick-scan on gender issues as an instrument for change', *Gender and Education*, 18: 4, 2006, 399 – 412.

⁸² Une bonne partie des informations présentées dans cette section reposent sur les divers entretiens que l'adjointe au vice-doyen responsable de l'enseignement à la FBM a eu l'amabilité de nous accorder entre le printemps et l'automne 2010, nous remercions vivement ici Elena Martinez pour sa disponibilité.

l'étudiant et les besoins de la communauté ». De fait, dans le domaine qui nous intéresse dans le cadre du présent rapport, le passage d'un enseignement traditionnel disciplinaire à un programme thématique interdisciplinaire par modules correspond à l'un des critères de modernité favorable à l'inclusion du genre mis en évidence par l'équipe de Toine Lagro-Janssen.⁸³ Certes, on estime généralement que la formation médicale en Suisse est d'une orientation nettement plus biomédicale que celle dispensée aux Pays-Bas où l'ancrage psycho-social serait beaucoup plus fort.⁸⁴ La réforme menée à Lausanne marque toutefois clairement une évolution en ce sens avec la création de l'enseignement transversal « Médecine-Individu-Communauté-Société » (MICS), la mise sur pied d'un module d'immersion communautaire et l'introduction de deux modules de médecine générale. On doit d'ailleurs noter qu'une partie des enseignements genre a effectivement été introduite à la faveur de ces changements. C'est notamment le cas du cours ex-cathedra et du séminaire « Genre et médecine » dispensé en 1^{ère} année dans le cadre du module MICS 1.5 ; il en va de même du cours sur le genre et les maladies cardio-vasculaires donné en 5^e année dans le cadre du module sur le « Généralisme II » ainsi que des enseignements sur « genre et santé sexuelle et reproductive », « genre et précarité » ainsi que sur les violences conjugales donnés dans le cadre des cours à option de 3^e et 4^e année.

Au moment de la rédaction du présent rapport, soit en automne 2010, le processus de réforme qui a conduit à revoir à Lausanne l'ensemble du cursus de formation sur les 6 années d'études de médecine est arrivé à son terme à la fin de l'année académique 2009-2010. En effet, cette année-là, le cursus réformé pour la 5^e année d'études est entré en vigueur. Par conséquent, aucun changement majeur concernant le programme d'enseignement n'est *a priori* envisagé dans les années à venir. En revanche, un processus de « lissage » va être entrepris, notamment après avoir vérifié l'adéquation entre l'enseignement dispensé au sein de l'École de médecine de Lausanne et la seconde version du catalogue suisse des objectifs d'apprentissage pour l'enseignement prégradué en médecine (SCLO).⁸⁵ Ce catalogue détermine le contenu du nouvel examen fédéral de médecine, dont la première mouture sera prête en été 2011. Dans ces circonstances, l'option du projet néerlandais consistant à proposer une intégration du genre dans l'enseignement existant s'avère donc particulièrement pertinente dans le contexte lausannois.

3.3.2 Gouvernance de l'enseignement prégradué en médecine à la FBM

Un autre point très important dans le projet néerlandais réside dans l'identification du bon niveau d'intervention sur le plan de la hiérarchie, ce qui pose la question du mode effectif de gouvernance de l'enseignement prégradué à Lausanne.

Il ne nous est pas possible d'apprécier si la situation vaudoise est plus ou moins complexe que celle des autres cantons helvétiques dotés d'une faculté de médecine. Par contre, cerner les instances en charge de manière effective de l'enseignement prégradué est plus difficile en ce qui concerne la médecine humaine que pour des disciplines placés sous l'égide d'autres facultés de l'UNIL et cela pour deux raisons⁸⁶. D'une part, l'une des particularités de Lausanne est que l'enseignement de la médecine humaine et celui de la biologie sont réunis au sein de la Faculté de biologie et de médecine (FBM). D'autre part, l'activité de la FBM est à la fois étroitement liée et en même temps officiellement distincte de celle du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)⁸⁷. Si cette situation va peut-être se simplifier à l'avenir avec la

⁸³ Pour une présentation des grands axes de la réforme du cursus lausannois, voir annexe n° 5.

⁸⁴ C'est l'avis recueilli auprès de plusieurs médecins suisses, dont certains ayant occupé de fonctions importantes au niveau de l'enseignement. Toine Lagro-Janssen affirme toutefois dans ses articles que l'orientation biomédicale domine également dans les écoles de médecine néerlandaises: VERDONK Petra, BENSCHOP Yvonne, DE HAES Hanneke, MANS Linda and LAGRO-JANSSEN Toine, 'Should you turn this into a complete gender matter?' Gender mainstreaming in medical education', *Gender and Education*, 21: 6, 2009, 703 – 719.

⁸⁵ *Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training. Under a mandate of the Joint Commission of the Swiss Medical Schools (SCLO)*, June 2008. <http://www.smifk.ch>

⁸⁶ Pour une représentation graphique des instances impliquées dans la formation médicale à Lausanne, voir les schémas A et B en annexe n° 6.

⁸⁷ Le CHUV comporte 11 départements cliniques distincts : de médecine, de chirurgie et d'anesthésiologie, de gynécologie-obstétrique et génétique, médico-chirurgical de pédiatrie, de psychiatrie, de radiologie médicale, de

réunion du CHUV et de la FBM au sein d'une seule entité administrative et juridique (projet MEDUNIL)⁸⁸, cela n'est pas encore le cas actuellement. Aussi, pour l'instant, la FBM se trouve-t-elle placée sous le pilotage du Conseil UNIL-CHUV dans lequel siègent à la fois le recteur de l'UNIL et le directeur général du CHUV. Sans préjuger des changements susceptibles de survenir dans un avenir assez proche (le calendrier proposé pour MEDUNIL prévoit son entrée en vigueur en janvier 2012), il nous semble qu'en l'état actuel et suite à la réforme⁸⁹, les interlocuteurs privilégiés pour les personnes appelées à développer un projet d'intégration du genre dans l'enseignement prégradué seraient les instances de l'École de médecine de Lausanne et non pas celle de la FBM ou du CHUV.

Sans évoquer ici les mesures prises pour effectuer la réforme, on constate qu'au terme de celle-ci, la gouvernance du programme d'enseignement est la suivante :

- La ratification des programmes et les grandes orientations relèvent du conseil de l'École de médecine tandis que le bureau de l'École de médecine, ayant fonction d'exécutif, gère les dossiers au quotidien ;
- Il y a un-e responsable pour chaque année d'enseignement⁹⁰;
- Il y a pour chacune des 48 disciplines, en général un-e responsable, parfois plusieurs⁹¹ ;
- Il y a pour chaque module, un-e ou plusieurs responsables⁹² ;
- Il y a pour chaque module des cadres académiques (à savoir des professeurs, des maîtres d'enseignement et de recherche ainsi que des privat-docents) à qui l'on a confié certains enseignements, mais ces enseignant-e-s peuvent inviter des intervenant-e-s et leur déléguer une partie de leur charge d'enseignement ; toutes ces personnes figurent sous la rubrique enseignant-e-s dans les brochures de modules ;
- Il y a des responsables pour tous les enseignements transversaux⁹³, à savoir pour les modules « Médecine-Individu-Communauté-Société (MICS) », pour les « Clinical Skills » ainsi que pour les cours à option.

Selon les indices en notre possession, le type de leadership assumé par les responsables de modules peut s'avérer très variable. Certain-e-s estiment que leur rôle est d'offrir un programme d'enseignement fortement coordonné ce qui autorise une forme d'ingérence, tandis que d'autres privilégient le principe de l'autonomie et la souveraineté de chaque enseignant-e et, une fois la répartition des heures effectuées, se refusent à intervenir dans le contenu de l'enseignement de leurs collègues. Par conséquent, si en certains cas, il serait sans doute pertinent de s'adresser au responsable de module pour discuter de la possibilité d'intégrer le genre dans certains enseignements dudit module, dans d'autres cas, il serait sans doute préférable de contacter directement la personne en charge de l'enseignement concerné.

pathologie et de médecine de laboratoire, des centres interdisciplinaires et logistique médicale, de l'appareil locomoteur, des neurosciences cliniques et enfin de médecine et de santé communautaires.

⁸⁸ « Proposition d'organisation du domaine de la biologie et de la médecine sous une gouvernance et un label commun (MEDUNIL-Hôpital et Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne) », Rapport à l'attention du Conseil d'Etat, Version 4.8 ; 24.09.09, p. 3.

⁸⁹ Auparavant, lorsque l'enseignement se faisait sur une base disciplinaire, l'élaboration du programme d'enseignement aurait essentiellement été sous le contrôle des grands patrons en charge des services cliniques. Avec la réforme, le rôle et les effectifs de l'école de médecine se sont beaucoup étoffés. Ainsi, par exemple, les postes de directeur et de vice-directeur de l'école de médecine ont été créés vers le milieu des années 2000 seulement (renseignement fourni par le Dr Raphaël Bonvin lors de notre entretien téléphonique du 28 septembre 2010).

⁹⁰ On trouve le descriptif des responsabilités des responsables d'année sur le site web de l'école de médecine sous la rubrique « Infos aux enseignants » : <http://www.unil.ch/fbm/page65084.html>

⁹¹ Idem pour les responsables de disciplines.

⁹² Idem pour les responsables de modules.

⁹³ Ces enseignements, parfois qualifiés de transversaux, parfois de longitudinaux, soit dispensés tout au long de l'année académique et non sous forme de modules blocs.

A lire les travaux de l'équipe de la Prof. Toine Lagro-Janssen, il nous semble qu'aux Pays-Bas tant les responsables de l'école de médecine que les coordinateurs de modules jouissent d'un leadership plus identifiable qu'à Lausanne, nous ne disposons toutefois pas des moyens nous permettant d'infirmier ou de confirmer cette hypothèse.

3.3.3 Culture pédagogique des enseignant-e-s et rôle de l'unité de pédagogie de la FBM

Selon l'équipe de Toine Lagro-Janssen, la présence d'une unité de pédagogie au sein de l'école de médecine et l'implication des enseignant-e-s dans des activités visant à améliorer leur pratique constituent deux autres facteurs susceptibles de favoriser les démarches visant à intégrer le genre dans l'enseignement prégradué.

Lors de la séance de travail que nous avons eue avec la Prof. Toine Lagro-Janssen le 30 avril dernier, celle-ci a souligné que dans les écoles de médecine néerlandaises l'enseignement, en particulier au niveau prégradué, figure au bas de la hiérarchie informelle établie par les médecins, ces derniers accordant la priorité à la recherche puis à la clinique avant de s'intéresser à l'enseignement. Toutefois, au cours de nos échanges, il est apparu que pour faire une carrière académique aux Pays-Bas, les médecins doivent pouvoir attester de certaines compétences pédagogiques. De même, les unités de pédagogie médicales semblent de manière générale bénéficier de ressources en personnel nettement plus importantes que celles de l'École de médecine de Lausanne.⁹⁴ Aussi, en proposant du matériel d'enseignement prêt à l'emploi, en mettant sur pied des cours pour former les enseignant-e-s dans le domaine genre, en présentant leur projet lors de réunions d'enseignant-e-s et en utilisant les newsletters électroniques destinées au corps enseignant pour le tenir informé de l'avancement de son projet, l'équipe de Toine Lagro-Janssen s'inscrit dans une tradition pédagogique propre aux écoles de médecine néerlandaises, qui ne semble pas encore avoir de réel équivalent à Lausanne. On notera toutefois que l'actuel vice-doyen en charge de l'enseignement a initié diverses mesures en ce sens depuis 2007 : une « newsletter » de 2-3 pages, publiée 2-3 fois par an, tient les enseignant-e-s informé-e-s des étapes de la réforme⁹⁵ ; des ateliers pédagogiques ont également été créés pour soutenir les nouveaux enseignant-e-s ou l'introduction de nouveau type d'enseignement⁹⁶ ; enfin, des thématiques-clé de l'enseignement sont présentées 1-2 fois par an lors des assemblées de la Faculté de biologie et de médecine. Toutefois, pour l'heure, ces canaux semblent peu mobilisables pour soutenir l'implantation d'un enseignement genre au sein de l'École de médecine de Lausanne.

Parmi les facteurs susceptibles d'expliquer ce relatif manque de culture pédagogique au niveau lausannois, mentionnons l'augmentation significative du nombre d'intervenant-e-s dans le cursus de formation suite à la réforme.⁹⁷ Pour l'année académique 2009-2010, on comptait en effet 565

⁹⁴ Ce point nous a été confirmé par le Dr Raphaël Bonvin, responsable de l'unité de pédagogie de la FBM, lors de notre entretien téléphonique du 28 septembre 2010; il a alors mentionné le cas de l'école de médecine de Maastricht où la pédagogie médicale constitue un département en soi. Notons que les effectifs et les fonctions de l'unité de pédagogie de la FBM ont passablement évolué au cours de la dernière décennie. Cette unité s'occupe de l'évaluation de l'enseignement et, jusqu'en 2009, également des examens (depuis lors cette dernière tâche a été transférée au bureau des examens). Actuellement, les missions premières de l'unité de pédagogie de la FBM sont le soutien individuel aux enseignant-e-s (ce qui passe notamment par la mise sur pied d'ateliers pédagogiques) et une activité de conseil pédagogique auprès du bureau de l'École de médecine, notamment dans le domaine des nouvelles technologies. A cela s'ajoutent des tâches logistiques en ce qui concerne l'enseignement des compétences cliniques.

⁹⁵ Ces newsletters sont disponibles sur le site web de l'école de médecine, sous la rubrique « newsletter de la réforme » : http://www.unil.ch/fbm/page54557_fr.html

⁹⁶ Il s'agit par exemple de soutenir les personnes qui acceptent la fonction de tuteur/trice pour les travaux de master ou d'apprendre à mieux formuler les questions pour les QCM : cf « Nouvelles de la réforme des études de médecine », n° 6, février 2009.

⁹⁷ Cette augmentation s'explique en partie par la réduction du nombre de cours ex-cathedra remplacé par des enseignements en petit groupe, cf. « Newsletter de la réforme » n° 5, novembre 2008, p. 1.

« intervenant-e-s » à l'École de médecine.⁹⁸ Cette notion d'intervenant-e-s, *a priori* surprenante, reflète bien l'une de ses particularités, à savoir que les titres académiques de professeur ou de maître d'enseignement et de recherche (MER) ne sont pour l'instant pas liés à des charges d'enseignement hebdomadaires bien précises, comme c'est par exemple le cas dans les facultés des Lettres ou des Sciences Sociales et Politiques. Ainsi, selon certaines estimations, près de la moitié des personnes ayant un titre académique d'enseignant à l'École de médecine enseigneraient moins de 8 heures par année au niveau prégradué, tandis qu'un petit pourcentage enseignerait plus de 50 heures par an et un autre pas du tout (ce qui, pour les uns comme pour les autres, ne préjuge en rien de leur investissement dans la formation postgradué et continue).⁹⁹ De plus, l'inverse s'avère également vrai, à savoir qu'un nombre appréciable des personnes qui interviennent au niveau prégradué n'ont pas de statut académique d'enseignant, mais simplement un statut d'employée du CHUV, voire d'intervenante externe. On notera que cet état de fait a pu favoriser en certains cas l'introduction d'un enseignement genre, puisque trois des six enseignant-e-s n'ont pas de statut académique d'enseignant-e.

Autre corollaire de cette multiplication des enseignant-e-s, le relatif morcellement de la formation. On comprendra dès lors que les lacunes, les redites voire les contradictions constituent le grand danger auquel la réforme des études de médecine a été confrontée à Lausanne.¹⁰⁰ C'est pourquoi certains modules ont fait l'objet d'une évaluation externe pour s'assurer de leur cohérence.¹⁰¹ De même, une des fonctions des brochures décrivant chaque module est de créer une cohérence longitudinale en indiquant quels sont les prérequis pour l'enseignement dispensé ainsi que son développement les années suivantes. Dans un tel contexte, établir un fil rouge proposant une vision intégrative de l'enseignement genre sur l'ensemble du cursus s'inscrirait parfaitement dans la logique des changements préconisés et constituerait par conséquent un atout.

D'autres aspects de la culture pédagogique lausannoise risquent cependant d'entraver un projet d'intégration du genre. En effet, on observe un double mouvement par rapport à l'enseignement prégradué: il y a à la fois une lutte entre les divers courants et disciplines pour obtenir un nombre d'heures suffisamment important et, en même temps, ces heures se trouvent ensuite souvent distribuées à différent-e-s enseignant-e-s spécialisés dans tel ou tel domaine qui, chacun-e, s'efforcent de présenter au mieux leur propre sujet. Ainsi, tant au niveau global qu'individuel, le sentiment qui domine souvent est qu'on manque de temps pour enseigner ce qui doit l'être. Il en résulte un climat peu favorable à une requête demandant l'intégration d'un nouvel aspect, en l'occurrence ici le genre.

Le relatif manque de culture pédagogique régnant au sein de l'École de médecine de Lausanne – tant au niveau individuel des enseignant-e-s que sur le plan institutionnel – constitue un point qui rend difficile le transfert de l'expérience néerlandaise dans le contexte lausannois. Cette difficulté pourrait cependant en partie être contournée en proposant des activités sous un couvert moins pédagogique que scientifique (par exemple en organisant des conférences d'expert-e-s avec une implication de représentant-e-s locaux de ces domaines en qualité de discutant-e-s).

Enfin, notons encore que tant aux Pays-Bas qu'en Scandinavie, les pratiques en vigueur dans l'enseignement de la médecine font régulièrement l'objet d'analyses publiées dans des revues scientifiques dédiées à la pédagogie médicale. Aussi, les articles relatifs à l'intégration du genre dans l'enseignement prégradué en médecine s'inscrivent-ils dans cette tradition, qui n'a pas son pendant au niveau lausannois.

⁹⁸ Ce chiffre correspond à la liste des intervenant-e-s disponible sur le site web de l'école de médecine de Lausanne au printemps 2010.

⁹⁹ Ce constat a conduit, il y a une année environ, la FBM à inclure dans les contrats une mention stipulant que les personnes qui se voient octroyer un titre académique peuvent être sollicitées jusqu'à 50 heures par an pour l'enseignement prégradué.

¹⁰⁰ Ce point est abordé dans plusieurs newsletters de la réforme : N° 4, juin 2008, p. 1 & N° 8, juillet 2010, p. 1.

¹⁰¹ Le module MICS 1.5 ainsi que l'enseignement MICS des années ultérieures ont fait l'objet d'une telle évaluation; ce mandat a été confié à Elena Martinez, actuelle adjointe du vice-doyen en charge de l'enseignement à la FBM. Une telle évaluation a également été menée en ce qui concerne la pédiatrie.

3.3.4 Personnes enseignant le genre à l'École de médecine de Lausanne: profil et mode d'entrée en activité

Ainsi que déjà mentionné, l'enseignement genre dispensé au sein de l'École de médecine de Lausanne s'est développé de manière non coordonnée jusqu'ici. Aussi est-il intéressant d'examiner le profil de ces enseignant-e-s ainsi que les circonstances qui leur ont permis d'introduire cet enseignement afin de dégager certaines tendances.

Soulignons pour commencer une concordance chronologique. Tous ces enseignements ont été introduits à partir du milieu des années 2000 : certains dès 2004, d'autres dès 2008-2009. Sur les six personnes qui assurent actuellement un enseignement genre à l'École de médecine de Lausanne¹⁰², on compte 5 femmes pour 1 homme. La moitié est au bénéfice d'une formation médicale¹⁰³, tandis que l'autre moitié a une formation en sciences humaines et sociales¹⁰⁴. La moitié de ces personnes ont obtenu un titre de maître d'enseignement et de recherche (MER) au milieu des années 2000¹⁰⁵, au moment où elles ont commencé à enseigner, tandis que l'autre moitié enseigne sans titre académique d'enseignant, ce qui n'a rien d'inhabituel à l'École de médecine de Lausanne on l'a vu.¹⁰⁶ Quatre de ces enseignant-e-s travaillaient depuis plusieurs années, soit depuis le milieu des années 1990, dans le domaine de la recherche au sein du CHUV lorsqu'il et elles ont été sollicité-e-s pour participer à l'enseignement.¹⁰⁷ On doit d'autre part relever que la majorité de ces personnes sont rattachées au Département universitaire de médecine et de santé communautaires (DUMSC)¹⁰⁸ ; une personne relève du département de psychiatrie¹⁰⁹, tandis qu'une autre exerce en libéral¹¹⁰.

Si ces constats n'ont rien de surprenant, ils signifient aussi que l'enseignement genre se voit introduit au sein de l'École de médecine par des personnes se situant plutôt dans les marges. Il n'en demeure pas moins, ainsi que mentionné plus haut, que la santé publique, la médecine générale ainsi que les sciences sociales et humaines ont récemment obtenu une meilleure prise en compte dans le nouveau programme d'études de l'École de médecine de Lausanne, une évolution qui n'est pas seulement locale¹¹¹ mais qui se

¹⁰² Catherine Fussinger, Yvette Barbier, Brenda Spencer, Pascal Singy, Nicole Jaunin et Marie-Claude Hofner ; notons que nous avons inclus Marie-Claude Hofner dans le pool des enseignant-e-s genre bien qu'elle n'utilise pas cette notion dans son enseignement (tout en s'inspirant des analyses qui la sous-tendent) en raison de l'importance accordée à la thématique de la violence à l'encontre des femmes dans le domaine *Gender Health-Gender Medicine*.

¹⁰³ Yvette Barbier, Marie-Claude Hofner et Nicole Jaunin.

¹⁰⁴ Catherine Fussinger en histoire contemporaine, Brenda Spencer en psychologie sociale et Pascal Singy en sociolinguistique.

¹⁰⁵ Pascal Singy, Brenda Spencer, Marie-Claude Hofner.

¹⁰⁶ Nicole Jaunin, Catherine Fussinger, Yvette Barbier. Dans le cas de cette dernière, cette situation dure depuis plus de deux décennies puisque c'est depuis le milieu des années 1980 qu'elle participe à l'enseignement obligatoire de médecine psycho-sociale.

¹⁰⁷ Les deux médecins généralistes de ce pool d'enseignant-e-s font ici exception : Yvette Barbier a exercé comme cheffe de clinique au sein du Département de médecine interne dans les années 1970, tandis que Nicole Jaunin a occupé cette fonction au sein de la Polyclinique médicale universitaire dans la seconde moitié des années 2000.

¹⁰⁸ Le Département universitaire de médecine et de santé communautaires (DUMSC) est l'un des 11 départements du CHUV, il comprend 8 instituts : le Service d'alcoologie (ALC) ; le Centre universitaire romand de médecine légale (CURML) ; l'Institut d'économie et de management de la santé (IEMS) ; l'Institut universitaire de formation et de recherche en soins (IUFRS) ; l'Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique (IUHMSP) ; l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) ; l'Institut universitaire romand de santé au travail (IST) et la Polyclinique médicale universitaire (PMU).

¹⁰⁹ Pascal Singy travaille dans le service de psychiatrie de liaison du Département de psychiatrie, notons également qu'il a récemment été nommé professeur de sociolinguistique à la FBM.

¹¹⁰ La D^{resse} Yvette Barbier exerce en cabinet comme médecin de famille.

¹¹¹ Sur le plan local, notons que cette évolution se poursuit puisque, dès le milieu des années 2000, deux représentants au moins des sciences sociales et humaines ont obtenu un titre de professeur au sein de la FBM, ce qui était quasi impensable par le passé.

trouve également validée au niveau national au travers des orientations prises lors de l'élaboration du catalogue des objectifs d'apprentissage pour la formation médicale prégraduée (SCLO), comme nous le verrons dans le chapitre suivant.

Ainsi, l'exemple lausannois corrobore l'affirmation de l'équipe de Toine de Lagro-Janssen selon laquelle certaines disciplines et orientations sont plus favorables à l'intégration du genre. Cela dit, comme elle le relève d'ailleurs également, il n'y a rien d'automatique en ce domaine. Ainsi, la présence d'un enseignement genre formalisé dans le cadre du module MICS 1.5 n'a, à ce jour, pas incité les autres enseignant-e-s à voir comment cette approche pourrait être intégrée dans leurs enseignements. Il faudrait pour cela une démarche proactive qui, *a priori*, ne semble guère aisée compte tenu du principe de pleine souveraineté des enseignant-e-s plus d'une fois souligné par les responsables de ce module. De même, le genre pourrait très facilement être intégré dans les enseignements MICS dispensés entre la 2^e et la 4^e année, mais là aussi, si on en croit les descriptions des enseignements faites dans les brochures présentant ces différents modules, cela n'a pas été le cas jusqu'à présent. Ainsi, même en terrain favorable, un plan formalisé et avalisé par la hiérarchie s'avère nécessaire ; un constat également fait aux Pays-Bas.

En ce qui concerne le mode d'introduction de la thématique genre, hormis dans le cas du séminaire de 1^{ère} année où il y a vraiment eu une volonté de mettre ce thème au programme, les contacts interpersonnels semblent avoir joué un rôle décisif. On sollicite une personne qu'on estime et qui se trouve avoir un intérêt pour l'approche genre. En d'autres termes, le genre fait le plus souvent son entrée dans le programme de formation par « la porte de service ».

Le séminaire « Genre et médecine » du module MICS 1.5 en 1^{ère} année est le seul, à notre connaissance, dont la mise sur pied ait fait l'objet d'une discussion collective en 2003-2004 au sein du groupe de travail chargé de concevoir un enseignement initialement qualifié de « sciences humaines en médecine ». ¹¹² Comme souvent pour les études genre, la demande émanait de personnes occupant un statut marginal au sein de ce groupe de travail : la représentante du corps étudiant et l'aumônière – qui avaient toutes deux, pour des raisons différentes, développé un vif intérêt pour l'approche genre – ont insisté pour que cette thématique soit intégrée. A la fois parce que trois des professeurs présents dans ce groupe de travail avaient des collègues qui travaillaient dans une perspective genre et parce qu'il fallait trouver des sujets et des enseignant-e-s pour les nombreux séminaires à mettre sur pied, cette proposition a été acceptée sans grande discussion ¹¹³.

Une autre caractéristique de cet enseignement genre est qu'il est le plus souvent délégué : du coup, s'il peut se voir introduit très facilement et sans discussions, il peut tout aussi aisément disparaître sans bruits ni remous. ¹¹⁴

Le fait qu'actuellement à l'École de médecine de Lausanne plusieurs personnes aient des compétences pour enseigner le genre constitue une très bonne surprise et une excellente nouvelle. Si la présence de personnes compétentes est une condition nécessaire à l'introduction d'un enseignement genre, elle n'est toutefois pas suffisante. En effet, plusieurs exemples montrent que lorsqu'on est sollicité-e sur d'autres thématiques, on ne pense pas nécessairement à introduire le genre, quand bien même l'on est convaincu-e qu'il s'agit d'une approche transversale qui mériterait d'être incluse aussi souvent que possible. D'où l'importance d'établir un programme coordonné à même d'inciter à la meilleure intégration possible de cette approche.

Il convient également de revenir sur un point plusieurs fois souligné par l'équipe de Toine de Lagro-Janssen, à savoir que si des femmes jeunes se montrent souvent plus intéressées que les hommes à

¹¹² Le changement de dénomination est survenu après 3 ans : à partir de l'année académique 2007-2008, le module est devenu Médecine-Individu-Communauté-Société (MICS 1.5).

¹¹³ Nous n'étions pas impliquée à ce stade du projet, mais les informations dont nous disposons nous été communiquées par les personnes qui l'étaient alors.

¹¹⁴ Trois exemples le montrent : la suppression des périodes consacrées au thème « genre et sexualité dans la population générale » dans le cours « Sexualité et médecine » en 5^e année, celle du cours sur « la division sexuelle du travail dans le champ de la santé » dans le module MICS 1.5 en 1^{ère} année, et enfin celle sur « les violences conjugales » données dans le cadre de l'enseignement de gynécologie et d'obstétrique en 4^e année.

intégrer la thématique genre dans l'enseignement, il est indispensable de parvenir à nouer des alliances avec des hommes occupant des positions bien établies dans l'institution et d'obtenir le soutien explicite et écrit de la hiérarchie de l'École de médecine. A Lausanne comme ailleurs, en médecine comme dans d'autres disciplines, on constate que jusqu'ici la majorité des personnes qui ont développé un enseignement genre sont des femmes. Au sein de l'École de médecine de Lausanne sans doute davantage encore qu'aux Pays-Bas, l'écrasante majorité des personnes assumant des responsabilités dans la mise en place du programme de formation prégraduée sont des hommes (que ce soit au niveau des enseignant-e-s, des responsables de modules, des responsables d'années ou des responsables de disciplines¹¹⁵). On notera cependant que plusieurs professeurs¹¹⁶ de l'École de médecine de Lausanne ont marqué de l'intérêt à l'égard de l'enseignement genre développé par des membres de leur équipe, voire ont apporté leur soutien explicite ; ainsi les alliances évoquées par l'équipe néerlandaise semblent-elles aussi possibles dans le contexte helvétique.

Cela dit, l'enseignement genre dispensé actuellement au sein de l'École de médecine de Lausanne s'est développé jusqu'ici sans que le bureau de l'École de médecine prenne position à ce sujet. Tout porte à croire que jusqu'en avril 2010 – date à laquelle l'ensemble des membres du bureau de l'École de médecine ont été invité-e-s à participer à une séance de travail interne avec la Prof. Toine Lagro-Janssen –, aucun d'eux ne savait que le genre était enseigné, ici et là, aux étudiant-e-s de médecine dans le cadre de leur formation prégraduée, exceptions faites de l'adjointe au vice-doyen en charge de l'enseignement à la FBM et du responsable de l'Unité de pédagogie avec lequel-le-s nous avons eus des échanges au fil des ans. Aussi, en dépit de l'existence d'un enseignement genre à l'École de médecine de Lausanne, un projet visant la mise en œuvre d'un programme coordonné d'intégration du genre devrait au préalable parvenir à emporter l'adhésion des membres du bureau de l'École de médecine avant de pouvoir être lancé.

Enfin, si un projet d'inclusion du genre devait être initié au sein de l'École de médecine de Lausanne, il nous semblerait important de tenir compte de l'existence d'un petit pool d'enseignant-e-s genre – un aspect qui, étonnamment, n'a pas été pris en considération par l'équipe de la Professeure Toine Lagro-Janssen¹¹⁷. En effet, le modèle qui a prévalu au sein de l'École de médecine de Nijmegen, avec un médecin spécialiste du domaine « genre et médecine » au bénéfice d'un poste professoral, ne nous semble pas réalisable à Lausanne dans un proche avenir. De même, le modèle préconisé pour les autres écoles de médecine néerlandaises – à savoir l'identification d'une personne intéressée par la thématique genre, mais sans connaissances préalables dans le domaine, sur laquelle s'appuie une équipe localisée dans une autre école de médecine – nous semblerait peu adéquat dans le contexte lausannois. Aussi, préconiserions-nous plutôt la mise sur pied d'une commission ou d'un groupe de travail réunissant l'ensemble des personnes déjà impliquées dans cet enseignement, ainsi que la création d'un poste de coordination qui garantisse une bonne dynamique au projet. Etant bien entendu, qu'à terme, la création d'un poste de professeur-e demeure un objectif à même de conférer une forte légitimité au domaine genre et médecine.

¹¹⁵ Ainsi, par exemple, sur les 61 personnes responsables des 48 disciplines enseignées à l'école de médecine, 4 seulement sont des femmes ; quant aux 42 personnes qui assument la responsabilité des 38 modules d'enseignements, ce sont tous des hommes.

¹¹⁶ Il s'agit du Chef de service de la Psychiatrie de liaison, le Prof. Patrice Guex, devenu par la suite chef du Département de psychiatrie ; du Directeur de l'Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique (IUHMSP), le Prof. Vincent Barras et enfin, du Prof. Alain Pécoud, directeur à la fois de la policlinique médicale universitaire (PMU) et du Département universitaire de médecine et de santé communautaires (DUMSC). On notera toutefois que deux d'entre eux vont prendre leur retraite prochainement.

¹¹⁷ En effet, dans la description des conditions favorables au développement du gender mainstreaming dans les différentes écoles de médecine néerlandaises, il n'est jamais fait mention des ressources que constitue l'existence préalable d'un enseignement genre dans certaines d'entre elles.

3.3.5 Attitude des étudiant-e-s envers le genre : un soutien ou un obstacle ?

Dans le cadre du projet mené au niveau national, l'équipe de Toine Lagro-Janssen ne s'est pas intéressée à l'attitude adoptée par les étudiant-e-s envers l'enseignement genre. Toutefois, lors de la réunion de travail que nous avons eue le 30 avril passé, T. Lagro-Janssen a souligné que pour donner toutes ses chances à un tel projet, il importait de parvenir à créer une dynamique constructive aussi bien au niveau de la direction de l'école de médecine et de ses enseignant-e-s que des étudiant-e-s. Elle faisait sans doute là implicitement référence à son expérience personnelle au sein de l'École de médecine de l'Université de Nijmegen où, suite à la mise sur pied d'un cours à option sur le genre, un groupe de travail composé pour une bonne part d'étudiant-e-s s'est créé pour demander à la direction de l'école une meilleure intégration du genre dans l'enseignement.¹¹⁸ Si un soutien aussi explicite peut se manifester du côté du corps étudiant, d'autres auteurs mettent l'accent sur une attitude inverse, soit de franche opposition ou, plus simplement, de désintérêt.

Dans le bilan qu'elle fait de ses dix années d'enseignement du genre à la faculté de médecine de l'Université d'Umeå, au nord de la Suède, la Professeure Anne Hammarström consacre tout un point à la manière de gérer au mieux les réticences manifestées par les étudiant-e-s envers cet enseignement.¹¹⁹ Les efforts déployés par la Professeure Brigitte Lohff pour intégrer le genre au sein de la Faculté de médecine de Hanovre en Allemagne semblent pour leur part s'être heurtés au désintérêt des étudiant-e-s de médecine qui ont boudé les cours de la professeure invitée durant un semestre pour enseigner cette thématique comme le cours à option interdisciplinaire proposé par la suite sur ce sujet.¹²⁰

Dans la première moitié des années 2000, il s'est aussi créé au sein de l'École de médecine de Lausanne un groupe d'étudiant-e-s qui désiraient bénéficier d'une analyse de genre sur les réalités de leur futur métier. Pour ce faire, des représentantes de la faculté des sciences sociales et humaines menant des recherches dans ce domaine ont été invitées à donner des présentations dans un cadre informel. Intégrée en 2003-2004 au groupe de travail qui s'occupait de mettre sur pied le programme du module de sciences humaines en 1^{ère} année de médecine, l'une de ces étudiantes a par la suite insisté pour qu'il y ait un séminaire genre dans ce cadre (le séminaire «Genre et médecine» du module MICS 1.5). On constate donc dans ce cas le rôle de soutien très explicite du corps étudiant dans la création d'un enseignement genre. Mais de tels groupes sont souvent éphémères et, actuellement, il n'y a plus traces d'une semblable dynamique au sein de l'École de médecine de Lausanne.

Comme tous les enseignements sont obligatoires en médecine à Lausanne, même dans une certaine mesure les cours à option, les enseignements genre actuellement dispensés ne subissent pas la désaffection rencontrée par la Prof. Lohff à Hannover. Aussi est-ce surtout par le biais des évaluations des enseignements que l'on peut apprécier la manière dont les étudiant-e-s se positionnent face au genre. Bien qu'il s'agisse de questionnaires d'évaluation standard, identiques pour tous les enseignements, les étudiant-e-s peuvent généralement faire des remarques personnelles à certains endroits. En nous basant sur la lecture des rapports d'évaluation de notre propre enseignement, ainsi que sur les échanges à ce sujet avec les autres enseignant-e-s, il nous semble que l'enseignement genre est plutôt bien accepté par les étudiant-e-s en médecine à Lausanne. Certes, ici et là, on peut rencontrer un commentaire sur l'inutilité du féminisme et/ou de l'enseignement genre, mais il s'agit de remarques isolées. En outre, on doit relever que certains commentaires faits oralement au terme des périodes d'enseignement dénotent aussi d'une forme d'enthousiasme, souvent lié à une première prise de conscience de l'impact du genre dans l'exercice de la médecine.

¹¹⁸ VERDONK Petra, BENSCHOP Yvonne, HAES C de Hanneke, LAGRO-JANSSEN Toine, "Medical Students' Gender Awareness. Construction of the Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale (N-GAMS)", *Sex roles*, 28, 2008, 222-234, cf. p. 227.

¹¹⁹ HAMMARSTRÖM Anne, "The integration of Gender in Medical Research and Education – Obstacles and Possibilities from a Nordic Perspective", *Women & Health*, 37:4, 2003, pp. 121-133.

¹²⁰ LOHFF Brigitte, « Promoting the Incorporation of Gender Issues into Medical Education. Final Report to the European Commission's Programme 5th Framework Women and Science, 30.01. 2004; WALTER Ulla, LOHFF Brigitte, VERNER Ljiljana, "Geschlechterforschung zwischen Theorie und Praxis" im Rahmen des Maria-Goeppert-Mayer-Programmes für internationale Frauen-und Genderforschung", Abschlussbericht, sans date (entre fin 2007 et 2008). Je remercie la Professeure Lhoff d'avoir mis ces deux rapports à ma disposition.

Notons encore que si l'équipe de Toine Lagro-Janssen ne s'est pas préoccupée de l'attitude du corps étudiant dans son projet national, une échelle d'analyse de la sensibilité au niveau du genre a cependant été élaborée par ses soins dans le but de pouvoir apprécier l'impact de l'enseignement genre sur les étudiant-e-s en connaissant au préalable leurs représentations et l'étendue de leurs préjugés en ce domaine.¹²¹

3.3.6 Introduire de nouveaux enseignements ou améliorer l'intégration de certains d'entre eux: y a-t-il des précédents utiles pour un éventuel projet genre ?

Au cours des trois entretiens que l'adjointe au vice-doyen en charge de l'enseignement à la FBM a bien voulu nous accorder, nous avons cherché à repérer d'autres situations dans lesquelles soit un nouvel enseignement avait été introduit, soit des mesures avaient été prises afin d'améliorer son intégration. En effet, de tels précédents nous semblaient utiles pour dégager la meilleure marche à suivre pour un éventuel projet relatif à une meilleure intégration du genre au sein de l'École de médecine de Lausanne. Trois situations bien différentes ont pu être identifiées.

Le premier cas de figure a trait à l'enseignement des médecines dites complémentaires et constitue un cas où la demande n'émane pas de l'intérieur de l'École de médecine, mais de l'extérieur de celle-ci, plus précisément de la sphère politique. En effet, après l'immense succès populaire de la votation sur l'introduction d'un article constitutionnel demandant la prise en compte des médecines complémentaires en mai 2009, le comité vaudois « Oui aux médecines complémentaires » – canton où le plébiscite a été le plus important – a sollicité la conseillère d'Etat en charge du Département de la formation, de la Jeunesse et de la Culture (DFJC), ainsi que le conseiller d'Etat en charge du Département de la Santé et de l'Action sociale (DSAS) pour exiger que les médecines complémentaires soient enseignées à la FBM, demande à laquelle il est en train d'être donné suite.¹²² On remarquera que les niveaux les plus hauts de la hiérarchie (recteur de l'UNIL, directeur général du CHUV, conseillers d'Etat...) ont été mobilisés à cette occasion. Même si des interventions parlementaires favorables à une meilleure prise en compte du genre dans l'enseignement de la médecine sont imaginables, il nous paraît impensable qu'une telle revendication jouisse dans un proche avenir d'un capital de légitimité aussi important que celui apporté aux médecins complémentaires lors de cette votation populaire.

Le second exemple se situe dans le processus de réforme des études de médecine à Lausanne : la commission des sciences humaines a alors pris contact avec les membres de la commission en charge de mettre en place l'enseignement de médecine communautaire afin d'établir un programme commun de la 1^{ère} année à la 4^e année. Pour ce faire, les membres de la commission des sciences humaines ont élaboré un plan, qu'ils ont soumis à leurs collègues ainsi qu'au bureau de l'École de médecine, et c'est suite à cette démarche qu'a été mis sur pied le module Médecine-Individu-Communauté-Société. Cet exemple montre que certaines propositions de changements présentées sous forme de programme raisonné peuvent assez aisément se voir validées par la direction de l'École de médecine lorsqu'elles émanent de commissions en place. Aussi, peut-on se demander si la création d'une commission « Genre et Enseignement » ne constituerait pas la première étape au cas où l'on voudrait œuvrer à l'intégration de cette approche au sein de l'École de médecine de Lausanne et proposer un cursus genre intégré aux enseignements existants.

Le dernier exemple concerne l'intégration d'un enseignement d'éthique sur l'ensemble du cursus prégradué. Le Professeur en charge de cet enseignement au sein de l'École de médecine de Lausanne a, au départ, proposé à différents collègues d'apporter pendant 10 à 15 minutes un éclairage éthique aux thématiques abordées dans leur enseignement. On se trouve donc là dans un cas de figure très proche de celui préconisé par l'équipe de Toine Lagro-Janssen. On notera toutefois que le professeur d'éthique

¹²¹ VERDONK Petra, BENSCHOP Yvonne, HAES C de Hanneke, LAGRO-JANSSEN Toine, "Medical Students' Gender Awareness. Construction of the Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale (N-GAMS)", *Sex roles*, 28, 2008, 222-234.

¹²² Au moment où nous rédigeons ce rapport, aucune décision formelle n'a toutefois encore été prise sur la forme et l'étendue que prendra cet enseignement. Le dernier projet prévoit de consacrer plusieurs heures à cette thématique durant 3 ans (3 x 2 h en 3^e, 4^e et 5^e année) ainsi que de mettre sur pied un cours à option de 36 h en 3^e et 4^e année.

assume en personne son enseignement, tandis que dans le cadre du projet national néerlandais, l'équipe de Toine Lagro-Janssen a choisi de déléguer entièrement l'enseignement du genre en se limitant à proposer des sujets et du matériel d'enseignement aux enseignant-e-s en place. Dans le cas du professeur d'éthique lausannois, ces éclairages ponctuels se sont toutefois révélés très chronophages et peu satisfaisants. Aussi, en collaboration avec l'adjointe du vice-doyen en charge de l'enseignement à la FBM, a-t-il décidé d'établir un programme *ad hoc* pour l'enseignement de l'éthique sur l'ensemble du cursus et de le soumettre au bureau de l'École de médecine qui l'a avalisé. Aussi est-ce nanti de cette nouvelle légitimité qu'il a pu reprendre contact avec ses collègues et obtenir une meilleure collaboration de leur part. Compte tenu de la légitimité dont jouit *a priori* l'éthique médicale – dont nul-le n'oserait questionner la pertinence –, du statut de professeur FBM dont bénéficie son représentant à Lausanne, de sa double formation de médecin et de philosophe, et enfin de la place faite à l'éthique dans le SCLO, on peut *a contrario* apprécier l'ampleur des efforts qui seraient à déployer si une démarche similaire était entreprise pour l'intégration du genre. En effet, cette approche ne jouit pour l'heure d'aucun de ces avantages.

Toutefois, en dépit de ces difficultés, formaliser les choses et recourir à la voie officielle offrirait, aux yeux de l'adjointe du vice-doyen responsable de l'enseignement, de meilleures garanties pour la mise en œuvre d'un éventuel projet coordonné d'intégration du genre. En d'autres termes, le système initial qui a permis le développement d'un certain nombre d'enseignements genre sur un mode très informel – essentiellement grâce à des contacts interpersonnels et à des opportunités lors de la création de nouveaux enseignements – ne permettrait vraisemblablement pas d'obtenir l'instauration d'un programme plus cohérent et mieux structuré.

3.4 LE DÉVELOPPEMENT DES ÉTUDES GENRE À L'UNIVERSITÉ DE LAUSANNE ET EN SUISSE: QUEL IMPACT SUR LA MÉDECINE ?

La manière à la fois très informelle et très fragile dont s'est développé un enseignement genre au sein de l'École de médecine de Lausanne à partir de la moitié des années 2000 correspond tout à fait à la façon dont se sont mises en place les études genre avant d'obtenir leur institutionnalisation dans le paysage académique. En Suisse, cette institutionnalisation est survenue beaucoup plus tardivement que dans les pays anglo-saxons et scandinaves, ou encore aux Pays-Bas, puisque c'est seulement au début des années 2000 que les premières chaires en études genre ont été créées soit en Faculté des Sciences Sociales et Politiques, soit en Faculté des Lettres (Phil I dans la partie germanophone du pays). Au cours de la dernière décennie, quelques nouveaux postes sont venus étayer la dotation initiale et des centres ou des instituts en études genre ont été créés, sous des formes diverses, dans la plupart des grandes universités du pays (Bâle, Berne, Genève et Lausanne). On notera par ailleurs que c'est également au début des années 2000 que toutes les universités ont été amenées à créer un poste professionnel pour promouvoir l'égalité des chances entre les femmes et les hommes.

Si ce développement des études genre est en partie dû à des initiatives locales prises au niveau facultaire, il a en certains cas aussi largement reposé sur un soutien direct de la part de la Direction de l'Université ainsi que sur un encouragement financier important dans le cadre de projets de coopération nationale soutenus par la Conférence Universitaire Suisse (CUS). Tant pour les périodes 2004-2007¹²³ que 2008-2011, les études genre ont en effet été soutenues par la CUS par le biais de deux projets¹²⁴ :

¹²³ Suite à des restrictions budgétaires très conséquentes, ce programme n'a pu débiter que courant 2005.

¹²⁴ Pour une présentation de ces différents programmes, voire : « Message relatif à l'encouragement de la formation, de la recherche et de la technologie pendant les années 2000 à 2003 du 25 novembre 1998 », *Feuille fédérale*, 1998, pp. 304-305 ; « Message relatif à l'encouragement de la formation, de la recherche et de la technologie pendant les années 2004 à 2007 du 29 novembre 2002 », pp. 2169-2172 ; « Message relatif à l'encouragement de la formation, de la recherche et de l'innovation pendant les années 2008 à 2011 du 24 janvier 2007 », pp.1280-1286 ; disponible en ligne : <http://www.admin.ch/ch/f/ff/>. On notera que si le soutien politique au développement des études genre a été fort, leur financement est resté jusqu'ici moins conséquent que la promotion de l'égalité entre femmes et hommes dans les hautes écoles : 2000-2003 : 16 millions de CHF ; 2004-2008 : 20 millions de CHF ; 2008-2011 : 16 millions de CHF.

- a) « Études genre Suisse » (2004-2007 : 3,2 millions ; 2008-2011 : 6 millions)
- b) « Écoles doctorales Etudes Genre Suisse » (2004-2007 : 1 million ; 2008-2011 : 4,5 millions).

Le cas lausannois constitue une parfaite illustration de cette dynamique.¹²⁵

Aussi devons-nous nous poser la question suivante : après avoir essentiellement permis le développement des études genre dans le domaine des sciences sociales et humaines, cette dynamique va-t-elle se poursuivre et favoriser l'institutionnalisation dans les années à venir des études genre dans d'autres disciplines, telles que l'économie, le droit ou la médecine ?

Si cela s'avérait le cas, l'élaboration d'un projet visant l'intégration du genre dans l'enseignement prégradué en médecine devrait se concevoir en ne se focalisant pas uniquement au niveau de l'école ou de la faculté de médecine, mais en tenant également compte de ces autres paramètres susceptibles d'avoir un fort impact, tant sur le plan financier qu'au niveau des politiques institutionnelles.

3.4.1 Les tendances à l'étranger : une indication pour la Suisse ?

Il est impossible aujourd'hui de savoir jusqu'à quel point les efforts consentis au niveau fédéral pour développer les études genre en Suisse vont se poursuivre, ni comment les directions des universités relayeront à terme ces investissements. Il nous paraît toutefois important de relever que tant l'exemple suédois que néerlandais viennent accréditer la thèse d'une institutionnalisation prenant la forme d'une diversification disciplinaire qui s'avère profitable à la médecine.

Dans un article paru en 2003¹²⁶, la Prof. Anne Hammarström¹²⁷ – homologue suédoise de Toine Lagro-Janssen – analyse les mécanismes qui ont à la fois permis et entravé le développement des études genre en médecine en Suède. Pour elle, il est évident que la médecine académique officielle s'est vue imposer l'inclusion d'une perspective genre par une pression conjointe émanant d'en haut (les pouvoirs publics) et d'en bas (les chercheuses engagées dans la recherche genre en médecine), et cela dès le milieu des années 1990. Plus précisément, l'approche genre en médecine a d'abord pu se développer en Suède grâce à un soutien fort et explicite du gouvernement aux études genre dans l'ensemble des disciplines universitaires et ce dès le milieu des années 1980. Puis l'encouragement a directement porté sur le domaine médical. Ainsi en 1994 déjà, après avoir déclaré que davantage d'attention devait être accordée à la question de la santé des femmes dans la formation des médecins, le gouvernement suédois a cherché à stimuler l'enseignement en ce domaine en établissant un fond *ad hoc* et en invitant les facultés de médecine du pays à proposer des projets de recherche. C'est d'ailleurs suite à cette mesure que, par exemple, la direction de la faculté de médecine de Göteborg a décidé en 1996 que la thématique genre devait être intégrée à l'enseignement.¹²⁸ Toutefois, ainsi que le déplorent trois médecins de cette faculté de médecine, aucune instruction n'ayant été donnée sur la manière dont cette inclusion devait être effectuée et aucun plan n'ayant été établi pour évaluer la manière dont cette décision avait été mise en œuvre, celle-ci n'a eu qu'un impact limité.

On ne dispose pas d'une analyse aussi explicite sur la manière dont le développement des études genre s'est répercuté en médecine en ce qui concerne les Pays-Bas. On notera toutefois qu'en 1998, dans le rapport remis au Conseil Suisse de la Science, la Professeure Willy Janssen – directrice du *Centre for*

¹²⁵ A l'UNIL, les études genre ont pu bénéficier également d'un soutien fédéral dès le début des années 2000, les activités du réseau LIEGE ayant pu s'intégrer dans le cadre du Programme fédéral à l'égalité des chances comme un projet de mentoring collectif.

¹²⁶ HAMMARSTRÖM Anne, "The integration of Gender in Medical Research and Education – Obstacles and Possibilities from a Nordic Perspective", *Women & Health*, 37:4, 2003, 121-133.

¹²⁷ Médecin spécialisée dans le domaine de la santé au travail, Anne Hammarström enseigne depuis 1993 le genre aux étudiant-e-s de médecine de l'Université d'Umeå, la première en Suède à avoir créé un comité pour œuvrer à l'intégration du genre dans la formation médicale prégraduée. Anne Hammarström est actuellement la directrice du Umeå Centre for Gender Studies-Medicine (UCGM) créé en 2004 au sein de la Faculté de médecine de cette université.

¹²⁸ WESTERSTAHL Anna, ANDERSSON Maria, SÖDERSTRÖM Margareta, "Gender in Medical Curricula: Course Organizer Views of a Gender-Issues Perspectives in Medicine in Sweden", *Women & Health*, 37:4, 2003, 35-47.

Women's Studies de l'Université de Nijmegen¹²⁹ auquel est également rattachée Toine Lagro-Janssen – souligne le processus de différenciation disciplinaire qui caractérise à ses yeux le développement des études genre aux Pays-Bas au cours de la dernière décennie du 20^e siècle.¹³⁰ « A relative new trend is that some of the older disciplines that had been slow in recognizing the value of a gender perspective, like economics, medicine, geography or technology, now joined and started to express interest beyond the mere individual student or staff member. This is visible in the appointments of the chairs in women's studies at Dutch universities. The first full professors were appointed in general chairs for women's studies, covering all of the humanities or the social sciences or both. More recently only special (part time) chairs have been created to cover women's studies in one specific field, i.e. medicine or technology. »

3.4.2 La situation au niveau local : repères et question pour l'avenir

Pour plusieurs raisons, il nous est difficile d'apprécier si l'enseignement genre en médecine pourra ou non bénéficier d'une telle conjoncture à l'avenir en Suisse. Sur le plan national, on ignore pour l'heure si la CUS va ou non inclure les études genre dans les programmes qu'elle soutient de manière prioritaire pour la période 2013-2016¹³¹. Si tel était le cas, resterait encore à déterminer la part qui pourrait être allouée au développement des études genre en médecine, le domaine des sciences sociales et humaines ayant été privilégié jusqu'ici. Si tel n'était pas le cas, il serait éventuellement possible de proposer un projet *ad hoc* dans le cadre des « projets de coopération et d'innovation (PCI) » qui feront l'objet d'une mise au concours en février 2011 et seront sélectionnés en deux temps entre l'automne 2011 et 2012. A ces trois niveaux, il s'agit d'un processus politique réunissant une pluralité d'actrices et d'acteurs sociaux et demandant une forte implication dans un travail de réseau.

Au niveau local, il nous faut pour commencer souligner que le développement des études genre en général figure dans deux documents officiels de l'Université de Lausanne. L'article 4 de la loi sur l'Université (LUL) du 6 juillet 2004 stipule que l'Université « veille également à ce que des enseignements transdisciplinaires soient mis en place, notamment les études genre ». Quant au plan de développement de l'UNIL pour la période 2006-2011, il stipule que le Centre en études genre LIEGE doit être pérennisé grâce à un financement structurel, ce qui est le cas depuis février 2008, et que les études genre doivent non seulement être stabilisées mais « élargies à plusieurs Facultés afin de respecter la LUL, art. 4 ».¹³²

Ainsi, l'intégration d'un enseignement genre dans les études prégraduées de médecine entre, selon ces deux documents officiels, dans les objectifs de l'UNIL et, à ce titre, il pourrait sans doute bénéficier d'un soutien de la part du Rectorat.

Face à ce constat, trois questions se posent. Un tel soutien pourrait-il être obtenu d'ici fin 2011 ? Quelle place sera faite aux études genre dans le prochain plan de développement de l'UNIL (2012-2017)? Enfin à qui revient-il de veiller à l'implantation d'un enseignement genre dans plusieurs facultés? Est-ce de la compétence desdites facultés ? Les différents décanats ne semblent pas de cet avis, puisque ce point ne figure pas dans les rapports de gestion remis à la Direction de l'UNIL jusqu'ici. Est-ce de la compétence de la Direction de l'UNIL ? Sans doute en partie, mais ce dernier semble surtout vouloir déléguer cette tâche au Centre LIEGE. Ainsi, le rapport de gestion de 2008 – dans lequel est annoncé la création du Centre LIEGE grâce à l'allocation de ressources structurelles¹³³ – stipule que bien que ce Centre soit

¹²⁹ Ce centre se caractérise aujourd'hui par le large éventail des disciplines représentées en son sein, ainsi que par sa volonté de développer les études genre à la fois au niveau interdisciplinaire et disciplinaire.

¹³⁰ JANSSEN Willy, "Trends and Prospects in Women's : A view from the Netherlands", in: Conseil Suisse de la Science, *Trends and Prospects in Women's and Gender Studies. Assessment Reports by International Experts*, FER, Août 1998, 26-31, cf. pp. 27-28.

¹³¹ Conférence Universitaire Suisse, contributions liées à des projets, 2013-2016 : <http://www.cus.ch/wFranzoesisch/beitraege/2013-2016/index.php>

¹³² UNIL, Plan de développement pluriannuel de l'université de Lausanne 2006-2011, Adopté par le Conseil de l'Université le 25 septembre 2008, p. 11.

¹³³ De 2001 à 2008, le LIEGE - laboratoire interuniversitaire en études genre avait pu fonctionner grâce à un financement conjoncturel assuré à la fois par des programmes fédéraux (d'abord celui à l'égalité des chances, puis celui de la CUS) et par la Direction de l'UNIL.

rattaché à la Faculté des Sciences Sociales et Politiques (SSP), « il doit développer les études genre dans toutes les Facultés »¹³⁴ ; de même la « mise en place sur une base durable d'un programme d'enseignement en études genre, commun à plusieurs Facultés » serait aisément réalisée avec la création du LIEGE si l'on en croit les rapports de gestion de l'UNIL 2008 et 2009.¹³⁵

Si la Direction de l'UNIL semble donc déléguer le développement des études genre au Centre LIEGE – et cela tant en ce qui concerne la recherche que l'enseignement –, la manière dont ce centre pourrait réaliser ces deux missions dans l'ensemble des facultés, alors qu'il est rattaché à la Faculté de SSP, est resté peu explicite jusqu'à ce jour.

Rattachée en SSP à l'Institut des sciences sociales, le centre LIEGE assume comme toutes les unités de SSP des activités d'enseignement et de recherche.¹³⁶ Au niveau de l'enseignement, les membres statutaires du LIEGE se doivent d'assurer des cours et des séminaires genre dispensés en SSP (voire au collège des humanités de l'EPFL), mais non dans les autres facultés. Au niveau de l'ensemble de l'UNIL, le Centre LIEGE a donc surtout pour mission de coordonner l'offre d'enseignements en études genre. Jusqu'à ce jour, il a accompli cette tâche essentiellement par le biais du recensement des enseignements genre au sein de l'UNIL, mais également dans les autres universités romandes ainsi qu'au sein de la Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO). Pour chaque année académique, la brochure « Carnet de route des études genre » rend ce recensement public.¹³⁷

Dans le cadre du projet de coopération national soutenu par la CUS cité plus haut (« Etudes Genre Suisse » 2004-2007, puis 2008-2011)¹³⁸, le LIEGE est également impliqué dans les efforts déployés pour améliorer l'offre en enseignement genre au niveau national, notamment par le biais de la plate-forme Gender Campus. Grâce à ce financement, plusieurs postes d'enseignement ont été créés dans les différentes universités suisses. A l'UNIL, un poste de professeure de littérature comparée a ainsi pu être financé durant quatre années en Faculté des Lettres, avant d'être stabilisé par des fonds structurels, et un poste supplémentaire de professeure assistante en études genre a également été créé en SSP pour la période 2008-2011.¹³⁹ Dans les autres universités suisses également, les deux programmes successifs de la CUS ont permis de créer ou de renforcer un enseignement genre dans le domaine des sciences humaines et sociales, qui est celui au sein duquel les études genre se sont initialement développées ; l'avenir nous dira si d'autres disciplines en bénéficieront.

Sur la base de ces différents éléments, il nous paraît clair que le développement d'un enseignement genre au sein de l'École de médecine de la FBM ne peut être délégué dans le contexte actuel au Centre en études genre LIEGE, celui-ci n'ayant pas les moyens matériels de l'assumer. De plus, les exemples disponibles à l'étranger montrent qu'il est difficile de déléguer entièrement aux représentant-e-s d'une faculté l'enseignement genre dispensé dans les disciplines appartenant à d'autres facultés. Le modèle est plutôt d'avoir des enseignant-e-s genre dans chaque faculté et de leur donner les moyens de collaborer dans le cadre d'un institut commun.

Si on se tourne du côté de la médecine, un programme visant l'intégration du genre dans la formation prégraduée se devrait d'être élaboré à l'interne par un groupe de travail au fait du fonctionnement de l'École de médecine et des exigences de la formation qui y est dispensée. En outre, il nous faut souligner que le projet d'intégrer le genre dans le cursus obligatoire des études de médecine – comme le propose l'équipe de Toine Lagro-Janssen – repose sur une stratégie très différente de celle qui a régi jusqu'ici la création des enseignements genre dans les facultés de Sciences Sociales et Politiques ou de Lettres. En

¹³⁴ UNIL, Rapport de gestion 2008, p. 27.

¹³⁵ Respectivement p. 28 et p. 32.

¹³⁶ <http://www.unil.ch/liege/>

¹³⁷ Ce document est disponible sur le site web du LIEGE. Ce recensement repose sur un questionnaire adressé à l'ensemble des enseignant-e-s et dépend par conséquent de leurs réponses. Faute d'avoir été annoncés, certains enseignements genre ne figurent donc pas dans cette brochure, c'est notamment le cas pour plusieurs enseignements genre de l'École de médecine.

¹³⁸ Le projet actuel sera prolongé en 2012.

¹³⁹ « Coopération nationale: second projet de coopération CUS 2008-2011 » dans : Centre en études genre LIEGE, *Carnet de route des études genre 2010-2011*, n° 5, UNIL, cf. p. 12.

effet, dans ces deux facultés, il s'agissait avant tout de dégager un financement et d'obtenir des collègues qu'ils et elles acceptent que l'enseignement proposé soit dispensé dans l'*alma mater*. Une fois le poste créé, l'enseignement proposé a pu susciter plus ou moins l'intérêt des étudiant-e-s, libres de composer leur cursus comme désiré. Rappelons qu'il en va tout autrement en médecine, où les étudiant-e-s ont affaire à un parcours imposé comprenant pour l'essentiel des cours obligatoires. Mais surtout, dans le modèle néerlandais, il s'agit de convaincre les collègues de la pertinence d'intégrer le genre dans leur propre enseignement. C'est là une exigence forte qui n'a pas son pendant dans ce qui s'est fait à Lausanne jusqu'ici.

En résumé, le développement d'un programme d'enseignement genre en médecine exigerait donc un fort ancrage au sein des facultés de médecine. Toutefois, il nous paraît également très important que des liens étroits existent avec le centre ou l'institut responsable du développement des études genre dans les différentes universités. L'Institut pour les études genre de l'Université Radboud de Nijmegen aux Pays-Bas¹⁴⁰ comme le Centre en études genre de l'Université d'Umeå en Suède¹⁴¹ constituent à nos yeux d'excellentes illustrations du caractère fructueux d'une telle collaboration, tant pour la médecine que pour les études genre.

Ainsi, si le développement des études genre en général est susceptible de favoriser la mise en place d'un enseignement genre en médecine, il convient de tenir compte de l'organisation locale¹⁴² et nationale en ce domaine afin de s'assurer des meilleures synergies possibles.

3.4.3 Etudes genre et promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes : deux champs connexes mais distincts

L'existence ou non d'un bureau chargé de la promotion de l'égalité entre hommes et femmes dans les écoles de médecine, ou dans les universités auxquelles elles sont rattachées, n'a pas du tout été prise en considération dans le cadre du projet mené par l'équipe de Toine Lagro-Janssen. Lors de la séance de travail que nous avons eue avec elle le 30 avril 2010, ce point a par contre été abordé suite à une question. Il est alors apparu que Toine Lagro-Janssen était très fermement opposée à ce qu'un projet d'intégration du genre dans la formation médicale prégraduée soit lié aux activités en faveur de la promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes au niveau des études et de la carrière professionnelle.¹⁴³ Bien qu'elle n'ait pas longuement argumenté, tout porte à croire qu'elle craint la confusion entre deux champs certes connexes mais bel et bien distincts. En effet, les personnes qui s'occupent de la promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes dans les hautes écoles n'ont pas nécessairement des compétences en études genre. De plus, dans le domaine de la médecine, il importe tout particulièrement d'éviter des confusions qui risquent de se faire au détriment de la promotion d'une intégration du genre au niveau des contenus de l'enseignement, cette démarche étant beaucoup moins connue que la problématique de la carrière des femmes en médecine.¹⁴⁴ De fait, dans le cadre de nos travaux, nous avons dû plus d'une fois dissiper l'amalgame entre promotion de la carrière des femmes médecins et développement d'un enseignement genre en médecine.

En Suisse, la promotion de l'égalité entre femmes et hommes et le développement des études genre fait depuis 2004 l'objet d'une politique d'encouragement distincte sur le plan fédéral (programmes fédéraux d'égalité des chances dans les hautes écoles versus projets de coopération « Études genre Suisse » de la

¹⁴⁰ Institute for Gender Studies at the Radboud University Nijmegen, pages anglophones du site web: <http://www.ru.nl/genderstudies/english/>

¹⁴¹ Umeå Centre for Gender Studies, pages anglophones du site web: <http://www.ucgs.umu.se/english/>. Le centre en études genre d'Umeå est l'un des cinq centres d'excellence en ce domaine en Suède et bénéficie à ce titre d'un important financement, dont la médecine tire également profit, cf. les pages recherche qui présentent le projet « Challenging Gender » : <http://www.ucgs.umu.se/english/research/challenging-gender/>

¹⁴² En effet, à notre connaissance, l'inscription des différents centres en études genre dans le paysage académique suisse diffère passablement d'une université à l'autre.

¹⁴³ Domaine qui l'intéresse par ailleurs et sur lequel elle a publié.

¹⁴⁴ Débattue de longue date, la question de la carrière des femmes en médecine a repris une forte actualité avec l'augmentation du nombre des étudiantes ces dernières années.

CUS). De même à Lausanne, il existe un clair partage des tâches entre le Centre en études Genre LIEGE – qui promet le développement de la recherche et de l'enseignement genre – et le Bureau d'égalité des chances entre les femmes et les hommes de l'UNIL (BEC), qui a pour mission de promouvoir l'égalité au niveau des étudiant-e-s et du personnel, toutes catégories confondues.

Signalons toutefois que ces deux thèmes se trouvent parfois liés dans certaines facultés de médecine. C'est notamment le cas de celle de Vienne, qui a créé un pôle de *Gender Mainstreaming* ayant pour mission de s'occuper à la fois de la promotion des carrières féminines et de l'inclusion du genre dans les études comme dans la recherche.¹⁴⁵

¹⁴⁵ Site web de service de *Gender Mainstreaming* de la Faculté de médecine de Vienne: <http://www.meduniwien.ac.at/index.php?id=297&language=1>. En ce qui concerne les études de médecine, le matériel mis en ligne mériterait d'être examiné de près pour déterminer la manière dont l'enseignement genre est envisagé. Signalons également la nomination, en janvier de cette année, d'une professeure en *Gender Medicine* au sein de la Faculté de médecine de Vienne.

4 INCLURE LE GENRE DANS LES ÉTUDES PRÉGRADUÉES DE MÉDECINE : LE CADRE AU NIVEAU SUISSE

Comme évoqué dans le chapitre 2 du présent rapport, au moment où était lancé son projet de *gender mainstreaming* dans l'ensemble des écoles de médecine des Pays-Bas, l'équipe de Toine Lagro-Janssen a bénéficié de deux mesures qui ont conféré d'emblée une grande légitimité à sa démarche. Premièrement, en 2001, la nouvelle version du document officiel établissant les objectifs d'apprentissage pour la formation prégraduée en médecine aux Pays-Bas tenait compte du genre (*Blueprint 2001: training of doctors in The Netherlands. Adjusted objectives of undergraduate medical education in The Netherlands*), ce qui n'était pas le cas de la version précédente datant de 1994. D'autre part, la commission qui procédait en 2002 à l'accréditation des écoles de médecine néerlandaises a accepté d'inclure une question relative à l'enseignement du genre dans le questionnaire officiel adressé à la direction des dites écoles. En Suisse, serait-il possible d'obtenir une telle caution au niveau national, compte tenu des nouveaux instruments de pilotage de la formation médicale prégraduée élaborés suite à l'adoption de la loi sur les professions médicales (LPMed) de 2006 ?

4.1 QUELLES POSSIBILITÉS DE SOUTIEN AU NIVEAU DES INSTRUMENTS NATIONAUX DE PILOTAGE DE LA FORMATION MÉDICALE PRÉGRADUÉE ?

Rappelons qu'un des effets de la LPMed réside dans la plus grande autonomie accordée aux facultés de médecine helvétiques en ce qui concerne la formation prégraduée. Toutefois, comme le souligne en juin 2008 le président du groupe de travail de la « Commission interfacultés médicales suisse » (CIMS / SMIFK), cette autonomie se devait d'être contre-balançée par trois outils à même de garantir une certaine homogénéité au niveau national.¹⁴⁶ Pour ce faire, ont été élaborés:

1. Un système d'accréditation officielle des écoles de médecine : cette accréditation est menée non pas sur la base d'un questionnaire, comme aux Pays-Bas, mais de standards de qualité élaborés par l'organe d'accréditation et d'assurance qualité des hautes écoles suisses (OAQ) sur la base d'un mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)¹⁴⁷ ;
2. Le *Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training* (SCLO). En détaillant les objectifs d'apprentissage, le SCLO constitue le cadre harmonisateur du cursus de formation prégraduée dans les cinq facultés de médecine du pays, ainsi que le socle sur lequel est conçu l'examen fédéral de médecine. Après avoir mis en circulation une première édition du SCLO en janvier 2002, la « Commission interfacultés médicales suisse » (CIMS / SMIFK) a revu ce catalogue et publié une nouvelle version en juin 2008, qui est celle que nous prendrons en considération ici.
3. Un nouvel examen fédéral de médecine vérifiant que les candidat-e-s ont les capacités requises en ce qui concerne les connaissances, les savoirs-faire et les attitudes nécessaires à l'exercice de la médecine humaine. La réussite de cet examen permet aux étudiant-e-s de débiter leur formation postgraduée, qui doit elle aussi être menée à terme avec succès pour obtenir le droit d'exercer la médecine en Suisse en tant que médecin indépendant-e.¹⁴⁸

¹⁴⁶ Professeur Charles Bader, Preface, *Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training. Under a mandate of the Joint Commission of the Swiss Medical Schools* (SCLO), June 2008, pp. 1-2. <http://www.smifk.ch>

¹⁴⁷ Confédération suisse, Office fédéral de la santé publique, *Accréditation des filières en médecine humaine. Standards de qualité*. Version définitive de septembre 2009, avec des changements rédactionnels de février 2010, Février 2010. Document downloadable depuis le site web de l'oaq : http://www.oaq.ch/pub/fr/03_05_01_begleitinstrumente.php

¹⁴⁸ La première version de ce nouvel examen fédéral de médecine devrait être prête à l'été 2011.

Dans ce qui suit, nous nous intéresserons uniquement aux deux premiers instruments de pilotage de la formation médicale prégraduée helvétique.

4.1.1 Du Blueprint néerlandais au SCLO helvétique: quelle place pour le genre dans les objectifs d'apprentissage des futur-e-s médecins ?

Pour commencer, il faut savoir que le *Blueprint* néerlandais a servi de modèle lors de l'élaboration de la première version du SCLO établie entre 2000 et 2001. Malheureusement, la version du *Blueprint* utilisée alors était celle de 1994 et non pas la version révisée de 2001, qui intègre le genre.¹⁴⁹ Lors de la récente révision de SCLO, c'est avant tout le célèbre CanMEDS 2005, établi par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, qui a servi de référence pour refondre les chapitres 3 « Profil du médecin » et 4 « Objectifs généraux » en un nouveau chapitre intitulé « Objectifs généraux ». Or, contrairement au *Blueprint* néerlandais de 2001, le « cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins. L'excellence des normes, des médecins et des soins »¹⁵⁰ tient très peu compte du genre. Il n'en reste pas moins que le rôle initialement joué par le *Blueprint* néerlandais dans l'élaboration du catalogue de compétences helvétiques offre une base particulièrement favorable pour intéresser les responsables suisses à la place qui y a été faite au genre en 2001.

En dépit de leurs révisions respectives, il importe de retenir que le *Blueprint 2001* et la version de 2008 du SCLO restent assez proches dans leur organisation (voir annexe n° 7 et 8). Dans les deux cas, ces documents traitent pour commencer des "objectifs généraux" de la formation. La différence principale réside dans le fait que le *Blueprint* néerlandais propose ensuite uniquement une liste d'apprentissage par problèmes, tandis que le SCLO consacre en plus de celle-ci une très large part aux objectifs d'apprentissage par disciplines, qui se trouvent détaillés dans les 150 pages du chapitre 6.¹⁵¹

Au niveau de la place faite au genre, la différence entre le *Blueprint* et le SCLO se situe sur deux plans. Premièrement, les références à cette approche sont consistantes dans le document officiel néerlandais, alors qu'elles sont ténues dans le catalogue helvétique. Deuxièmement, ces références se trouvent presque toutes dans le chapitre consacré aux objectifs généraux d'apprentissage dans le *Blueprint*, tandis qu'il n'y est fait nulle mention dans son homologue du SCLO même si ce chapitre a adopté une formulation épiciène tant en ce qui concerne les médecins que les patient-e-s, ce qui constitue une innovation significative.¹⁵²

Très peu présente dans les formulations finalement retenues dans le SCLO, la thématique genre a toutefois été évoquée à diverses occasions lors des séances du groupe de travail chargé de la révision du SCLO, sans toutefois pouvoir être approfondie.¹⁵³ Le point qui a le plus retenu l'attention est l'augmentation du nombre de femmes médecins. Certaines thématiques relatives à la santé des femmes ont cependant également été abordées, en particulier la violence à l'encontre des femmes. Lorsqu'il a été question des maladies cardio-vasculaires la question des spécificités hommes/femmes a également été soulevée. Enfin, le souci de tenir compte du genre parmi les déterminants sociaux de la santé se manifeste surtout dans la formulation retenue pour l'un des objectifs généraux par le biais de l'emploi du her/his(G CM 9) :

« The physician clarifies the patient's expectations and requests for the encounter and elicits information on both somatic and psychological aspects of her/his symptoms and complains as well as the patient's situation, her/his understanding and concerns, social and cultural background and illness experience » (p. 25)

¹⁴⁹ Introduction, SCLO, June 2008, pp. 1-2. <http://www.smifk.ch>, p. 3.

¹⁵⁰ "CanMEDS 2005 physician competency framework. Better Standards. Better physicians. Better care".

¹⁵¹ Pour connaître la liste des 12 disciplines retenues, voir la table des matières du SCLO, annexe n° 7.

¹⁵² A plusieurs reprises, lorsqu'il est fait état des patient-e-s comme des médecins, on trouve des formules her/his symptoms, understanding, etc.

¹⁵³ Information transmise par Catherine Gasser, représentante de l'OFSP au sein du groupe de travail chargé de la révision du SCLO, mail du 26 janvier 2011.

Aussi, les rares mentions du terme « genre »¹⁵⁴ dans le catalogue helvétique se rapportent-elles uniquement à certaines disciplines.¹⁵⁵

A côté d'autres facteurs tels que l'alcool ou le tabac susceptibles d'influer sur l'effet des médicaments, le SCLO mentionne le « genre » – alors que selon toute vraisemblance ce sont essentiellement des aspects relatifs au sexe qui sont désignés ici – dans l'un des objectifs d'apprentissage de la pharmacothérapie, sous la rubrique « variation interindividuelle et individualisation des traitements ». On notera toutefois que les variations dues au sexe/genre sont considérées comme de moindre importance que celles liées à l'âge : en effet, la connaissance des principes de prescription aux enfants et aux personnes âgées constitue dans les deux cas un objectif d'apprentissage distinct.

Dans le SCLO, on trouve également une référence au genre dans la section consacrée à la santé publique, à la médecine des assurances et à la médecine du travail, dans la rubrique « termes de base et concepts de santé publique ». Malheureusement, la distinction entre les notions de sexe et de genre n'est pas prise en compte, puisque ces deux termes sont utilisés indifféremment dans les deux objectifs d'apprentissage qui s'y rapportent.

En ce qui concerne la violence envers les femmes dans le cadre conjugal – qui constitue un volet important et souvent autonome dans le domaine genre et médecine/santé des femmes –, aucun objectif d'apprentissage ne s'y attache spécifiquement, bien que cette problématique ait été abordée lors des discussions du groupe de travail.¹⁵⁶ En pédiatrie en revanche, la maîtrise des procédures d'examen des enfants battus (C PE 272, cf. p. 97) est exigée. De même, en médecine légale, on demande des compétences en ce qui concerne les aspects médicaux-légaux de l'abus et de la maltraitance (C FM 7, cf. p. 136), ainsi que dans le domaine des abus sexuels chez l'enfant (C FM 26, p. 137) et chez l'adulte (C FM 27, p. 137). Les abus psychologiques, physiques et sexuels (P 270, cf. p. 46) sont également mentionnés dans le chapitre 4 du SCLO (consacré aux problèmes comme points de départ de la formation), sous la rubrique « autres raisons de consultation médicale ou problèmes dans le système de santé ».

On l'a dit, dans le *Blueprint* néerlandais de 2001, les références au genre¹⁵⁷ se trouvent principalement dans le chapitre consacré aux objectifs généraux (5 sur 7), dont il convient de comprendre l'organisation. Après des remarques introductives, les connaissances, les compétences et l'attitude professionnelle des médecins sont détaillées en regard de 4 aspects distincts¹⁵⁸ : médicaux, scientifiques, personnels, en lien avec la société et le système de santé.

Quatre des cinq mentions du genre ont trait aux aspects médicaux : les futur-e-s médecins sont, à différentes reprises, invité-e-s à prendre en considération le genre tant au niveau de l'expression des symptômes par les patient-e-s que de leur compréhension par les soignant-e-s. A l'instar du SCLO, le genre (mais, de fait, il s'agit ici également surtout du sexe) fait aussi l'objet d'une mention spéciale en ce qui concerne la pharmacothérapie.

La cinquième mention du genre est liée aux aspects personnels. Dans le volet consacré à la relation médecin-patient, il est exigé du médecin une absence de discrimination envers les patient-e-s sous différents aspects, dont celui du genre. Cette volonté de lutter contre toute forme de discrimination se retrouve également clairement formulée dans le chapitre précédent du *Blueprint*, consacré au profil du médecin au terme de sa formation prégraduée.

Enfin, dans le *Blueprint* de 2001, on trouve une septième et dernière mention du genre dans le chapitre 6, qui définit l'approche par problèmes dans la formation médicale. Il est alors rappelé que le genre – à

¹⁵⁴ NB : nous ne nous sommes pas limitées à la seule prise en compte de la mention du terme, mais avons également examiné si la question des différences entre femmes et hommes ou dans leur mode de prise en charge était prise en compte sans recourir à la notion de genre, mais ce n'est pas le cas.

¹⁵⁵ Pour une citation littérale de ces mentions au genre dans le SCLO, voir annexe n° 7.

¹⁵⁶ Information fournie par Catherine Gasser, représentante de l'OFSP au sein du groupe de travail chargé de la révision du SCLO, mail du 26 janvier 2011.

¹⁵⁷ Pour le contenu précis se référer à l'annexe n° 8.

¹⁵⁸ NB : dans la version de 2002 du SCLO le découpage des objectifs généraux était identique.

l'instar d'autres déterminants sociaux tels que l'âge ou l'origine sociale – exige parfois des prises en charge spécifiques.

En résumé, l'exemple du *Blueprint* néerlandais de 2001 montre donc qu'il est tout à fait possible d'intégrer le genre dans les objectifs généraux de la formation médicale prégraduée.

4.1.2 La révision du SCLO, une occasion manquée d'intégrer le genre?

Tant en raison des changements apportés que des critiques les ayant motivés, la révision du SCLO aurait pu constituer, dans l'absolu, une bonne occasion d'introduire le genre dans les objectifs d'apprentissage des études de médecine en Suisse.

En effet, parmi les modifications importantes introduites entre la première et la seconde version du SCLO figure la refonte en une seule entité du chapitre brossant le profil du médecin au terme de ses études et de celui consacré aux objectifs généraux de la formation. Contrairement à ce qu'on pourrait penser, ce travail visait à donner davantage d'importance à ces deux aspects en élaborant un chapitre plus conséquent.¹⁵⁹ Il est également intéressant de savoir que cette refonte a été menée suite aux critiques formulées d'une part par les représentant-e-s suisse de l'éthique médicale et, d'autre part, par les représentant-e-s de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) ainsi que par des membres du monde politique.¹⁶⁰

Le reproche adressé à la première version du SCLO était qu'il mettait trop l'accent sur les connaissances et les compétences liées aux disciplines et trop peu sur les compétences sociales, le savoir-être et les aspects éthiques – autant d'éléments figurant pourtant explicitement dans les objectifs de formation définis dans les articles 7 et 8 de la Loi sur les Professions médicales (LPMed) (voir en annexe n° 9 les articles 6, 7 et 8 de la LPMed). Or, sous tous ces aspects, l'approche genre s'avère fort pertinente.

Pour répondre à ces critiques, la « Commission interfacultés médicales suisse » (CIMS / SMIFK) a non seulement accepté de refondre l'entier de ces deux chapitres, mais a également invité l'OFSP à déléguer deux représentant-e-s au sein de leur commission. Sur la base des remarques et considérations faites au sein de la CIMS, la refonte desdits chapitres a été confiée à l'Institut de pédagogie médicale de l'Université de Berne. En dépit de ces ouvertures, la représentante de l'OFSP estime qu'il n'aurait pas été possible d'approfondir la discussion sur l'inclusion du genre dans le cadre des travaux de ce groupe de travail. Il semble que l'introduction de formules épiciènes dans le chapitre consacré aux objectifs généraux ait déjà été perçue comme un grand changement par les membres de la CIMS.

Ainsi que mentionné précédemment, les personnes en charge de cette refonte ont choisi d'abandonner le modèle néerlandais au profit d'un document canadien qui, malheureusement, fait très peu référence au genre. Aussi, le SCLO 2008 reprend-t-il l'organisation en sept points des compétences nécessaires aux futur-e-s médecins, ainsi que la représentation graphique du « CanMEDS Roles Framework 2005 » (voir annexe n° 10). Le SCLO 2008 procède toutefois à une adaptation substantielle dans la présentation de ces 7 compétences. Suite à ce travail d'adaptation, les deux seules mentions – fort ténues d'ailleurs – du genre dans la version canadienne (voir annexe n° 10) ne se retrouvent pas dans le chapitre « objectifs généraux » helvétique.

Contrairement au *Blueprint* néerlandais de 2001, la version 2005 du « CanMEDS Roles Framework » apporte donc peu d'arguments justifiant une meilleure prise en compte du genre dans la formation prégraduée. Il n'est toutefois pas impossible qu'une nouvelle version de ce document officiel canadien le fasse davantage. Les responsables du *Gender and Health Collaborative Curriculum*¹⁶¹ – un projet porté par des représentantes des 8 écoles de médecine de l'Etat de l'Ontario – ont en effet déjà fait une proposition en ce sens en octobre 2008 (voir annexe n° 11).

¹⁵⁹ Dans la version de 2002, ces deux chapitres comptaient 8 pages en tout et pour tout, tandis 105 pages étaient consacrées aux objectifs d'apprentissage par disciplines.

¹⁶⁰ Introduction, SCLO, June 2008, pp. 1-2. <http://www.smifk.ch>, p. 5.

¹⁶¹ <http://www.genderandhealth.ca/>

4.1.3 Intégrer le genre dans le SCLO, quelle stratégie privilégier?

Compte tenu de ces différents éléments, comment envisager à l'avenir une meilleure intégration du genre dans le catalogue suisse des objectifs d'apprentissage de la formation médicale prégraduée ? Tant l'exemple du *Blueprint* néerlandais de 2001 que la proposition de 2008 des responsables du *Gender and Health Collaborative Curriculum* canadien nous inciteraient à chercher à obtenir une inclusion explicite du genre dans l'équivalent de l'actuel chapitre 3 du SCLO consacré aux objectifs généraux.¹⁶² Une telle inscription conférerait indéniablement une grande légitimité aux démarches initiées au niveau local dans les différentes facultés de médecine pour développer un enseignement genre.

Une solution plus légère pourrait toutefois également être envisagée : il s'agirait alors de produire un argumentaire montrant en quoi l'intégration du genre dans la formation médicale prégraduée entre, de fait, implicitement dans les objectifs généraux tels qu'ils sont formulés.

Est-ce une bonne stratégie de se focaliser uniquement sur le chapitre consacré aux objectifs généraux ? La question mérite d'être posée puisque l'introduction du SCLO de 2008 laisse entendre que ce chapitre est parfois insuffisamment pris en considération par le corps médical. *A contrario*, on peut relever que, dans le cas de l'École de médecine de Lausanne, le contenu de ces objectifs généraux a incontestablement favorisé la place accordée à la médecine générale ainsi qu'au module de « Médecine-Individu-Communauté-Société (MICS) » dans le cursus réformé de formation prégraduée.

Par ailleurs, rappelons que le document helvétique se distingue de ses homologues néerlandais ou canadien, en ce qu'il ajoute une liste d'objectifs spécifiques par disciplines aux objectifs généraux ainsi qu'à la liste des thèmes retenus pour l'apprentissage par problèmes. Or, ce sont ces objectifs spécifiques qui, dans les faits, semblent retenir principalement l'attention tant des étudiant-e-s que des enseignant-e-s. Dès lors, faudrait-il également tenter d'obtenir l'intégration du genre dans ces objectifs spécifiques par disciplines ? Voire, faudrait-il concentrer les efforts sur ces objectifs-là au détriment des objectifs généraux ? Si une telle démarche était privilégiée, il importe de savoir que lors de la révision du SCLO, il a été procédé à une réduction du nombre d'objectifs par disciplines qui a exigé un important travail de négociation avec les différentes sociétés de spécialités médicales. Il conviendrait également au préalable d'examiner les suggestions faites dans d'autres pays en ce qui concerne les objectifs par disciplines, ce qui n'entre plus dans le cadre du présent mandat. Aussi, nous contenterons-nous ici de signaler le catalogue d'objectifs d'apprentissage pour la formation prégraduée en médecine conçu aux USA, dans le cadre d'un travail collectif de longue haleine, par le *Women's Healthcare Education Office* (WHEO) de l'*Association of Professors of Gynecology and Obstetrics* (APGO)¹⁶³ ; ce document est disponible en ligne sous le titre « Women's Health Care Competencies for Medical Students. Taking Steps to Include Sex and Gender Differences in the Curriculum ». ¹⁶⁴

4.1.4 Les standards de qualité et l'accréditation des filières d'études en médecine humaine : un outil difficile à mobiliser pour l'intégration du genre

Ainsi que mentionné, l'inclusion du genre dans la formation prégraduée figurait dans le questionnaire adressé en 2002 aux écoles de médecine néerlandaises par la commission chargée de procéder à cette opération cette année-là. En Suisse, la procédure d'accréditation des écoles de médecine ne semble toutefois pas offrir les mêmes opportunités.

¹⁶² Il serait alors également intéressant de prendre connaissance des objectifs généraux pour un enseignement genre en médecine proposés en Allemagne par la Prof. Brigit Babitsch (voir annexe n° 12) dans le cadre d'un vaste projet visant à intégrer le genre dans les curricula de toutes les disciplines et cela tant au niveau bachelor que master. Gender in bachelor+master courses, site web en allemand et en anglais : <http://www.gender-in-gestuftestudiengaenge.de>

¹⁶³ On trouve ce document sur le site de l'APGO : <http://wheocomp.apgo.org/>

¹⁶⁴ Pour le sommaire et un aperçu des thématiques prises en considération dans ce projet, voir l'annexe n° 13.

Premièrement, le système est différent, puisque il ne s'agit pas d'un questionnaire mais de standards de qualité à partir desquels les écoles de médecine doivent établir une auto-évaluation.¹⁶⁵ Deuxièmement, s'il serait théoriquement possible d'intégrer le genre à ses standards¹⁶⁶, une telle démarche aurait sans doute beaucoup moins d'impact qu'une intervention au niveau du SCLO. En effet, sur les neuf domaines pris en considération dans ces critères de qualité, seul le volet consacré aux filières d'études pourrait soutenir l'intégration du genre dans le cursus de formation. De plus, les orientations données à la formation dans ce cadre demeurent très générales.

Il importe toutefois de relever que l'intégration du genre dans sa définition originelle de prise en compte de la dimension socio-historique et culturelle des rôles, des identités et des comportements attribués aux femmes et aux hommes se voit implicitement légitimée par la section consacré aux « Sciences comportementales et sociales, éthique médicale » au sein de la formation médicale (voir annexe n° 14). Cela dit, ainsi que le souligne l'équipe de Toine Lagro-Janssen, un enseignement genre en médecine se doit d'introduire aussi bien les aspects relatifs au genre que ceux relatifs au sexe dans l'enseignement prégradué.

Enfin, obtenir que l'inclusion du genre dans le contenu des enseignements soit considéré comme un critère de qualité – au même titre que l'existence de structures destinées à garantir une égalité de traitement entre les femmes et les hommes – constitue une réforme de longue haleine qui, à nos yeux, devrait être initiée par les représentant-e-s des études genre pour l'ensemble des disciplines (et non de manière isolée uniquement pour la médecine), ce qui n'est pas encore le cas actuellement en Suisse.

¹⁶⁵ Les critères de qualité helvétiques ont été élaborés par les doyens des cinq facultés de médecine, en collaboration avec l'Organe d'Accréditation et d'assurance qualité des hautes écoles suisses (OAQ) et sous la supervision de l'Office fédéral de la Santé Publique (OFSP) qui tenait à s'assurer que ces critères soient conformes aux exigences de la LPMed.

¹⁶⁶ La question du genre apparaît dans ce document lorsqu'il est question de garantir l'égalité de traitement entre les femmes et les hommes au niveau des étudiant-e-s comme du personnel, qui doivent avoir accès à un bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes.

5 QUELLES POSSIBILITÉS DE TRANSFERT ? DES QUESTIONS POUR L'AVENIR

Dans ce chapitre conclusif, nous allons mettre en exergue un certain nombre de questions à même de servir de point de départ pour un projet qui viserait à implanter une approche genre dans la formation médicale prégraduée en Suisse et qui s'inspirerait de l'expérience néerlandaise.¹⁶⁷

5.1 COMMENT TRANSFÉRER L'EXPÉRIENCE NÉERLANDAISE ?

La première question qui doit être posée a trait au découpage de l'expérience néerlandaise :

- *Faut-il prendre en considération uniquement le projet national de 2002-2005 ou doit-on également tenir compte de ce qui l'a précédé ?*

Selon le choix opéré, le plan de travail sera très différent. En effet, si l'on tient compte de ce qui a précédé le lancement du projet national néerlandais, il faudrait – avant de débiter un projet national en Suisse – obtenir l'inclusion du genre au sein du SCLO et mener une étude pilote dans l'une des cinq facultés de médecine helvétiques.

La deuxième question concerne aussi le découpage du projet mené aux Pays-Bas entre 2002 et 2005 :

- *Faut-il transférer le projet national néerlandais en bloc ou est-il possible de procéder par étapes, voire de ne reprendre que certains aspects de ce projet ?*

Une politique du pas à pas aurait l'avantage d'étagérer les coûts et de faciliter ainsi le lancement de certains volets, mais cette manière de faire risque aussi d'entraîner une dispersion des forces et, par conséquent, d'affaiblir le projet dans son ensemble.

La troisième question porte sur l'organisation du projet néerlandais *Integrating Gender into the Core Curriculum*. celui-ci se caractérise, on l'a vu, par une forme d'ingérence, dans la mesure où la recherche-action a été menée par une équipe localisée dans l'une des huit écoles de médecine néerlandaises dans le but d'introduire le genre dans les sept autres centres de formation médicale du pays.

- *Une telle manière de faire est-elle helvético-compatible dans le contexte culturel fédéraliste qui est le nôtre ? Ne serait-il pas préférable de créer un groupe de travail national, tout en confiant éventuellement certains volets de la recherche-action à des équipes locales ?*

Faut-il rappeler que la souveraineté cantonale – dans le domaine de la santé comme de l'éducation – constitue une caractéristique forte de la culture politique helvétique et qu'à cela s'ajoutent encore des sensibilités différentes selon les zones linguistiques ? Dans ce contexte, une recherche-action menée depuis l'une des cinq facultés de médecine du pays dans les quatre autres serait, nous semble-t-il, susceptible de se heurter à de nombreuses résistances. Pour cette raison, la création d'un groupe de travail national – qui, le cas échéant, confierait certains volets de la recherche-action à des équipes locales – nous paraît une solution plus adaptée à notre réalité nationale.

La quatrième question porte sur la mise en place de cet éventuel groupe de travail « Genre et formation médicale prégraduée » et par conséquent sur le passage d'un niveau local à un niveau national.

- *Comment faire en sorte que les cinq facultés de médecine du pays soient représentées dans un tel groupe de travail, tout en garantissant la présence de personnes ayant déjà des connaissances dans le domaine genre et médecine ? Comment procéder pour qu'un tel groupe de travail bénéficie d'une légitimité au niveau national tant auprès de la direction des différentes facultés de médecine que de l'OFSP, voire encore d'autres instances fédérales ?*

¹⁶⁷ Pour un résumé, voir celui qui figure au début de ce rapport.

L'étude exploratoire menée au sein de l'École de médecine de Lausanne a permis non seulement de dresser un état des lieux de l'enseignement genre, mais également d'identifier les personnes ayant développé des compétences dans ce domaine au niveau local. Aussi, estimons-nous qu'il serait opportun de dresser un état des lieux similaire pour les quatre autres facultés de médecine helvétiques afin d'identifier si possible des personnes ayant développé une approche genre dans chacune d'elles. Pour la formation de ce groupe de travail, nous recommandons de privilégier le critère des compétences dans le domaine genre et médecine plutôt que celui du statut institutionnel. Concernant la légitimité d'un tel groupe, serait-il possible d'obtenir pour commencer la caution de l'OFSP (à la fois par l'intermédiaire du projet Gender Health et par le biais de la division des professions médicales), puis sur cette base celle de la direction des différentes facultés de médecine ?

La cinquième question a trait aux possibilités de financement d'un projet national en Suisse ayant l'ampleur de la recherche-action menée entre 2002 et 2005 aux Pays-Bas, projet qui a bénéficié d'un subside de recherche d'une valeur de près d'un demi-million de francs suisses.

- *Quelles sont en Suisse les possibilités de financement d'une recherche-action visant l'intégration du genre dans la formation médicale prégraduée ?*

A notre connaissance, la Suisse ne connaît pas d'organisme analogue à celui qui a financé le projet *Integrating Gender into the Core Curriculum* aux Pays-Bas. Aussi, trouver une instance en mesure d'assurer le financement d'une recherche-action pour près d'un demi-million de francs devrait faire l'objet d'un examen ad hoc. Mis à part les possibilités offertes par le Fonds national de la recherche scientifique (FNS), les ressources des différentes universités ainsi que celles de l'OFSP, il faudrait également investiguer les possibilités offertes par le Secrétariat d'Etat à l'éducation et à la recherche (SER) dans le cadre du prochain message relatif à l'encouragement de la formation, de la recherche et de l'innovation pour la période 2013-2016, par l'Académie Suisse des sciences médicales ainsi que par la Conférence Universitaire Suisse (CUS). De manière plus générale, trois axes pourraient, nous semble-t-il, être mis en évidence lors de ces demandes de financement : la promotion des études genre, l'innovation pédagogique et la collaboration interuniversitaire.

5.2 QUELLES ACTIVITÉS POURRAIENT ÊTRE ENTREPRISES AU NIVEAU NATIONAL ?

Au cas où un groupe de travail national « Genre et formation médicale prégraduée » serait créé, trois domaines d'interventions s'ouvriraient à lui :

- a) un travail en vue de l'intégration du genre dans le catalogue suisse des objectifs d'apprentissage dans le domaine de la formation médicale prégraduée (SCLO) ;
 - b) l'élaboration d'un programme genre-type pour les études prégraduées de médecine ;
 - c) l'adoption de dispositions à même de soutenir l'enseignement genre en médecine sur le plan pédagogique et de garantir la formation des enseignant-e-s dans ce domaine.
- a) Dans le cadre des démarches en vues de l'intégration du genre dans le SCLO, le groupe de travail aurait à :
 - définir une stratégie ;
 - rédiger des propositions en s'appuyant sur les exemples étrangers ;
 - obtenir la validation de ces propositions sur le plan scientifique ;
 - mener le travail politique nécessaire à leur mise en œuvre.
 - b) Dans le cadre des démarches relatives à l'élaboration d'un programme genre-type pour les études prégraduées de médecine, le groupe de travail aurait à :
 - élaborer un argumentaire sur les apports de l'approche genre en médecine ;
 - examiner et adapter les choix faits à l'étranger en ce qui concerne les disciplines dans lesquelles le genre se doit d'être introduit et les thématiques à inclure de manière prioritaire dans l'enseignement ;

- établir un programme de cursus genre type ;
 - mener le travail politique nécessaire à sa diffusion et à sa mise en œuvre.
- c) Dans le cadre de l'adoption de dispositions à même de soutenir l'enseignement genre en médecine sur le plan pédagogique et de garantir la formation des enseignant-e-s dans ce domaine, le groupe de travail aurait à examiner les possibilités suivantes :
- création, au niveau national, d'un centre de ressources documentaires pour l'enseignement du genre en médecine sur le modèle du centre de compétences digitales de Nijmegen aux Pays-Bas ;
 - mise en place d'un enseignement genre on-line du type de celui élaboré au Canada dans le cadre du projet *Gender & Health Collaborative Curriculum* porté par les huit écoles de médecine de l'Etat de l'Ontario ;
 - invitation de professeur-e-s étranger-e-s chargé-e-s de dispenser un enseignement genre dans les différentes facultés de médecine du pays ;
 - constitution de compétences au niveau local en offrant une formation par des expert-e-s étrangers/ères ;
 - nationalisation des compétences dans le domaine « genre et médecine » en créant un groupe d'expert-e-s susceptibles d'intervenir dans plusieurs facultés de médecine – expert-e-s éventuellement réuni-e-s au sein d'un centre national de compétences « genre et médecine ».

6 ANNEXES

Annexe n° 1

Listes de 6 critères utilisés pour apprécier une intégration réussie du genre dans la formation prégraduée en médecine.

Recherche-action menée par l'équipe de la Prof. Toine Lagro-Janssen

VERDONK Petra, MANS L J L, LAGRO-JANSSEN Toine, „Integrating gender into a basic medical curriculum“, *Medical Education*, 2005, 39, pp. 1118-1125, cf. p. 1120

« Integrating Gender into the Core Curriculum »

Recherche-action menée par l'équipe de la Toine Lagro-Janssen aux Pays-Bas (2002-2005)

Critères pour apprécier une intégration réussie du genre dans la formation prégraduée en médecine

1. Les étudiant-e-s ont des connaissances dans le domaine genre et sont en mesure de percevoir les différences hommes-femmes dans les domaines suivants:
 - Les différents stades de la vie comme la ménopause, la puberté ou l'adolescence
 - La pharmacothérapie
 - Les maladies cardio-vasculaires
 - Les infections des voies urinaires, l'incontinence urinaire
 - La reproduction, en particulier la contraception, les maladies sexuellement transmissibles et l'infertilité
 - Les troubles alimentaires et le surpoids
 - Les dépendances à l'alcool, aux benzodiazépines
 - La dépression et les troubles anxieux
 - Les violences sexuelles et les abus, les abus d'enfants, la violence conjugale
 - Les troubles post-traumatiques
 - La sexualité, l'orientation sexuelle, les problèmes sexuels
 - La communication médecin-patient
 - Le genre et la culture
 - Des soins et une qualité des soins qui tiennent compte du genre
2. Les différences de genre sont incluses dans les objectifs finaux de la formation dispensée aux étudiant-e-s;
3. La formation dispensée aux étudiant-e-s porte aussi bien sur les aspects biomédicaux que socio-culturels des différences entre hommes et femmes;
4. La formation des étudiant-e-s dans le domaine genre court sur plusieurs années d'études (au min. 2 ans);
5. Les étudiant-e-s bénéficient d'un enseignement qui tienne compte du genre dans au moins 2 à 6 cours/modules (de 2 à 4 semaines) du cursus obligatoire;
6. Les étudiant-e-s ont la possibilité de suivre un cours à option facultatif sur le genre, éventuellement en combinaison avec un cours sur la culture et les questions ethniques.

Annexe n° 2

**Recommandations visant l'intégration du genre
dans 9 modules d'enseignement de l'école de médecine de Nijmegen (NL),**

Étude pilote de la professeure Toine Lagro-Janssen (1998-1999)

Tableau 2 extrait de :

VERDONK Petra, MANS L J L, LAGRO-JANSSEN Toine, „Integrating gender into a basic medical curriculum“, *Medical Education*, 2005, 39, pp. 1118-1125, cf. pp. 1121-1122

Table 2 Overview of proposed changes and adjustments that had been effectuated

Name of block	Study year	Proposed changes	Adjustments: No/Yes
Foundations and Methods (doctor and training)	1	1 Drawing attention to gender as a psychosocial factor in the biopsychosocial model	Yes
		2 Regarding medical culture: what do men and women find important in the execution of their duties as doctors?	No
		3 Discuss differences between how men and women present complaints	No
		4 Add a question on what male and female patients experience as ill/healthy	No
Regulation and Integration	1	1 Add to the textbook the general comment that gender can be a factor of variability in reactions to medication	Yes
		2 Include information about differences in medication side-effects between men and women	No
Metabolism 2	2	1 Incorporate gender differences, differences in prevalence and cause in the patient cases	Yes
		2 Attention to gender differences in questions about diagnosis and treatment of upper abdominal complaints, with special attention to sexual abuse	Yes
		3 Offer literature in a reader about sex differences in gastrointestinal disorders	No
		4 Abdominal pain is connected with sexual abuse. Is it possible to invite a female patient to the lecture?	Yes
		5 Data processing from a study on gender differences in digestive tract disorders, particularly constipation and faecal incontinence	Yes
		6 Include contraceptive and infertility aspects in the discussion of Crohn's disease	Yes
Water and salt metabolism 2	2	1 In the patient case about urinary tract infections, let the students distinguish gender in relation to policy	No
Circulation 2	2	1 Add a question about gender in relation with cardiovascular disorders	Yes
		2 Put gender-specific emphasis in self-study assignment and/or working group	Yes
		3 Address gender stereotyping towards patients	Yes
Foundations and Methods 3 (doctor and culture)	3	1 Add a lecture on gender/sex in the consulting room	Yes
		2 Differentiate between the genders concerning socioeconomic health differences	Yes
		3 Add gender-specific health care as a form of health care	Yes
Psychological Problems	3	1 In relation to anxiety, depression and somatisation: pay attention to gender differences in prevalence and presentation	No
		2 Further differentiation of gender with reference to the autonomic nervous system	No
		3 Extend the text on depression with information from the literature on depression and gender	No
		4 Attention to contraception, pregnancy, breast-feeding and toxicity of medication use in pharmacotherapy	No

Table 2 Continued

Name of block	Study year	Proposed changes	Adjustments: No/Yes
		5 Attention to differences between men and women concerning nature and consequences of addiction	No
Age-dependent Problems	4	1 Add a lecture that illustrates differences in approach to various age groups and gender on the basis of urinary tract infections*	Yes

*Family Practice**†

*

* Maximum integration of gender was already present in diverse themes in these blocks.

† The Family Practice co-ordinator was not consulted. The project leader acted as joint co-ordinator of this block.

Annexe n° 3

Plan d'études – Ecole de médecine de Lausanne

Année académique 2009-2010

(Document établi le 05. 10. 2009 par le Dr Raphaël Bonvin,
responsable de l'Unité de pédagogie de la FBM)

Plan d'études – École de médecine de Lausanne

		Examen fédéral de médecine (2 QCMs en août + 1 ECOS en septembre)									
M/Med 3	2010-11 début mai	Répétitoires: connaissances et pratiques cliniques						6 sem.			
		Travail de master 15c (dont 5c en 2 ^e année et 10c en 3 ^e année)						10 mois			
		10 mois de stages – min. 8 mois en clinique, max 5 mois à l'étranger Obligatoires (en mois): 1 médecine int., 1 chirurgie, 1 chez l'omnipraticien Fortement conseillés: pédiatrie, psychiatrie									
M/Med 2	2009-10	ExO M2.5 7c TCS M2.6 11c ECOS x8 5c						Travail de Master			
		M2.6 "Généralisme II" Médecine interne et générale								3 sem. (Évt. 4 dès 2010)	
		M2.5 Cours intégrés Transplantation, Ttt de la douleur Méd. palliative Maltraitance Sexologie Toxicodépendance Sénologie Méd. aigüe								3 sem.	
		QCM M2.2 11c QCM M2.3 11c QCM M2.4 7c									
		M2.4 Cours généraux Médecine légale Hématologie Immunologie Chirurgie Neurochirurgie Génétique médicale Pharmaco clinique								3 sem.	
		M2.3 dès 2010-11 // Oncologie M. Infectieuses Hématologie								4 sem.	
M/Med 1	2008-09	M2.2 Endocrinologie Chirurgie Psychiatrie						4 sem.			
		M2.1 "Travail de Maîtrise" Méthodologie Démarrage travail master						3 sem.			
		mi-juillet fin-mars Cours-blocs MED 10c PSY PMU PED D/O 9c ORL GYN URPA CHG CHS 6c						16 sem.			
		Exa M1.4 5c									
		M1.4 "Généralisme I" Médecine interne et générale Urg. Ger. Psy.						3 sem.			
		QCM M1.1 9c QCM M1.2 9c QCM M1.7 2c QCM M1.3 7c									
B/BMed 3	2006-07	M1.2 "Mère-enfant" Gynéco-obstétrique Génét. Néonatalogie						7 sem.			
		M1.1 "Douleurs articulaires" Orthopédie, Rhumatologie Immunologie						7 sem.			
		M1.3 -1/sem ORL Derm. Opht.									
		M1.7 M1.8 M1.9									
		B3.6 "Immersion communaut." Immersion communautaire						4 sem.			
		QCM B3.4 08c QCM B3.5 08c QCM B3.7II 05c									
B/BMed 2	2005-06	B3.5 "Croissance" Pédiatrie Chir. pédiatrique Php Pha Pat Rx						5 sem.			
		B3.4 "Fonction sup. syst. neuro." Neurosciences (appareil psychique) Psychiatrie Neuro/chir						5 sem.			
		QCM B3.1 08c QCM B3.2 07c QCM B3.3 08c QCM B3.7I									
		B3.3 "Inflammation" Immunologie Néphrologie M. Infect.						5 sem.			
		B3.2 "Douleurs abdominales" Chir. général Hépto-gastro-entérologie Php Pha Pat Rx						4 sem.			
		B3.1 "Coeur-Poumon" Cardio/chir, angio Pneumo/chir Php Pha Pat Rx						5 sem.			
B/BMed 1	2004-05	QCM B2.4 09c QCM B2.5 07c QCM B2.6 09c QCM B2.7II 05c									
		B2.6 "Urogénital et homéostasie" Urogénital et homéostasie						5 sem.			
		B2.5 "Digestion, métabolisme" Digestion, métabolisme						4 sem.			
		B2.4 "Respiration, circulation" Respiration, circulation						5 sem.			
		QCM B2.1 07c QCM B2.2 09c QCM B2.3 09c QCM B2.7I									
		B2.3 "Neurosciences" Neurosciences						5 sem.			
B/BMed 1	2004-05	B2.2 "Sang, immunité, infection, cancer" Sang, immunité, infection						5 sem.			
		B2.1 "Cellule, organe système" Cellule, organe, système						4 sem.			
		QCM B1.3 12c QCM B1.4 11c QCM B1.5+Mn.11c									
		B1.5 "Médecine: Ind.-Com.-Soc." Anthro. Ethique Histoire Economie Droit Sociologie						4 sem.			
		B1.4 "Le système locomoteur" Anatomie Physiologie Neurosc. Physique						5 sem.			
		B1.3 "Le développement" Statistique Embryologie Physiologie Génétique Physique						5 sem.			
B/BMed 1	2004-05	QCM B1.1 15c QCM B1.2 11c									
		B1.2 "La cellule" Biol. moléculaire Biol. cellulaire Biochimie Histologie						5 sem.			
		B1.1 "La matière" Physique Chimie générale Chimie organique						9 sem.			

Diplôme fédéral de Médecine

Maîtrise universitaire en Médecine

(Master of medicine – MMed)
180 crédits ECTS

Baccalauréat universitaire en Médecine

(Bachelor of medicine – BMed)
180 crédits ECTS

UNIL Université de Lausanne
Faculté de biologie et de médecine
école de médecine

Annexe n° 4

**Thématiques à traiter dans une perspective genre
selon l'équipe de la Prof. Toine Lagro-Janssen.**

**Tableau récapitulatif
de la situation au sein de l'école de médecine de Lausanne en 2009-2010**

La situation lausannoise
à l'aune du critères des 14 thématiques à aborder dans une perspective genre
au cours du cursus prégradué selon l'équipe de Toine Lagro-Janssen

TABLEAU 1			
Thématiques identifiées par l'équipe de la Prof. Toine Lagro-Janssen comme nécessitant une approche genre	Ecole de médecine de Lausanne, année académique 2009-2010		
	Intégré	Insuffisamment Intégré	Remarques
1) Etape de la vie telles que la ménopause, la puberté et l'adolescence			Ces thèmes sont enseignés, mais apparemment pas dans une perspective genre
2) Pharmacothérapie			Seule la question des mesures à prendre avec les femmes enceintes est traitée
3) Maladies cardio-vasculaires	<ul style="list-style-type: none"> • 1^{ère} année : 1 sujet dans le séminaire « Genre et médecine » (MICS 1.5) • 5^e année : le cours dans le module "généralisme" est basé sur cet exemple • 2 sujets de master traitent de cette question 		Les cours officiels sur les maladies cardio-vasculaires n'intègrent apparemment le genre
4) Infections et incontinences urinaires			Ces thèmes sont enseignés, mais apparemment pas dans une perspective genre
5) Reproduction, en particulier les moyens contraceptifs, les maladies sexuellement transmissibles et l'infertilité	Le cours à option sur la santé sexuelle et reproductive donné en 3 ^e et 4 ^e année est donné dans une optique genre	La question de l'infertilité ne semble pas être abordée dans ce cours à option	<ul style="list-style-type: none"> • 1^{ère} année : le séminaire « Les dimensions sociales et humaines de la santé sexuelle et reproductive » (MICS 1.5) n'intègre apparemment pas la perspective genre • Il en va de même des cours de gynécologie
6) Troubles de l'alimentation et l'obésité			Ces thèmes sont enseignés, mais apparemment pas dans une perspective genre
7) Dépendances à l'alcool et aux benzodiazépines			<ul style="list-style-type: none"> • 1^{ère} année : le séminaire « Regards croisés sur les addictions » (MICS 1.5) n'intègre pas la perspective genre • Ces thèmes sont enseignés à divers moments dans le reste du cursus, mais apparemment pas dans une perspective genre.
8) Dépression et les troubles anxieux	1 ^{ère} année : 1 sujet sur ce thème dans le séminaire "genre et médecine" (MICS 1.5)		Ces thèmes sont enseignés dans des cours obligatoires et dans un cours à option, mais apparemment pas dans une perspective genre
9) Violence et abus sexuels, abus sexuels d'enfants, violence conjugale	<ul style="list-style-type: none"> • 1^{ère} année : 1 sujet sur la violence domestique dans le séminaire "genre et médecine" (MICS 1.5) • En 3^e et 4^e année, la violence domestique est abordée dans le cours à option sur la "santé sexuelle et reproductive" 	<ul style="list-style-type: none"> • En 3^e et 4^e année, ces thèmes sont abordés dans le cadre du cours à option « Violence et agressivité » • En 5^e année : ces thèmes sont abordés dans le cadre du cours obligatoire de médecine légale • En 5^e année : les abus sexuels chez les enfants sont abordés dans les cours intégrés sur la maltraitance 	

Thématiques identifiées par l'équipe de la Prof. Toine Lagro-Janssen comme nécessitant une approche genre	Ecole de médecine de Lausanne, année académique 2009-2010		
	Intégré	Insuffisamment intégré	Remarques
10) Trouble de stress post-traumatique			Ce the ne fait apparemment pas l'objet d'un enseignement spécifique au niveau prégradué
11) Sexualité, orientation sexuelle et problèmes sexuels	<ul style="list-style-type: none"> En 3^e et 4^e année, ces thèmes sont abordés dans le cours à option sur la santé sexuelle et reproductive En 5^e année : le cours obligatoire « Sexualité et médecine » aborde ces thèmes 	L'homosexualité féminine est beaucoup moins traitée que l'homosexualité masculine	
12) Styles de communication	<ul style="list-style-type: none"> En 3^e et 4^e année, ce sujet est traité en lien avec la thématique du cours à option sur la santé sexuelle et reproductive En 5^e année : le cours « Sexualité et médecine » consacre une séance au sujet « genre et langue » 	<ul style="list-style-type: none"> 1^{ère} année : le genre est mentionné dans 1 dia du cours obligatoire ex-cathedra sur les « Interactions soignant-soigné » (MICS 1.5) 	<ul style="list-style-type: none"> Le genre n'est apparemment pas intégré dans l'enseignement des « Clinical skills » durant l'ensemble du cursus, dont la communication médecin-malade constitue l'une des composantes
13) Genre & culture	1 ^{ère} année : le cours obligatoire ex-cathedra « Genre et médecine » (MICS 1.5) peut éventuellement entrer dans cette catégorie		Ce que recouvre cette thématique n'est pas très explicite dans les articles de l'équipe néerlandaise
14) Soins et qualité des soins prenant en compte le genre		1 ^{ère} année : le cours obligatoire ex-cathedra « Genre et médecine » (MICS 1.5) mentionne cet aspect	<ul style="list-style-type: none"> 1^{ère} année : le cours obligatoire ex-cathedra « La pratique médicale dans un système de santé » (MICS 1.5) n'intègre pas le genre 4^e année : la journée obligatoire sur les « systèmes de santé » n'intègre pas le genre (MICS 1.7) n'intègre pas le genre Les différents cours obligatoires d'éthique n'adoptent apparemment pas une perspective genre

Annexe n° 5

**Les grands axes de la réforme du cursus de formation médicale prégraduée
au sein de l'école de médecine de Lausanne au cours des années 2000**

Les grands axes de la réforme du cursus de formation médicale prégraduée à l'école de médecine de Lausanne

Initiée dans la première moitié des années 2000, cette réforme fait suite au rapport d'experts internationaux lors du processus d'accréditation des écoles de médecine helvétiques en 1999 ainsi qu'à la mise en œuvre du système de Bologne, avec sa partition entre années de Bachelor et de Master. Ces changements s'inscrivent également dans le sillage des modifications du cadre législatif fédéral qui réglait depuis la fin du 19^e siècle, l'exercice de la médecine en Suisse et, en particulier, l'examen fédéral de médecine. Initié dès 1997, le projet de Loi sur les Professions médicales (médecine humaine, médecine dentaire et médecine vétérinaire) (LPMed) a abouti en juin 2006 et la LPMed est entrée en vigueur en septembre 2007.

Concrètement, voici quelles ont été les principales innovations introduites à Lausanne lors de la réforme du cursus prégradué à l'école de médecine:

- D'un enseignement auparavant organisé par disciplines et placé pour l'essentiel sous la responsabilité des "grands patrons", on a passé à un enseignement organisé par modules thématique articulant plusieurs apports disciplinaires et dont le mode de gouvernance accorde un rôle important aux responsables de l'école de médecine ainsi qu'à d'autres acteurs impliqués dans la coordination de cet enseignement. Ce changement a demandé un travail d'intégration interdisciplinaire au sein de chaque module ainsi qu'un travail d'intégration longitudinal à même de garantir une progression coordonnée des connaissances au fil du cursus. Ce double travail ainsi que les objectifs d'apprentissage sont présentés dans les brochures décrivant chacun des modules d'enseignements ;
- Le passage à un enseignement modulaire a modifié la structure temporelle de l'apprentissage : plutôt que d'avoir plusieurs enseignements à petite dose durant toute l'année, l'enseignement est intensif sur une période relativement courte (la durée d'un module est de 3 à 9 semaines, mais la majorité d'entre eux se déroulent sur 4-5 semaines). Dès la 2^e année, certains enseignements – à savoir les modules longitudinaux (MICS, les clinical Skills, les cours à option et le travail de master) –, ont toutefois conservé la structure temporelle antérieure ;
- Le système de contrôle des connaissances a aussi changé puisque, suite à la réforme, chaque module se voit sanctionné par un examen (le plus souvent par QCM) ; ceux-ci sont actuellement regroupés à la fin de chaque semestre. La hiérarchie qui existait auparavant entre les enseignements obligatoires sanctionnés par un examen et ceux qui ne l'étaient pas (et qui par conséquent étaient peu suivis) se trouve donc aplanie. En effet, hormis les cours à option – qui sont toutefois liés à des crédits nécessaires – la totalité du cursus est devenue obligatoire.
- Une explicitation systématique des objectifs généraux et spécifiques d'apprentissage a été exigée des enseignant-e-s et ces objectifs, présentés dans les brochures décrivant chaque module, sont censés déterminer les questions d'examens ;
- Une évaluation des enseignements par les étudiant-e-s est devenue systématique ;
- Il y a eu une volonté de réduire la part, auparavant largement majoritaire, de l'enseignement ex-cathedra et de favoriser l'apprentissage en petits groupes. Si des progrès ont été faits en

ce domaine, l'enseignement ex-cathedra reste toutefois dominant (l'équivalent d'un 70% selon certaines estimations), contrairement à la situation aux Pays-Bas où le 70% de l'enseignement est donné en petits groupes¹ ;

- Avec le passage au système de Bologne, le découpage des unités de formation a été modifié : des deux années d'études pré-cliniques propédeutiques suivies des 4 années dites cliniques, on est passé aux trois années de Bachelor auxquelles succèdent trois années de Master dont une année de stages cliniques en 6^e et dernière année de formation ;
- Entre le milieu de la 4^e année et celui de la 6^e année, tous les étudiant-e-s sont également tenu-e-s de rédiger un travail de master. En revanche, comme par le passé, c'est avec l'examen fédéral de médecine passé à la fin de la 6^e année que s'achève le cursus de formation prégradué.

Sur le plan des contenus, on remarque les innovations suivantes :

- L'introduction d'un enseignement « Médecine-Individu-Communauté-Société » qui se développe sur les 4 premières années de formation et qui lie sciences humaines et sociales (anthropologie, sociologie, sociolinguistique, histoire & éthique), droit et économie, médecine psycho-sociale, médecine communautaire et santé publique. La première année, cet enseignement est donné dans le cadre d'un module de 4 semaines qui consacre une grande part aux apports des sciences sociales et humaines. Au cours des trois années suivantes, cet enseignement met davantage l'accent sur l'épidémiologie, la santé publique et la médecine communautaire ; il n'est plus donné en bloc mais de manière ponctuelle au cours de journées disséminées sur l'année académique ;
- L'introduction d'un module d'immersion communautaire en 3^e année (soit en 3^e année de Bachelor) au cours duquel les étudiant-e-s travaillent en groupe sous la supervision d'un-e expert-e et peuvent choisir leurs thématiques de travail ;
- L'introduction d'un enseignement de médecine générale : un premier module est donné en 4^e année (soit en 1^{ère} année de Master) et un second en 5^e année (soit en seconde année de Master) ; à cela s'ajoute encore un enseignement au cabinet du praticien ;
- L'introduction d'un premier choix de cours à option en 2^e année (soit en 2^e année de Bachelor) axés sur les sciences fondamentales et la recherche ainsi que d'un deuxième choix de 15 cours proposé à la fois en 3^e et 4^e année (soit en 3^e année de bachelor et en 1^{ère} année de Master) dont les thématiques sont plus larges ;
- Le regroupement de plusieurs enseignements sous une nouvelle dénomination – les « compétences cliniques » (les « Clinical skills ») : la sémiologie, les techniques de soins, les habilités cliniques, l'enseignement au lit du malade ainsi que les cours de médecine psycho-sociale ont été réunis dans un programme cohérent au sein duquel s'enseigne l'essentiel de la communication médecin-malade. Dispensées de manière longitudinale de la 2^e à la 5^e année (soit de la 2^e année de bachelor à la 2^e année de Master), les « compétences cliniques » recourent à la fois à de « vrai-e-s » patient-e-s » et à des patient-e-s simulé-e-s.

¹ Information fournie par Toine Lagro-Janssen lors de la séance de travail du vendredi 30 avril 2010.

Annexe n° 6

Gouvernance des études de médecine à Lausanne

Schéma A : La place de l'École de médecine de la Lausanne
au sein de la FBM, de l'UNIL et du CHUV

Schéma B : L'organisation de l'École de médecine à Lausanne

Schéma A

La place de l'École de médecine de Lausanne au sein de la FBM, de l'UNIL et du CHUV

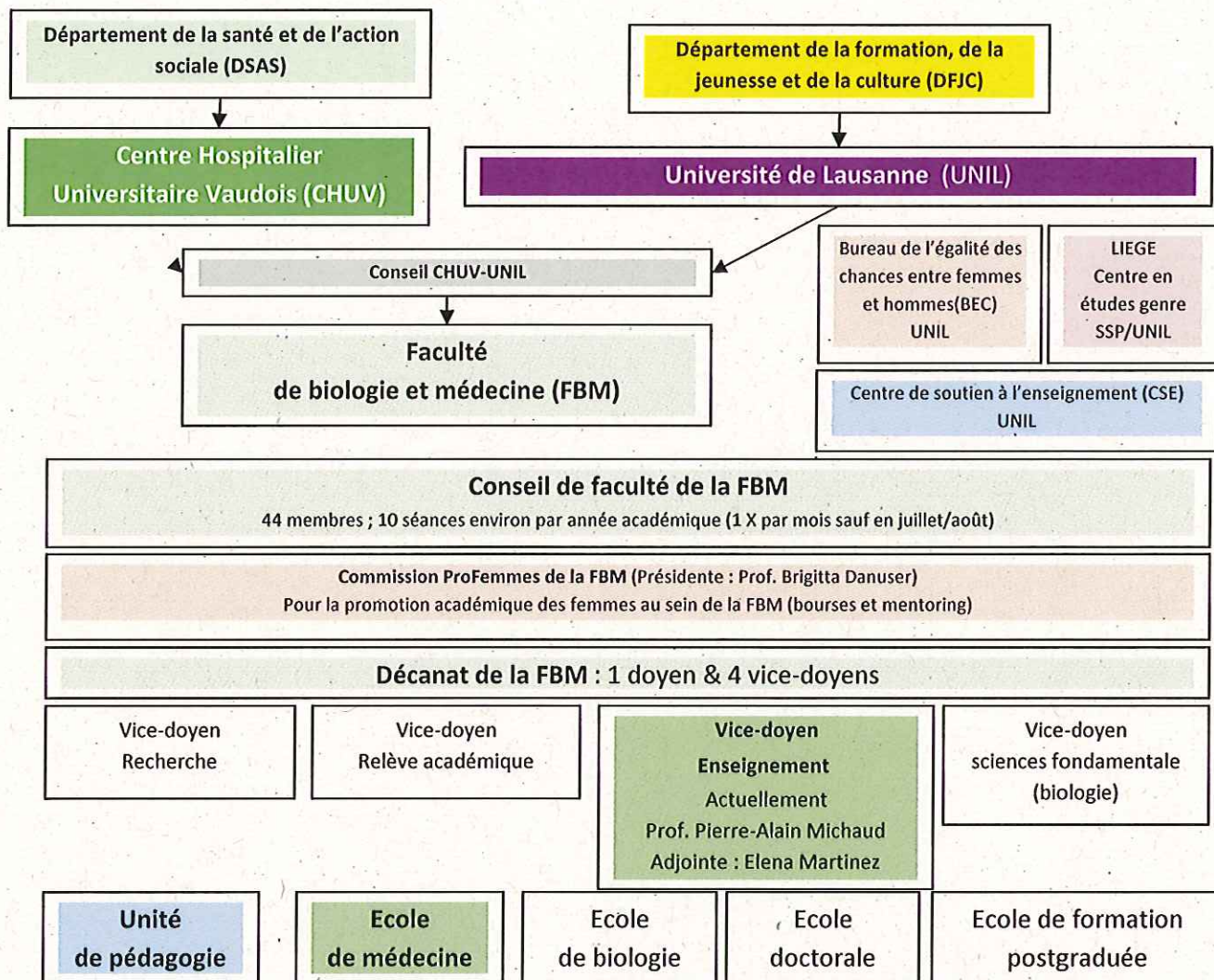
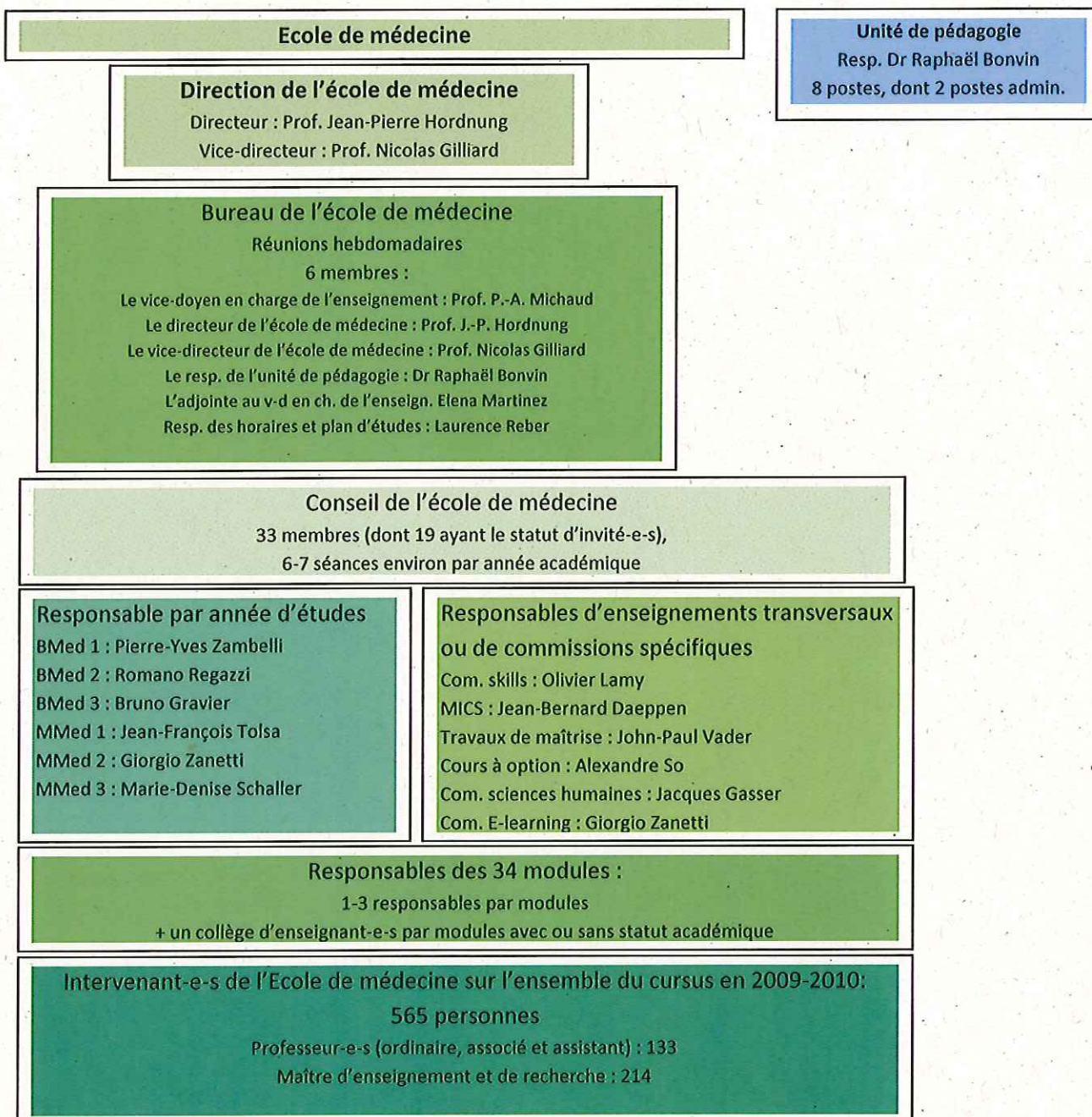


Schéma B

Organisation de l'École de médecine



Annexe n° 7

Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training
(SCLO)

Juin 2008

Table des matières

&

Citations des objectifs faisant mention du genre

Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training

Under a mandate of the Joint Commission of the Swiss Medical Schools



H. Bürgi
B. Rindlisbacher
Ch. Bader
R. Bloch
F. Bosman
C. Gasser
W. Gerke
J.P. Humair
V. Im Hof
H. Kaiser
D. Lefebvre
P. Schläppi
B. Sottas
G.A. Spinass
A.E. Stuck

Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training - June 2008

Working Group under a Mandate of the Joint Commission of the Swiss Medical Schools

Approved by the Joint Commission of the Swiss Medical Schools (SMIFK/CIMS), 18th June 2008

Web site: <http://www.smifk.ch>

Copyright © 2008

All rights reserved.

This material may be reproduced in full for educational, personal, or public non-commercial purposes only. For all other uses, including translation, written permission is required. Any modification, rearrangement or alteration of the material is strictly forbidden.

Written permission is required for all other uses.

How to reference this document:

Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training - June 2008

Working Group under a Mandate of the Joint Commission of the Swiss Medical Schools

Correspondence to:

University of Bern

Institute of Medical Education

Inselspital 37a

CH-3010 Bern

Switzerland

www.iml.unibe.ch

Table of Content

Preface	p. 1
1. Introduction.....	p. 4
1.1 The first edition of The Catalogue.....	p. 4
1.2 The second edition of The Catalogue, its legal basis, and the definition of goals of undergraduate training.....	p. 4
1.3 The reasons for a second edition of The Catalogue.....	p. 5
1.4 Changes in the second edition	p. 5
1.5 Outlook	p. 8
1.6 Composition of the Working Group.....	p. 8
1.7 Heads of Specialty Panels for Discipline Related Objectives.....	p. 9
1.8 Acknowledgements.....	p. 10
2. How to use this Catalogue.....	p. 12
2.1 Structure of The Catalogue.....	p. 12
2.2 Definition of Problems, Levels and Letters	p. 13
2.3 Code of Objectives (Objective-ID)	p. 16
2.4 Cross-Referencing.....	p. 16
3. General Objectives.....	p. 18
3.1 Introduction.....	p. 18
3.2 Medical Expert (ME).....	p. 20
3.3 Communicator (CM)	p. 25
3.4 Collaborator (CL)	p. 27
3.5 Manager (MA).....	p. 29
3.6 Health Advocate (HA)	p. 31
3.7 Scholar (SC)	p. 32
3.8 Professional (PR).....	p. 34
4. Problems as Starting Points for Training	p. 37
5. General Skills	p. 48
6. Discipline- Related Objectives.....	p. 55
6.1 Internal Medicine (IM).....	p. 56
6.2 Pharmacotherapy (PT)	p. 71
6.3 Surgery (SU).....	p. 73
6.4 Pediatrics (PE).....	p. 87
6.5 Gynecology - Obstetrics (GO)	p. 99
6.6 Psychiatry (PS).....	p. 105
6.7 Ophthalmology (OP).....	p. 110
6.8 Dermatology (DE).....	p. 115
6.9 Otorhinolaryngology (OT)	p. 120
6.10 Radiology and Nuclear Medicine (RN)	p. 126
6.11 Public Health, Insurance- and Occupational Medicine (PH).....	p. 129
6.12 Forensic Medicine (FM).....	p. 136

Les références au genre dans le SCLO

Chapitre 6 : Discipline-related objectifs

6.2 Pharmacotherapy

Sous la rubrique « variation interindividuelle et individualisation des traitements », l'un des objectifs stipule que :

C PT 10 « influence on drug metabolism of gender, diet, tobacco and alcohol, naturally occurring and polluting substances (including enzyme induction and inhibition) » (cf. p. 71)

Chapitre 6 : Discipline-related objectifs

6.11 Public Health, Insurance- and Occupational Medicine

Sous la rubrique « termes de base et concepts de santé publique », les objectifs suivants se réfèrent indistinctement à la notion de genre et de sexe :

C PH 3 « concepts in social medicine and social epidemiology: social class, socio-economic status, social mobility, gender, ethnicity, social networks, cultural changes » (cf. p. 129)

C PH 4 « explanations for differences in health and utilization of healthcare services of population groups, according to age, sex, social status, ethnicity » (cf. p. 129)

Annexe n° 8

BLUEPRINT 2001:
Training of doctors in The Netherlands.
Adjusted objectives of undergraduate medical education in The Netherlands

Table des matières

&

Citations des objectifs faisant mention du genre

**Blueprint 2001:
training of doctors in The Netherlands**

*adjusted objectives of
undergraduate medical education
in The Netherlands*

Edited by:

J.C.M. Metz
A.M.M. Verbeek-Weel
H.J. Huisjes

Translated in English by:

T.E.& J.E. David
A. van de Wiel
M.L.B. Gorsira

INDEX

PREFACE TO BLUEPRINT 1994.....	4
PREFACE TO BLUEPRINT 2001	7
1. INTRODUCTION.....	9
1.1 Background of the project.....	9
1.2 The 'Adjustment Blueprint 1994' Project	9
1.3 Supervisory Committee and Project Group.....	10
2. DEVELOPMENTS IN DUTCH LEGISLATION.....	12
2.1 Law on Higher Education and Scientific Research.....	12
2.2 Law on Professions in Individual Health Care	12
2.3 European Guidelines	13
3. BLUEPRINT 2001: EXPLANATION	15
3.1 General.....	15
3.2 Layout of Blueprint 2001	17
3.3 Method	18
3.4 Problems and Choices	19
4. BLUEPRINT 2001: PROFILE OF THE DOCTOR BY THE END OF UNDERGRADUATE MEDICAL EDUCATION (unaltered with regard to 1994).....	23
5. BLUEPRINT 2001: GENERAL OBJECTIVES	25
5.1 Introductory remarks	25
Knowledge, skills and professional conduct with respect to:	
5.2 medical aspects.....	26
5.3 scientific aspects	35
5.4 personal aspects	37
5.5 aspects related to society and the health care system.....	40
6. BLUEPRINT 2001: PROBLEMS AS STARTING POINTS FOR TRAINING.....	43
6.1 Explanation.....	43
6.2 List of problems.....	44
LITERATURE	53

Les références au genre dans le Blueprint néerlandais de 2001

Les références au genre se trouvent principalement dans le chapitre consacré aux objectifs généraux (5 sur 7).

ASPECTS MEDICAUX

Sous cet aspect, on trouve 4 des 5 mentions figurant dans le chapitre consacrés aux objectifs généraux :

La première se trouve au début de la description de ces compétences (point 5.2):

« One of the doctor's responsibilities is to analyse and try to resolve independently people's problems relating to health and sickness. In doing so, he must be aware of the fact that gender, age and cultural background are important factors affecting the interpretation and management of health problems. » (cf. p. 29)

La seconde mention a trait à l'analyse des problèmes (point 5.2.5) :

« The doctor is able to consider complaints against the patient's background, taking into account:

- the patient as an individual (personal perception, interpretation and presentation of complaints, age, sex-related differences in symptoms and presentation of illness, cultural background, social context, previous history)
- epidemiological facts
- mutual influence of work, health and sickness » (cf. p. 32)

Etonnamment, c'est uniquement la notion de sexe qui est utilisée ici, alors même que ces différences peuvent aussi bien avoir une origine biologique que socio-culturelle.

La troisième mention se situe dans le domaine du plan de traitement (point 5.2.8)

« The doctor is able to:

- choose among a number of possible management strategies in consultation with the patient, on the basis of the patient's request for help and the findings from the diagnostic process. In making this choice the doctor takes account of the expected effects of treatment in relation to the natural history, patient-related factors (such as gender, age, preferences and wishes of the patient, personal and family circumstances, compliance), possible side-effects, complications, the need for care and the continuity of care, possible co-morbidity, and costs » (cf. p. 33-34)

La quatrième mention figure sous la même rubrique mais a trait à la pharmacothérapie (point 5.2.8)

« The doctor is able to:

- choose the medication (taking into account among other things the patient's age, gender and environmental factors, possible pregnancy, acceptance by the patient, contraindications, interactions, side-effects and risk of medicalization) » (cf. p. 35)

(point 5.4.1), il est exigé du médecin:

« an unbiased attitude towards patients, regardless of the doctor's and the patient's gender, phase of life, socio-economic status, education, ethnic background, culture, sexual preference and philosophy of life and regardless of the nature, prognosis and stage of the patient's health problem or disability » (cf. p. 42)

La cinquième mention du genre est liée aux connaissances, compétences et à l'attitude professionnelle des médecins au niveau des aspects personnels, qui comprennent trois volets : la relation médecin-patient, le fonctionnement personnel et les interactions entre travail et vie privée. Au niveau de la relation médecin-patient (point 5.4.1), il est exigé du médecin :

« an unbiased attitude towards patients, regardless of the doctor's and the patient's gender, phase of life, socio-economic status, education, ethnic background, culture, sexual preference and philosophy of life and regardless of the nature, prognosis and stage of the patient's health problem or disability » (cf. p. 42)

Affirmer que le genre ne devrait pas avoir d'impact sur la relation médecin-patient va à l'encontre de ce qui se passe dans les faits, comme l'ont montré à ce jour de nombreuses études scientifiques. Aussi, l'on comprendra que cette exigence s'inscrit ici dans une volonté de lutter contre toute forme de discrimination, que l'on retrouve également clairement formulée dans le chapitre précédent du Blueprint, consacré au profil du médecin au terme de sa formation prégraduée :

« (The doctor) has the appropriate attitudes

- In order to function as a doctor, he is dedicated to and feels responsible for the physical, mental and social well-being of others. He possesses interpersonal and communication skills: he shows respect for the patient, Irrespective of gender, race, age, social and economic status, education, cultural background, sexual preferences and philosophy of life. Furthermore, he can give information to the patient in words that the patient can understand and he is sufficiently able to empathize with the patient and his environment. » (cf. p. 26)

Enfin, dans le Blueprint de 2001, on trouve une septième et dernière mention du genre dans le chapitre 6, qui définit l'approche par problèmes dans la formation médicale :

« With the list of problems as starting points for training, the importance of the process of clinical reasoning and acting is stressed. The list of problems gives an overview of the problems every doctor must have encountered in the undergraduate medical curriculum (or which serve as a basis for medical educational design) and should be able to handle correctly. 'Correct handling' can also mean not taking action but referring the patient to the appropriate person. It is also important that factors like age, gender and cultural background are taken into account in addressing problems, because they sometimes require a specific approach. (cf. p. 50-51)

Annexe n° 9

Loi fédérale sur les professions médicales universitaires (Loi sur les professions médicales, LPMéd)

Articles 6, 7 et 8

Loi fédérale sur les professions médicales universitaires

(Loi sur les professions médicales, LPMéd)

du 23 juin 2006 (Etat le 1er septembre 2007)

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,
vu l'art. 95, al. 1, de la Constitution¹,
vu le message du Conseil fédéral du 3 décembre 2004²,

arrête:

Chapitre 3 Formation universitaire

Section 1 Objectifs généraux

Art. 6 Connaissances, aptitudes et capacités

1. A la fin de leur formation universitaire, les personnes qui suivent une filière d'études doivent posséder les connaissances, les aptitudes et les capacités suivantes:
 - a) disposer des bases scientifiques nécessaires pour prendre des mesures préventives, diagnostiques, thérapeutiques, palliatives et de réhabilitation;
 - b) comprendre les principes et les méthodes de la recherche scientifique;
 - c) savoir reconnaître et évaluer les facteurs de maintien de la santé et en tenir compte dans leur activité professionnelle;
 - d) être capables de conseiller, de suivre et de soigner leurs patients en collaboration avec des membres d'autres professions;
 - e) être capables d'analyser les informations médicales et les résultats de recherches, d'évaluer leurs conclusions de façon critique et de les appliquer dans leur activité professionnelle;
 - f) savoir tirer des enseignements de la collaboration interdisciplinaire avec des membres d'autres professions;
 - g) connaître les bases légales régissant le système suisse de protection sociale et de la santé publique et savoir les appliquer dans leur activité professionnelle;
 - h) être capables de déterminer si les prestations qu'ils fournissent sont efficaces, adéquates et économiques, et savoir se comporter en conséquence;
 - i) comprendre les rapports entre l'économie, d'une part, ainsi que la santé publique et les structures de soins, d'autre part.
2. Elles doivent être capables d'appliquer ces connaissances, ces aptitudes et ces capacités dans leur activité professionnelle et de les perfectionner en permanence.

Art. 7 Compétences sociales et développement de la personnalité

Les programmes de formation doivent concourir au développement de la personnalité et des compétences sociales des étudiants afin qu'ils puissent faire face aux exigences professionnelles futures. Ils doivent en particulier permettre aux étudiants:

- a) de reconnaître et de respecter les limites de l'activité médicale ainsi que leurs propres forces et faiblesses;
- b) d'appréhender la dimension éthique de leur activité professionnelle et d'assumer leurs responsabilités envers l'individu, la société et l'environnement;
- c) de respecter le droit à l'autodétermination des patients dans le cadre du traitement.

Section 2 Objectifs spécifiques des formations

Art. 8 Médecine humaine, médecine dentaire et chiropratique

Les personnes ayant terminé leurs études de médecine humaine, de médecine dentaire ou de chiropratique doivent:

- a) connaître les structures et les mécanismes fonctionnels de base du corps humain nécessaires à l'exercice de leur profession, du niveau moléculaire à celui de l'organisme, dans toutes les phases d'évolution et à tous les stades compris entre la santé et la maladie;
- b) maîtriser, dans leur champ d'activité professionnel, le diagnostic et le traitement des troubles de la santé et des maladies fréquents ainsi que des affections qui nécessitent une intervention d'urgence;
- c) être capables de prescrire les médicaments de façon professionnelle, respectueuse de l'environnement et économique;
- d) reconnaître les signes cliniques importants relevant des domaines professionnels voisins et adapter leur activité aux problèmes plus importants dont ils relèvent;
- e) être capables de résumer et de communiquer leurs observations et leurs interprétations;
- f) comprendre les problèmes de santé de façon globale et savoir identifier en particulier les facteurs et les conséquences de nature physique, psychique, sociale, juridique, économique, culturelle et écologique, et en tenir compte dans la résolution des problèmes de santé aux niveaux individuel et collectif;
- g) comprendre les patients en tant qu'individus ainsi que dans leur environnement social et accéder à leurs requêtes ainsi qu'à celles de leurs proches;
- h) œuvrer en faveur de la santé humaine en donnant des conseils et en prenant les mesures de prévention et de promotion nécessaires dans leur champ d'activité professionnel;
- i) respecter la dignité et l'autonomie des personnes concernées, connaître les principes de base de l'éthique, être familiarisées avec les différents problèmes éthiques qui se posent dans leur profession et se laisser guider, dans leurs activités professionnelle et scientifique, par des principes éthiques visant le bien des êtres humains.

Annexe n° 10

CanMEDS roles Framework 2005

Table des matières

&

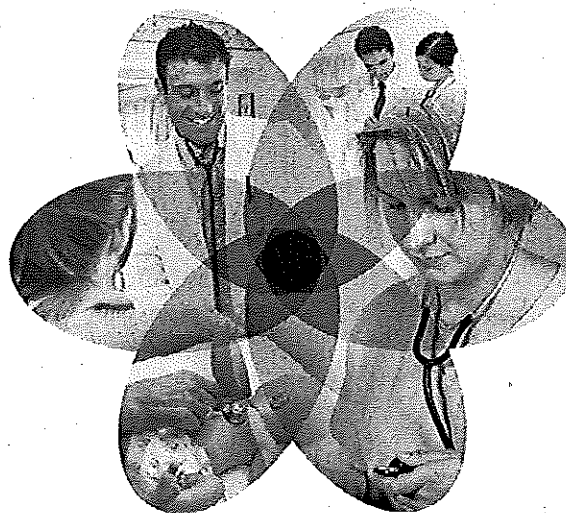
Représentation graphique

&

Extraits des passages faisant mention du genre

Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins

L'excellence des normes, des médecins et des soins.



Rédacteur :

Jason R. Frank, MD, MA (Ed) FRCPC

Bureau de l'éducation

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

La publication de ce document a été financée en partie par une subvention du
Fonds de dotation CRMCC/AMS
pour la recherche et le développement en éducation médicale,
créé conjointement par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
et Associated Medical Services Inc.

Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins
L'excellence des normes, des médecins et des soins.

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
774, promenade Echo
Ottawa (Ontario) K1S 5N8 Canada
Téléphone : 1-800-668-3740 ou 613-730-8177
Télécopieur : 613-730-3707
Site Web : <http://crmcc.medical.org>
Courriel : canmeds@crmcc.edu

Droit d'auteur © 2005 Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
Tous droits réservés.
Ce document peut être reproduit en totalité pour des fins éducatives, personnelles
ou non commerciales publiques seulement.
Il faut obtenir l'autorisation écrite du Collège royal pour toutes les autres utilisations,
y compris l'utilisation commerciale de l'illustration CanMEDS ou de son cadre.

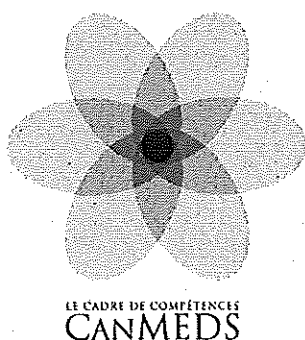
Imprimé à Ottawa (Ontario), Canada

ISBN # : 0-9739158-1-1

Comment citer ce document en référence :

Frank, JR. (éd.). 2005. Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins. L'excellence des
normes, des médecins et des soins. Ottawa : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Note : Des parties de ce document sont tirées de : Frank, JR., Jabbour, M., Fréchette, D., Marks, M., Valk, N.,
Bourgeois, G. réd. Rapport des groupes de travail CanMEDS de la Phase IV. Ottawa : Le Collège royal des
médecins et chirurgiens du Canada. Mars 2005.



Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins

Table des matières

L'excellence des normes, des médecins et des soins.

Au sujet du CRMCC

Notre Vision :

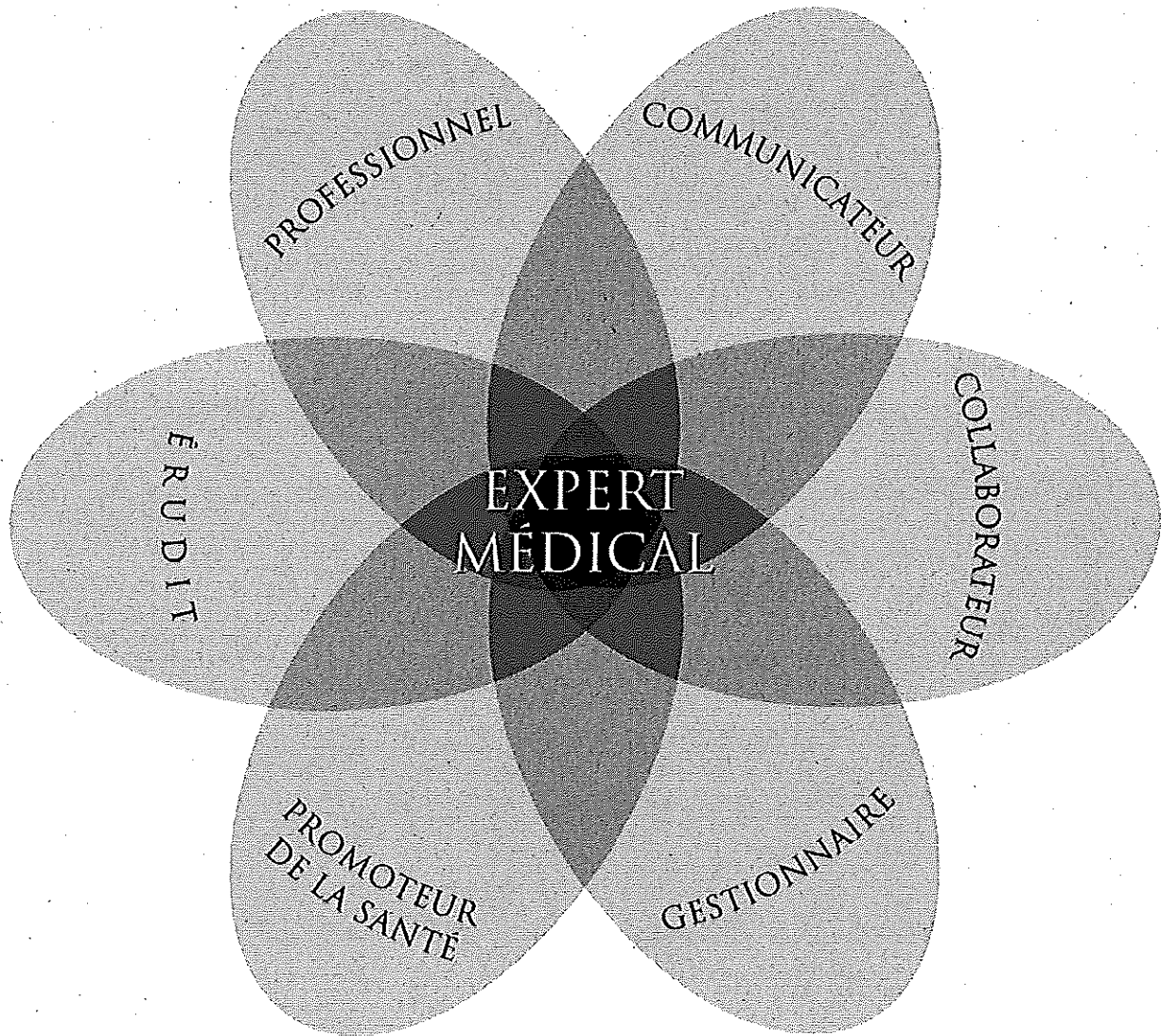
Un peuple canadien en excellente santé et un leadership en médecine spécialisée

RAISON D'ÊTRE :

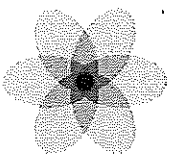
Créé en vertu d'une loi spéciale du Parlement en 1929, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) est un organisme privé d'envergure nationale et sans but lucratif qui regroupe 39 000 médecins spécialistes de 92 pays voués à assurer la qualité des soins de santé et les normes les plus élevées en la matière. Le CRMCC est le porte-parole établi de la médecine spécialisée au Canada.

Le Collège royal joue un rôle pivot dans la définition des normes nationales sur l'éducation, l'évaluation et la certification des spécialistes de la médecine et de la chirurgie dans 60 spécialités et programmes spéciaux. Le Collège oblige ses membres à maintenir leur compétence pendant toute leur carrière. Ses interventions visent à appuyer le contexte le plus approprié à la pratique de la médecine spécialisée et les meilleurs soins aux patients. Le Collège n'est ni un organisme de réglementation (autorisation) ni une entité disciplinaire. Sa mission porte avant tout sur l'éducation et l'application de normes rigoureuses. Le Collège royal contribue aussi à l'élaboration de saines politiques sur la santé.

Avant-propos	iv
Préface	v
Introduction : Cadre des compétences essentielles des médecins	1
L'élaboration du cadre CanMEDS	4
Quoi de neuf dans le cadre CanMEDS 2005?	7
Le cadre CanMEDS 2005 : les rôles du médecin	9
Expert médical	9
Communicateur	12
Collaborateur	15
Gestionnaire	17
Promoteur de la santé	19
Érudit	21
Professionnel	23
Remerciements	25
Annexe A : La taxonomie éducationnelle CanMEDS des niveaux de compétence	
Annexe B : Définition des rôles CanMEDS 2005	
Annexe C : Ressources CanMEDS	



LE CADRE DE COMPÉTENCES
CANMEDS





Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins

L'excellence des normes, des médecins et des soins

Communicateur

Définition :

Comme *communicateurs*, les médecins facilitent efficacement la relation médecin-patient et les échanges dynamiques qui se produisent avant, pendant et après le contact médical.

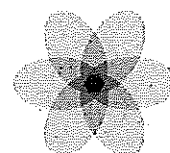
Description :

Les médecins permettent une communication thérapeutique axée sur les patients en partageant la prise de décision et échangeant de façon dynamique avec les patients, les membres de leur famille, les pourvoyeurs de soin, des professionnels de la santé et d'autres personnes importantes. Les compétences de ce rôle sont essentielles pour établir une relation et la confiance, établir un diagnostic, fournir de l'information, chercher à instaurer la compréhension mutuelle et faciliter un plan de soin partagé. Une communication médiocre peut produire des résultats non souhaités et la communication efficace joue un rôle crucial dans l'évolution optimale de l'état de santé des patients. L'application de ces compétences en communication et la nature de la relation médecin-patient varient selon les spécialités et les modes d'exercice de la médecine.

Éléments :

- Approche de la communication axée sur les patients
- Lien, confiance et éthique dans la relation médecin-patient
- Rapports thérapeutiques avec des patients, les membres de leur famille²³ et les soignants
- Relations médecin-patient diverses en fonction de pratiques médicales différentes
- Prise de décision partagée
- Concordance
- Compréhension mutuelle
- Empathie
- Capacité de compassion, caractère digne de foi, intégrité
- Flexibilité dans l'application des compétences spécialisées
- Processus interactif
- Compétence relationnelle dans les échanges
- Capacité d'obtenir et de résumer de l'information pour le soin des patients
- Efficience
- Exactitude
- Transmission d'information orale et écrite efficace pour le soin des patients
- Écoute efficace
- Utilisation de la communication verbale et non verbale experte
- Respect de la diversité
- Attention aux aspects psychosociaux de la maladie
- Communication de mauvaises nouvelles
- Traitement des enjeux en fin de vie
- Divulgarion d'erreurs ou d'événements indésirables
- Consentement éclairé
- Évaluation de la compétence
- Documentation appropriée
- Communication publique et avec les médias, le cas échéant

²³ Silverman J, Kurtz S, Draper J. 1998 Skills for Communicating with Patients. Grande-Bretagne : Radcliff Medical Press. 5-11



Communicateur

Compétences principales :

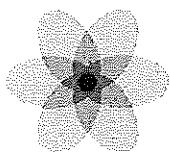
Les médecins peuvent...

1. développer des relations thérapeutiques basées sur la confiance et respectueuses de l'éthique avec les patients et les membres de leur famille;
2. obtenir et résumer avec précision les renseignements pertinents et les points de vue des patients et des membres de leur famille, de confrères et d'autres professionnels;
3. fournir avec exactitude des renseignements pertinents et des explications aux patients et aux membres de leur famille, à des confrères et à d'autres professionnels;
4. établir une compréhension commune d'enjeux, de problèmes et de plans avec les patients et les membres de leur famille, des confrères et d'autres professionnels afin de mettre en oeuvre un plan de soin partagé;
5. fournir des renseignements verbaux et écrits efficaces au sujet d'un contact médical.

Objectifs spécifiques :

Les médecins peuvent...

1. **Établir un rapport, la confiance et des relations thérapeutiques respectueuses de l'éthique avec les patients et les membres de leur famille.**
 - 1.1. Reconnaître que le fait d'être un bon communicateur constitue une technique clinique essentielle pour les médecins et qu'une communication médecin-patient efficace peut favoriser la satisfaction du patient et du médecin, l'observation du traitement et une amélioration des résultats cliniques.
 - 1.2. Établir avec les patients et les membres de leur famille des relations thérapeutiques positives caractérisées par la compréhension, la confiance, le respect, l'honnêteté et l'empathie.
 - 1.3. Respecter le caractère confidentiel des renseignements du patient, sa vie privée et son autonomie.
 - 1.4. Écouter efficacement.
 - 1.5. Être à l'affût des indices non verbaux et y répondre.
 - 1.6. Faciliter efficacement un contact clinique structuré.
2. **Trouver et résumer avec précision les renseignements pertinents et les points de vue des patients et des membres de leur famille, de confrères et d'autres professionnels.**
 - 2.1. Réunir de l'information sur une maladie, mais aussi sur les croyances d'un patient, ses préoccupations, ses attentes et le vécu de sa maladie.
 - 2.2. Chercher et résumer des renseignements pertinents provenant d'autres sources comme les membres de la famille du patient, ses pourvoyeurs de soin et des professionnels de la santé.
3. **Fournir avec exactitude des renseignements pertinents et des explications aux patients et aux membres de leur famille, à des confrères et à d'autres professionnels.**
 - 3.1. Présenter à un patient et aux membres de sa famille, à des confrères et à d'autres professionnels, des renseignements de façon humaine et compréhensible qui encourage la discussion et la participation à la prise des décisions.

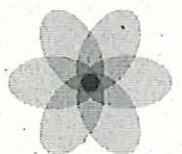


Communicateur

Version GB

4.2. Respect diversity and difference, including but not limited to the impact of gender, religion and cultural beliefs on decision-making

4. Établir une compréhension commune des enjeux, problèmes et des plans de traitement avec les patients et les membres de leur famille, des confrères et d'autres professionnels afin de mettre en oeuvre un plan de soin partagé.
 - 4.1. Définir et explorer efficacement les problèmes auxquels il faut s'attaquer à la suite d'une entrevue avec un patient, y compris le contexte du patient, ses réponses, préoccupations et préférences.
 - 4.2. Respecter la diversité et la différence, y compris l'effet de la problématique hommes-femmes, de la religion et des croyances culturelles sur la prise de décision.
 - 4.3. Encourager la discussion, les questions et l'échange au cours de l'entrevue.
 - 4.4. Faire participer les patients, les membres de leur famille et les professionnels de la santé compétents, à la prise de décision partagée afin d'élaborer un plan de soin.
 - 4.5. S'attaquer efficacement à des problèmes de communication qui posent un défi comme lorsqu'il s'agit d'obtenir un consentement éclairé, d'annoncer une mauvaise nouvelle et de faire face à la colère, à la confusion et à l'incompréhension.
5. Transmettre des renseignements verbaux et écrits efficaces au sujet d'un contact médical.
 - 5.1. Tenir des dossiers clairs, exacts et appropriés (p. ex., écrits ou électroniques) sur les entrevues cliniques et les plans de traitement.
 - 5.2. Présenter efficacement des compte-rendus verbaux au sujet d'entrevues cliniques et de plans de traitement.
 - 5.3. Présenter efficacement au public ou aux médias, le cas échéant, de l'information médicale au sujet d'un problème médical.





Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins

L'excellence des normes, des médecins et des soins.

Collaborateur

Définition :

Comme *collaborateurs*, les médecins travaillent efficacement dans une équipe de soins de santé afin de prodiguer des soins optimaux aux patients.

Description :

Les médecins travaillent en partenariat avec d'autres intervenants qui participent de manière appropriée au soin de personnes ou de groupes de patients en particulier. Ce partenariat est de plus en plus important dans un contexte multiprofessionnel moderne où les soins axés sur le patient sont un but largement partagé. Les équipes modernes de soins de santé regroupent non seulement des professionnels qui collaborent de près à un même endroit, comme une équipe d'étage, mais aussi des équipes élargies qui comptent tout un éventail de points de vue et de compétences spécialisées et oeuvrent à de multiples endroits. Il est donc essentiel pour les médecins de pouvoir collaborer efficacement avec les patients, les membres de leur famille et une équipe interprofessionnelle d'experts médicaux pour donner des soins, une formation et des connaissances spécialisées optimaux.

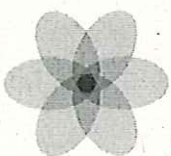
Éléments :

- Soins, culture et environnement fondés sur la collaboration
- Prise de décision partagée
- Partage de connaissances et d'information
- Délégation
- Équipes efficaces
- Respect des autres médecins et des membres de l'équipe de santé
- Respect de la diversité
- Dynamique d'équipe
- Leadership fondé sur les besoins des patients
- Négociation constructive
- Résolution, gestion et prévention des conflits
- Structures organisationnelles qui facilitent la collaboration
- Compréhension des rôles et des responsabilités
- Reconnaissance de ses rôles et de ses limites personnels
- Consultation efficace en ce qui a trait à la dynamique de la collaboration
- Soins primaires efficaces – collaboration avec les spécialistes
- Collaboration avec des organismes communautaires
- Collectifs de pratique
- Soins de santé interprofessionnels
- Soins de santé multiprofessionnels
- Apprentissage en collectivité
- Questions de genre

Compétences principales :

Les médecins peuvent...

1. participer efficacement et comme il se doit à l'activité d'une équipe interprofessionnelle de soins de santé;
2. collaborer efficacement avec d'autres professionnels de la santé afin d'éviter des conflits interprofessionnels, de les négocier et de les résoudre.



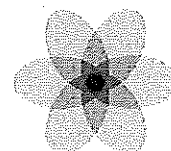
Collaborateur

Objectifs spécifiques :

Les médecins peuvent...

1. **Participer efficacement et comme il se doit à l'activité d'une équipe interprofessionnelle de soins de santé.**
 - 1.1. Décrire clairement leurs rôles et leurs responsabilités à d'autres professionnels.
 - 1.2. Décrire les rôles et les responsabilités d'autres professionnels membres de l'équipe de soins de santé.
 - 1.3. Reconnaître et respecter la diversité des rôles, des responsabilités et des compétences d'autres professionnels par rapport aux leurs.
 - 1.4. Collaborer avec d'autres personnes pour évaluer, planifier, prodiguer et intégrer des soins à des patients en particulier (ou des groupes de patients).
 - 1.5. Collaborer, le cas échéant, avec d'autres intervenants pour évaluer, planifier, prodiguer des soins et revoir d'autres tâches comme des problèmes de recherche, de la formation, l'examen de programmes ou des responsabilités administratives.
 - 1.6. Participer efficacement à des réunions d'équipes interprofessionnelles.
 - 1.7. Établir des relations d'interdépendance avec d'autres professions pour prodiguer des soins de qualité.
 - 1.8. Décrire les principes de la dynamique d'équipe.
 - 1.9. Respecter l'éthique de l'équipe, y compris la confidentialité, l'affectation des ressources et le professionnalisme.
 - 1.10. Faire preuve, le cas échéant, de leadership dans une équipe de soins de santé.

2. **Collaborer efficacement avec d'autres professionnels de la santé afin d'éviter des conflits interprofessionnels, de les négocier et de les résoudre.**
 - 2.1. Respecter leurs confrères et les membres d'une équipe interprofessionnelle.
 - 2.2. Collaborer avec d'autres professionnels pour prévenir les conflits.
 - 2.3. Recourir à la négociation fondée sur la collaboration pour résoudre des conflits.
 - 2.4. Respecter les différences, les malentendus et les limites chez d'autres professionnels.
 - 2.5. Reconnaître leurs propres différences, incompréhensions et limites qui peuvent contribuer à la tension entre professionnels.
 - 2.6. Réfléchir sur le fonctionnement de l'équipe interprofessionnelle.



Annexe n° 11

Intégrer le genre dans le CanMEDS 2005

Proposition du *Gender and Health Collaborative Curriculum*

Ontario (Canada)

Octobre 2008

Gender Competencies

1. Medical Expert

Key Competency

The graduating student will know the difference between sex and gender and be able to apply a gender lens for approaching any medical problem from a gender perspective.

Enabling Competencies (Objectives)

Students are able to...

- 1.1 Analyze gender as a social determinant of health
- 1.2 Describe the complex interactions between the various social determinants of health across the life cycle.
- 1.3 Describe concepts of “difference” and how an understanding of difference can be applied in the clinical setting.
- 1.4 Describe how sex and gender affect risk factors, diagnosis, screening, presentation, management plans and follow-up of common medical problems.
- 1.5 Demonstrate an ability to recognize and respond to violence against women and other vulnerable populations (children, the disabled, elders...).

2. Communicator

Key Competency

The graduating student will be able to elicit and synthesize information from a patient, family or community from a gender perspective, outline sex and gender based influences on health and describe approaches for dealing with them

Enabling Competencies (Objective)

- 2.1 Demonstrate sensitivity to all forms of difference (economic, cultural, sexual, religious etc.) when communicating with patients and/or their families.
- 2.2 Demonstrate an ability to find common ground, respect for autonomy and empower patients for their own health acknowledging marginalized populations may have had negative health care experiences or have not accessed health services for fear of this.
- 2.3 Demonstrate an ability to interpret sex and gender based difference for patients and engage in a discussion of the effect of social factors on health.

3. Collaborator

Key Competency

The graduating student will be able to consult with other physicians and other health care professionals to develop strategies for addressing gender and other social determinants of health for individuals and populations.

Enabling Competencies (Objectives)

- 3.1 Demonstrate an ability to develop a management plan that addresses sex and gender based factors in collaboration with members of an interdisciplinary team.

4. Manager

Key Competency

The graduating student will be able to identify ways to make the operation of the Canadian healthcare system more responsive to gender inequity in policies and programs.

Enabling Competencies (Objectives)

Students are able to ...

- 4.1 Describe the difference between gender as a social determinant of health and as an equity issue
- 4.2 List gender influences in global and Canadian medical history and the current system of medical education.

- 4.3 Identify gender and sex-based differences in quality healthcare delivery and access in ambulatory care, hospital and other healthcare settings.

5. Health Advocate

Key Competency

The graduating student will be able to identify gender biases in health care access and delivery and propose ways to address gender in patient care.

Enabling Competencies (Objectives)

Students are able to...

- 5.1 Identify gender influences and sex-based differences in formal and informal health care access and delivery.
- 5.2 Respond to patients' changing needs and circumstances and effectively mobilize appropriate resources.
- 5.3 Apply a broad base of information and describe how to mobilize appropriate resources to respond to patients' changing needs and circumstances.
- 5.4 Explain the effect of gender on health at the individual, family, community and global levels.
- 5.5 Describe the role of physicians and strategies for addressing gender and all social determinants of health for individuals and populations.
- 5.6 Describe how the intersection of gender and other determinants of health (education, economic resources...) relate to health outcomes.
- 5.7 Demonstrate an ability to recognize and address violence and power imbalance at the patient, community and societal levels.

6. Scholars

Key Competency

The graduating student will be able to recognize and analyze gender bias in research design, implementation and analysis.

Enabling Competencies (Objectives)

Students are able to ...

- 6.1 Critically review the evidence for gender as a determinant of health.
- 6.2 Include sex and gender-based analysis in any review of evidence or literature.
- 6.3 Describe how an understanding of gender and social determinants of health can be integrated into existing practice standards.
- 6.4 Interpret and apply current evidence and standards of practice in the context of the individual patient.

7. Professional

Key Competency

The graduating student will be able to perform clinical duties in a manner that is nonbiased and in which all patients and their families feel safe and receive good care.

Enabling Competencies (Objectives)

Students able to...

- 7.1 Demonstrate self-awareness by discussing how such things as learning style and personality type might influence ones career path.
- 7.2 Reflect on one's own socialization along gender lines (growing up and medically) and describe the possible effects on self as a physician.
- 7.3 Initiate and conduct a medical interview that is sensitive to and addresses the health-related effects of gender as well as other social determinants of health.
- 7.4 Assess one's own attitudes and beliefs in care for patients who may be of a different or unfamiliar gender or sexual orientation, and describe how this could impact care.

- 7.5 Demonstrate comfort caring for people at all points on the spectrum of gender and sexuality, recognizing your own need to enhance skills or learn more.
- 7.6 Demonstrate an ability and willingness to employ strategies to address any biases or assumptions which may interfere with providing care to patients..
- 7.7 Describe the process for reporting a suspected case of abuse of a patient and initial steps for helping the patient.
- 7.8 List local faculty or other academic resources for medical students experiencing or wondering about harassment.
- 7.9 Act with an awareness of the power imbalance between physicians and patients and the potential abuse of this power.

Annexe n° 12

Objectifs genre pour la formation médicale prégraduée en Allemagne

Proposition de la Prof. Brigit Babitsch dans le cadre du projet national
visant à intégrer le genre dans toutes les disciplines

«Gender in bachelor+master courses »
<http://www.gender-in-gestufte-studiengaenge.de>

CURRICULA | MEDICINE AND HEALTH | MEDICINE

also relevant for Health Sciences, Nursing, new degrees in health professions (Physiotherapy)

TEACHING/COURSE OBJECTIVES:

The category of gender plays a central role in the medical profession. Alongside biological differences, social differences also affect the development of medical disorders and are important for diagnosis and medical treatment. Moreover, the interaction between doctor and patient cannot be regarded in isolation from their gender and the associated roles.

The teaching of medicine thus has a key role in enabling students to recognise gender-specific differences and to use these insights in their own medical practice. As well as teaching cognitive knowledge, medical degrees should sensitise students to their own gender roles and existing gender stereotypes, alongside their significance for their activities as doctors. At the end of their degrees, students should be capable of using the gender perspective as an important assessment and behavioural dimension in their practice as doctors.

TEACHING CONTENT/SUBJECT-SPECIFIC GENDER STUDIES CONTENT:

By the end of their degrees, students should have gained skills and knowledge in the following areas¹, which should be specified for the individual subjects in question:

- Knowledge of sex differences² in basic medicine (including anatomy, physiology) and in the development and prevalence of medical disorders, and their significance for prevention and medical care
- Knowledge and skills regarding appropriate examination methods for men and women
- Taking the gender perspective into account in all necessary medical decisions
- Awareness of gender-specific differences in social roles and living conditions, and their influence on pathogenesis, diagnosis, prevention and medical treatment
- Reflection on their own gendered personalities and their significance for their activity as doctors
- Knowledge and awareness of the influence of gender on communication and interaction with patients and development of gender-appropriate communication and interaction
- Ability to assess teaching/learning materials and academic publications, critically regarding appropriateness from a gender perspective, i.e. looking at whether both sides of gender-specific aspects taken into adequate account to assess the possibilities and limitations of application
- Ability to assess the extent to which medical practice and healthcare structures are gender-inclusive and which changes might be necessary.

Medicine is still a long way from systematically establishing women's and gender studies and integrating gender-specific content into teaching. However, there have been several initiatives to implement gender-specific content in medicine degrees at several different universities in the past few years.

The above catalogue of skills and knowledge indicates the extent to which gender-specific content should be integrated into medicine degrees. A combination of top-down and bottom-up processes is ideal for specifying the individual skills and knowledge for the respective subject areas. During these processes, specific targets can be developed, ultimately leading to a gender-sensitive curriculum. This would ensure that gender-specific content is systematically integrated into medicine degrees, and also relevant in examinations.

In addition, further long-term steps are essential to integrate women's and gender studies into medical teaching and develop learning targets and examination criteria:

- 1 Processing the existing sex/gender-specific knowledge in medicine and its significance for anamnesis, diagnosis, prevention and therapy
- 2 Generation of gender-specific knowledge, to be integrated into teaching through targeted research (e. g. gender-specific teaching/learning material)
- 3 Adaptation of the very detailed international gender-related learning targets catalogues (e. g. APGO - Women's Health Care Competencies for Medical Students 2005) to the specific training situation at German medical faculties
- 4 Close cooperation and establishment of a dialogue with all areas of medicine on the various sex/gender-related differences in the development of medical disorders and their treatment/prevention
- 5 Initiation of discussion processes at university level, leading to a re-evaluation of women's and gender studies as an innovative area and an important quality indicator for medical training and care (e. g. through the establishment of professorships for women's and gender studies in medicine).

FORMS OF INTEGRATION OF GENDER STUDIES CONTENT INTO THE CURRICULUM:

The integration of gender-specific content should take place in two ways:

- 1 Across the curriculum by addressing gender-specific content in all standard seminars, lectures, etc.
- 2 Specifically by offering seminars and lectures explicitly related to gender.

On point 1, women's and gender studies content is significant for most pre-clinical subject areas (first section of degree courses) and in all clinical areas (second degree section), and should be appropriately presented and taught.

On point 2, offering seminars and lectures explicitly related to gender can ensure that the influence of sex and gender on medical disorders and care (including prevention) is presented in the overall context in general teaching sessions, and that specific subjects such as the gender-specific consequences of violence on health can be dealt with in greater detail. To ensure sustainable integration, appropriate learning targets should be formulated for all subjects (see point 2 above), forming the basis of a gender-sensitive curriculum.

DEGREE STAGE:

Gender-related content should be continuously integrated into medicine degrees, i.e. from the first to the last semester, varying according to subject and level. For instance, it has proved practical to offer an introductory seminar on "Gender in Medicine" at the beginning of the degree (e. g. at the Medical University of Vienna) to teach cognitive knowledge and sensitise students to gender-related issues and their own gender roles.

[Literature + Links + Network]

PROVIDED BY:

[Dr. Birgit Babitsch]
Luisenstr. 65
10117
030/45053-9069
birgit.babitsch@charite.de

[More experts for the subject]

CURRICULA OF RELATED SUBJECTS:

[Pharmacy] [Public Health] [Therapies]

Annexe n° 13

Objectifs genre pour la formation médicale prégraduée aux USA

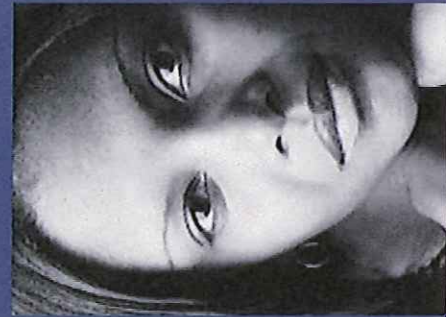
« Women's Health Care Competencies for Medical Students.
Taking Steps to Include Sex and Gender Differences in the Curriculum »

Sommaire, introduction et aperçu des thématiques
du catalogue d'objectifs élaboré par
le *Women's Healthcare Education Office (WHEO)*
de l'*Association of Professors of Gynecology and Obstetrics (APGO)*



Women's Health Care Competencies for Medical Students

Taking Steps to Include Sex and Gender Differences in the Curriculum



APGO | Women's Healthcare Education Office (WHEO)

Women's Health Care Competencies for Medical Students: Taking Steps to Include Sex and Gender Differences in the Curriculum

Association of Professors of Gynecology and Obstetrics (APGO)
Women's Healthcare Education Office (WHEO)

Editors

APGO Multidisciplinary Women's Health Education Task Force

Joanna Cain, MD
Professor, Department of Obstetrics and Gynecology
Chair, Center for Women's Health
Oregon Health & Science University

Glenda Donoghue, MD
Emerita Betty A. Cohen Chair of Women's Health
Clinical Professor of Radiology
Drexel University College of Medicine

Sonya Erickson, MD
Assistant Professor
Department of Obstetrics and Gynecology
University of Colorado Health Sciences Center

Diane Magrane, MD
Associate Vice President for Faculty Development
and Leadership Programs
Association of American Medical Colleges (AAMC)

Jennifer Potter, MD
Assistant Professor, Department of Internal Medicine
Harvard Medical School
Director, Women's Health Program and
Director, Women's Health Education
Beth Israel Deaconess Medical Center

Roberta Rusch, MPH
Director, Women's Healthcare Education Office (WHEO)
Association of Professors of Gynecology and
Obstetrics (APGO)

Tamara Stein, MA
Instructor
Department of Anatomical Sciences
University of Michigan Medical School

Invited Editors

Jamie Spencer, MS
Medical Writer/Editor

Barbara Schindler, MD
Vice Dean for Education
Drexel University College of Medicine

Deborah Danoff, MD
Associate Vice President, Division of Medical Education
Association of American Medical Colleges

Larry D. Gruppen, PhD
Chair, Department of Medical Education
Josiah Macy, Jr., Professor of Medical Education
Department of Medical Education
University of Michigan Medical School

Reproduction Information

This resource can be used and reproduced for educational purposes only and cannot be used for commercial gain. The APGO Women's Healthcare Education Office recommends acknowledging the resource using the citation below. Permission to use figures, tables and other materials from other sources found in this publication must be obtained from the original author.

Suggested Citation

APGO Women's Healthcare Education Office. *Women's Health Care Competencies for Medical Students: Taking Steps to Include Sex and Gender Differences in the Curriculum*. Crofton, MD: Association of Professors of Gynecology and Obstetrics, 2005.

Disclaimer

Readers should understand that the purpose of *Women's Health Care Competencies for Medical Students* is to identify those areas of medicine where, as of 2004, significant issues have been identified that are important to the appropriate health care and prevention of illness in women. It is not our intent to identify all issues — only those that exhibit known sex and/or gender differences, or have important health implications for women. The reader should also recognize that in this field of lively, ongoing research, additional significant issues are being identified daily. While the issues and topics are changing, the competencies are essential and enduring.

The identified references include hyperlinks to articles and home pages on the Internet that may have changed since release of this publication.

Contact Information

To learn more about the Association of Professors of Gynecology and Obstetrics (APGO) and the APGO Women's Healthcare Education Office, please visit the APGO Web site at www.apgo.org. For questions related to this resource or the online version found at www.apgo.org/wheocomp, please contact Roberta Rusch at rrusch@apgo.org.



Association of Professors of Gynecology and Obstetrics
2130 Priest Bridge Drive, Suite #7
Crofton, Maryland 21114
(410) 451-9560
www.apgo.org

Table of Contents

SECTION ONE: 2

Introduction

Developing *Women's Health Care Competencies for Medical Students*
Importance to Medical Education
Women's Health Care Competencies: ONLINE

SECTION TWO: 4

Women's Health Care Competencies for Medical Students (Topic Outline)

SECTION THREE: 6

Background Data

Definitions
Understanding the Competencies Grids

SECTION FOUR: 8

Competencies Grids

SECTION FIVE: 98

Acknowledgements and Contributors

SECTION ONE: Introduction

2

Developing Women's Health Care Competencies for Medical Students

In November 2000, the Women's Healthcare Education Office (WHEO) of the Association of Professors of Gynecology and Obstetrics (APGO) held the APGO Interdisciplinary Women's Health Education Retreat, "Undergraduate Medical Education in Women's Health: Today and Tomorrow," in Chantilly, VA. During the retreat, attendees from many disciplines in the basic, clinical and social sciences worked to identify key knowledge and skills (competencies) pertaining to sex and gender differences in women's health and disease.

Using the information developed at the 2000 retreat, a newly formed Multidisciplinary Women's Health Education Task Force organized and edited the *Women's Health Care Competencies for Medical Students*¹ booklet. This document describes eight competencies and includes potential topics for instruction for each competency. The document's purpose is to address curricular gaps and redundancies in the current medical school curriculum and to provide the minimal standard to ensure that medical students, regardless of their future specialty, graduate with the knowledge and skill to competently care for women.

Following this publication, two working groups — the APGO Undergraduate Medical Education Committee (UMEC) and the National Centers of Excellence in Women's Health Professional Education Working Group (CoE PEWG) — were charged with developing a set of learning objectives for an assigned competency. The resultant tables were intended to serve as a model to guide medical schools as they adapt the competencies to suit their own programs. Each table included learning objectives, the levels of professional competency described by GE Miller, and the Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) Outcome Project Toolbox of Assessment Methods. In addition, the groups linked each objective to the ACGME core competencies, and identified reference materials for medical students and teachers. Their work is included in the document *Women's Health Care Competencies: Sample Learning Objectives for Undergraduate Medical Education*.²

A supplement issue to the *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (AOG), titled "Implementing Women's Health Competencies into the Undergraduate Medical School Curriculum," and dedicated to the outcomes of the APGO Interdisciplinary Women's Health Education Retreat 2000, was released in September 2002.

The success of these efforts led to another interdisciplinary retreat in 2003, "The Future of Women's Health: Performance-based Tools for Today's Medical Schools," was held June 13-15, 2003, again in Chantilly, VA. At the retreat, 64 health science educators from 14 specialties and numerous subspecialties gathered to work in small groups. Using the APGO UMEC and CoE PEWG model, each group wrote sets of learning objectives, as well as identified evaluation methods, ACGME competencies, and references for each objective for the remaining competencies. Their work, along with the updated learning objectives from *Women's Health Care Competencies: Sample Learning Objectives for Undergraduate Medical Education*, is included in this document.

Importance to Medical Education

The need for organizing contemporary science, sound medical education methods, and interdisciplinary educational partnerships to promote medical education is clear. The Institute of Medicine (IOM) has clearly stated that "sex and gender matter" in understanding the science and delivery of health care.³ The Strategic Plan of the Association of American Medical Colleges (AAMC) identified a need to better align educational content and goals with "evolving society needs, practice patterns, and scientific developments." The first phase of the AAMC's Medical School Objectives Project (MSOP)⁴ outlined important categories of learning objectives for medical students and added a challenge to develop learning objectives to reform medical school curricula. The authors recognized that "the learning objectives of an educational program are most valuable when the desired outcomes can be measured" and closed with a further challenge to develop assessment methods for the objectives identified in the MSOP report.

These activities, as well as the communication of expectations of learning and outcomes, are addressed in the Liaison Committee for Medical Education (LCME) standards for the Educational Program for the M.D. Degree.⁵ The APGO WHEO and its interdisciplinary colleagues in women's health education recognized these needs and have addressed many of these challenges in developing women's health competencies for medical student education.

These competencies were developed to address the need for models of well-designed interdisciplinary curricula that focus on the differences of sex and gender across the basic, clinical, and social sciences that provide the foundations of good medicine. Medical students must know the basic differences in sex and gender in health and disease by the time they graduate from medical school.

Our ultimate goal is to optimize women's health care by teaching medical students how to recognize and address sex- and gender-based differences as they relate to the health of individuals and of populations. We began this process by identifying a set of women's health care competencies and developing a comprehensive set of learning objectives based upon them. We believe the next logical step is the development and implementation of interdisciplinary curricula showcasing this material.

The learning objectives found in this resource are designed to enable faculty at the nation's medical schools to address conditions that are more common or present differently in women in a comprehensive and integrated fashion. The deliberate attention paid to cultural and socioeconomic concerns throughout the document transcends traditional medical education recognizing that variables, including age, culture, ethnicity, and sexual orientation also impact health and illness in critical ways. We hope that the impact of each of these, and other variables that we may not have considered, will be remembered by the educators who use these learning competencies.

SECTION ONE: Introduction

3

As the experts developed the learning objectives and as the APGO Multidisciplinary Women's Health Education Task Force edited the competencies tables, three important factors were considered:

1. health and illness are sex- and gender-specific in causation, response, and systems;
2. the historical focus on sex- and gender- "neutral" research and care contributed to disparities, especially among women; and
3. contemporary models of education are increasingly interdisciplinary with assessment of competency based upon observable outcomes.

This resource focuses on medical student education, but assists at all levels of professional education. This philosophy underlies the process, learning objectives, and competency-based approach employed throughout the APGO Women's Health Care Competencies project. As this project moves forward, APGO remains committed to the idea that by identifying and addressing gender inequalities throughout medical school curricula today, we will substantively improve women's health tomorrow. At baseline, APGO's learning objectives will help medical school faculties enhance teaching in traditional biomedical content areas such as anatomy and physiology. This, however, is only the beginning. Alongside such materials, educators will find tools that will help them teach and assess patient-clinician communication, physical exam, and counseling skills.

Thus, this resource brings to medical educators contemporary approaches in education with up-to-date knowledge of clinical practice and science. Teaching and assessing competency in women's health is, therefore, a critical step for changing the patterns of care practiced by tomorrow's physicians.

Women's Health Care Competencies: ONLINE

The APGO Women's Health Care Competencies are also available on the APGO Web site in a searchable format. The Women's Health Online Curriculum Builder will allow users to build specialized curricula using a tool called *MyCurriculum*

from learning objectives they select, similar to adding items to an online shopping cart. Users can search for learning objectives in a number of ways, including: a key word search; an advanced search; by selecting an area of competency from an outline format; or by selecting from a set of model curricula developed by women's health educators. Word matching will be done on the text of the learning objective and the references (if the user chooses to do so).

Each search method results in a set of learning objectives, along with their respective level of competence, suggested evaluation methods, related ACGME competencies and references. Users can select the checkbox next to any of the learning objectives they want to add to *MyCurriculum*. At any point, users can display, review, and edit their custom-built *MyCurriculum*. Users will be able to save and retrieve curricula they have built, as well as post newly created curricula on the Web site for others to view and use. New curricula can be printed and used to develop courses or to evaluate entire programs. The Women's Health Online Curriculum Builder is available at www.apgo.org/whcoomp.

¹Cain J, Donoghue G, Magrane D, Rusch R, Silver E, editors. Women's health care competencies for medical students. Washington, DC: Association of Professors of Gynecology and Obstetrics, 2001.

²Cain J, Donoghue G, Magrane D, Rusch R, Silver E, editors. Women's health care competencies: sample learning objectives for undergraduate medical education. Crofton, MD: Association of Professors of Gynecology and Obstetrics, 2002.

³Institute of Medicine (U.S.): Committee on Understanding the Biology of Sex and Gender Differences. Exploring the biological contributions to human health: does sex matter? Wetzmann TM, Pardue ML, editors. Washington, DC: National Academies Press, 2001.

⁴The Medical School Objectives Writing Group. Learning Objectives for Medical School Education - Guidelines for Medical Schools: Report I of the Medical School Objectives Project. Available from: www.aamc.org/meded/msop. Accessed 12/13/04. Washington, DC: Association of American Medical Colleges, 1999.

⁵Liaison Committee for Medical Education (LCME). Educational Program for the M.D. Degree. Available from: <http://www.lcme.org/functionalist.htm#educational%20program>. Accessed 12/13/04. Chicago: Washington, DC: Liaison Committee for Medical Education, 2004.

TIMELINE

- 1996 — APGO hosts Interdisciplinary Women's Health Education Conference in September at the Westfields Marriott Conference Center in Chantilly, VA.
- 1997 — APGO Women's Healthcare Education Office (WHEO) is established.
- 1998 — Interdisciplinary Women's Health Care Education Special Interest Group is organized within the Women in Medicine (WIM) program at the AAMC Annual meeting.
- 2000 — APGO WHEO hosts the 2000 APGO Interdisciplinary Women's Health Education Retreat. "Undergraduate Medical Education in Women's Health: Today and Tomorrow," on November 10-12 at the Westfields Marriott Conference Center in Chantilly, VA.
- A special theme issue in *Academic Medicine*, titled "A New and Wider View: Women's Health as a Catalyst for Reform of Medical Education," is published. *Acad Med.* 2000 Nov;75(11).
- 2001 — *Women's Health Care Competencies for Medical Students* is published.
- 2002 — *Women's Health Care Competencies: Sample Learning Objectives for Undergraduate Medical Education* is published.
- A supplement issue to the *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (AJOG), titled "Implementing Women's Health Competencies into the Undergraduate Medical School Curriculum," is published. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 Sep;187(3 Suppl).
- 2003 — APGO WHEO hosts the 2003 APGO Interdisciplinary Women's Health Education Retreat. "The Future of Women's Health: Performance-based Tools for Today's Medical Schools," on June 13-15 at the Westfields Marriott Conference Center in Chantilly, VA.
- 2004 — Women's Health Online Curriculum Builder Web site is launched and available at www.apgo.org/whcoomp.
- 2005 — *Women's Health Care Competencies for Medical Students: Taking Steps to Include Sex and Gender Differences in the Curriculum* is published.

SECTION TWO: Women's Health Care Competencies for Medical Students (Topic Outline)

4

Graduates of medical schools will be able to:

- I. Explain sex and gender differences in normal development and pathophysiology as they apply to prevention and management of diseases.
 - A. Compare differences in biological functions, development, and pharmacologic response in males and females.
 1. Normal Physical and Psychological Differentiation and Development
 2. Anatomic Differences in the Adult
 3. Hormonal Variation over the Life Span
 4. Cognition and Behavior
 5. Sexual Response, Function, and Dysfunction
 6. Reproduction, Contraception, and Sterilization
 7. Pharmacology
 - B. Discuss the pathophysiology, etiology, differential diagnosis, and treatment options for conditions that are more common, more serious, or have interventions that are different in women.
 1. General
 2. Autoimmune Diseases
 3. Bone and Joint Disease
 4. Osteoporosis
 5. Soft Tissue Disorders
 6. Occupational/Environmental Health
 7. Breast Disease
(See also Comp. VI.2.(f) Breast Cancer and Comp. VI.12.g. Breast-feeding)
 8. Cardiovascular Diseases
 9. Endocrine
 10. Gastrointestinal (GI) Disorders
 11. Fecal Incontinence
 12. Urologic Conditions
 - C. Discuss the pathophysiology, etiology, differential diagnosis, and treatment options for conditions and functions that are specific to women.
 1. Uterine Bleeding
 2. Amenorrhea/Oligomenorrhea
 3. Dysmenorrhea
 4. Premenstrual Syndrome/Premenstrual Dysphoria Disorder (PMS/PMDD)
 5. Endometriosis
 6. Induced Pregnancy Termination
 7. Normal Pregnancy and Birth
 8. Vaginal Bleeding - Third Trimester
 9. Preeclampsia-Eclampsia Syndrome
 10. Spontaneous Pregnancy Loss and Ectopic Pregnancy
 11. Preterm Labor
 12. Maternal and Newborn Mortality
 13. Perinatal Psychiatric Disorders
 14. Menopause and Possible Sequelae
(See also Comp. VI.15. Postmenopausal Hormone Replacement Therapy)
 13. Pelvic Organ Prolapse
 14. Abdominal and Pelvic Pain
 15. Sexually Transmitted Diseases
 16. HIV
 17. Infertility
 18. Mental Health
(See also Comp. I.C.13. Perinatal Psychiatric Disorders and Comp. VI.7. Mental Health)
 19. Neurology
- II. Effectively communicate with patients, demonstrating awareness of gender and cultural differences.
 - III. Perform a sex-, gender- and age-appropriate physical examination.
 - IV. Discuss the impact of gender-based societal and cultural roles and context on health care and on women.
 1. Social and Political Discrimination
 2. Poverty
 3. Family Caregiver Role
 4. Special Populations
 - (i) Lesbians
 - (ii) Women with Disabilities
 - (iii) Immigrants
 - (iv) Women of Color
 5. Allied Health Professionals
 6. Impact of Patient and Provider Beliefs and Practices
15. Benign Vaginal and Vulvar Disease
 16. Gynecologic Cancers
 - (i) Cervical Neoplasia
 - (ii) Vulvar Neoplasms
 - (iii) Ovarian Neoplasms
 - (iv) Endometrial Cancer
 - (v) Gestational Trophoblastic Disease

SECTION TWO: Women's Health Care Competencies for Medical Students (Topic Outline)

5

- V. Identify and assist victims of physical, emotional, and sexual violence and abuse.
1. Background and Epidemiology
 2. Acute and Chronic Clinical Manifestations
 3. Screening and Assessment
 4. Intervention Options
 5. Prevention Strategies
 6. Reporting Requirements
- VI. Assess and counsel women for sex- and gender-appropriate reduction of risk, including lifestyle changes and genetic testing.
1. Cardiovascular Disease
 2. Common Malignancies
 - (i) Breast Cancer
 - (ii) Cervical Cancer
(See Comp. I.C.16.(i) Gynecologic Cancers - Cervical Neoplasia)
 - (iii) Colon Cancer
 - (iv) Lung Cancer
 - (v) Skin Cancer
 3. Osteoporosis
 4. Diabetes
 5. Vision and Hearing
6. Oral Health
7. Mental Health
 - (i) Mood Disorders: Depression and Bipolar Disorders
(See also Comp. I.B.18. Mental Health)
 - (ii) Anxiety
(See also Comp. I.B.18. Mental Health)
 - (iii) Stress Management
 - (iv) Eating Disorders
8. Substance Abuse
 - (i) Illicit drugs
 - (ii) Misuse of Legal Medications
 - (iii) Tobacco
(See also Comp. I.B.18. Mental Health)
 - (iv) Alcohol
(See also Comp. I.B.18. Mental Health)
 - (v) Other Addictions
9. Immunization
10. Exercise
11. Nutrition
12. Preconception and Prenatal Screening
13. High-Risk Sexual Behavior and Sexually Transmitted Diseases
(See also Comp. I.B.15. Sexually Transmitted Diseases)
14. Contraceptive Practices, Family Planning, and Unintended Pregnancy
15. Postmenopausal Hormone Replacement Therapy
(See also Comp. I.C.14. Menopause and Possible Sequelae)
- VII. Access and critically evaluate new information and adopt best practices that incorporate knowledge of sex and gender differences in health and disease.
- VIII. Discuss the impact of health care delivery systems on populations and individuals receiving health care.
1. Delivery of Health Services to Women
 2. Access to Health Care for Women
 3. Quality
 4. Policy

Annexe n° 14

**Accréditation des filières d'études en médecine humaine (CH).
Standards de qualité.**

Table des matières

&

Point 2.6 "Sciences comportementales et sociales, éthique médicale"



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Accréditation des filières d'études en médecine humaine

Standards de qualité

Version définitive de septembre 2009, avec des changements rédactionnels de février 2010



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

o a q

organe d'accréditation et d'assurance qualité
des hautes écoles suisses

Falkenplatz 9
Case postale 3001 Berne

Tél. +41 31 380 11 50
Fax +41 31 380 11 55

E-mail : info@oaq.ch
www.oaq.ch



Table des matières

PREFACE	5
1 DOMAINE : MISSION ET OBJECTIFS	7
1.1 MISSION ET OBJECTIFS	7
1.2 PARTICIPATION A LA FORMULATION DE LA MISSION ET DES OBJECTIFS	8
1.3 INDEPENDANCE UNIVERSITAIRE	9
1.4 COMPETENCES EN FIN DE CURSUS	10
2 DOMAINE : FILIERE D'ETUDES	11
2.1 MODELES ET METHODES DE FORMATION	11
2.2 STRUCTURE, COMPOSITION ET DUREE DES ETUDES	12
2.3 GESTION DES ETUDES	13
2.4 METHODES SCIENTIFIQUES	14
2.5 SCIENCES BIOMEDICALES FONDAMENTALES	15
2.6 SCIENCES COMPORTEMENTALES ET SOCIALES, ETHIQUE MEDICALE	16
2.7 CONNAISSANCES CLINIQUES ET CAPACITES	17
2.8 LIEN AVEC LA PRATIQUE MEDICALE ET LE SYSTEME DE SANTE	18
3 DOMAINE : ETUDIANTS	19
3.1 CONDITIONS D'ADMISSION ET PROCESSUS DE SELECTION	19
3.2 NOMBRE D'ETUDIANTS	20
3.3 CONSEILS AUX ETUDIANTS ET SUIVI	21
3.4 REPRESENTATION DES ETUDIANTS	22
4 DOMAINE : EVALUATION DES ETUDIANTS	23
4.1 METHODES D'EVALUATION	23
4.2 LIEN ENTRE L'EVALUATION ET LE COMPORTEMENT D'APPRENTISSAGE	24
5 DOMAINE : PERSONNEL	25
5.1 POLITIQUE DE RECRUTEMENT	25
5.2 POLITIQUE ET DEVELOPPEMENT DU PERSONNEL	26
6 DOMAINE : RESSOURCES POUR L'ENSEIGNEMENT	27
6.1 INFRASTRUCTURE	27
6.2 RESSOURCES POUR LES FORMATIONS CLINIQUE ET PRATIQUE	28



6.3 OUTILS INFORMATIQUES	29
6.4 RECHERCHE.....	30
6.5 EXPERIENCE DIDACTIQUE ET PEDAGOGIQUE.....	31
6.6 COOPERATIONS.....	32
7 DOMAINE : EVALUATION DE L'ENSEIGNEMENT	33
7.1 EVALUATION DES FILIERES D'ETUDES	33
7.2 FEEDBACK DU CORPS ENSEIGNANT ET DES ETUDIANTS	34
7.3 PERFORMANCES DES ETUDIANTS	35
7.4 PARTICIPATION DES GROUPES D'INTERETS.....	36
8 DOMAINE : DIRECTION ET ADMINISTRATION	37
8.1 STRUCTURES ET FONCTIONS DE DIRECTION	37
8.2 DIRECTION ACADEMIQUE	38
8.3 PERSONNEL ADMINISTRATIF	39
8.4 BUDGET DE FORMATION ET ALLOCATION DES RESSOURCES	40
8.5 INTERACTIONS AVEC LE SECTEUR DE LA SANTE.....	41
9 DOMAINE : RENOUVELLEMENT CONTINU / ASSURANCE QUALITE.....	42

Remarques:

¹ Pour faciliter la lecture, le texte qui suit comprend uniquement la forme masculine et il va de soi qu'elle est valable pour les deux sexes au sens de la parité des genres.

² Ce texte est la traduction française. Le texte original allemand fait foi.



2 DOMAINE : FILIERE D'ETUDES

2.6 SCIENCES COMPORTEMENTALES ET SOCIALES, ETHIQUE MEDICALE

Standards:

1. La faculté de médecine identifie les apports des sciences comportementales et sociales, de l'éthique médicale, des sciences de l'éducation, des bases juridiques et économiques du système de santé, qui favorisent une communication effective, une prise de décision clinique et un comportement éthique. Elle les intègre dans le programme d'études.
2. Les apports des sciences comportementales et sociales, de l'éthique médicale et des sciences humaines sont adaptés aux développements scientifiques en médecine, aux conditions démographiques et culturelles changeantes et aux besoins sanitaires de la société.

Commentaires:

- Les sciences comportementales et sociales comprennent la psychologie médicale, la sociologie médicale, les biostatistiques, l'épidémiologie, l'hygiène, la santé publique, etc.
- Les sciences comportementales et sociales et l'éthique médicale doivent permettre de transmettre les connaissances, les concepts, les méthodes, les savoir-faire et les comportements, qui sont nécessaires à la compréhension des facteurs socioéconomiques, démographiques et culturels des causes, de la propagation et des conséquences des problèmes de santé.