

# Médecine et genre: quels enjeux pour la pratique?

Dr CAROLE CLAIR<sup>a</sup>, Pr JACQUES CORNUZ<sup>a</sup>, Pr PIERRE-ALEXANDRE BART<sup>b,c</sup> et JOËLLE SCHWARZ<sup>a</sup>

Rev Med Suisse 2018; 14: 1951-4

**Le sexe biologique et le genre social influencent conjointement la santé. La non-prise en compte des différences en santé entre les hommes et les femmes est problématique. En outre, des différences non justifiées sur la base de préconceptions stéréotypées peuvent également conduire à une prise en charge biaisée. Cet article illustre l'influence du sexe et du genre en santé au travers de quelques situations cliniques touchant différents aspects de la prise en charge médicale (diagnostic, investigations, traitements, pronostic). Il donne aussi des outils et présente un projet visant à intégrer la dimension du genre dans le cursus prégradué des étudiant-e-s de médecine de l'Université de Lausanne. L'objectif est d'assurer une prise en charge équitable et de qualité des femmes et des hommes tenant compte des spécificités de genre et basée sur des preuves scientifiques non biaisées.**

## Medicine and gender: which challenges for clinical practice?

*Biological sex and social gender jointly influence health. Failure to take into account differences in health between women and men is an issue. What is more, undue differences based on stereotypes can also lead to biased care. This article illustrates the influence of sex and gender on health through clinical situations affecting various dimensions of medical care (diagnosis, investigations, treatments, prognosis). It also gives tools and introduces a project aimed at integrating the gender dimension into the pregraduate education of medical students at the University of Lausanne. The aim is to ensure equitable quality care between women and men, taking into account gender specificities based on unbiased scientific evidence.*

## INTRODUCTION

Le domaine des sciences médicales n'a que récemment pris conscience de l'importance du genre. De ce fait, la production des connaissances scientifiques, de même que leur application clinique, ont conduit à des inégalités entre les hommes et les femmes. Ces inégalités découlent à la fois des biais liés à la non-prise en compte des différences entre les hommes et les femmes lorsqu'elles existent, mais également, et surtout, à l'introduction de différences de prise en charge non justifiées entre les hommes et les femmes ou stéréotypes de genre.<sup>1</sup> La prise en compte du genre est essentielle pour assurer une prise en charge de qualité des femmes et des hommes et qui soit basée sur les preuves scientifiques non biaisées.<sup>2-5</sup>

**Définitions:** Le sexe désigne la différence biologique entre les hommes et les femmes (organes reproductifs, hormones: *every cell has a sex*); le genre désigne les différences socioculturelles entre les hommes et les femmes, à savoir l'éventail des rôles, identités et relations sociales définies dans une société donnée (constructions sociales du masculin et du féminin, établies sur un continuum: *every body has a gender*).

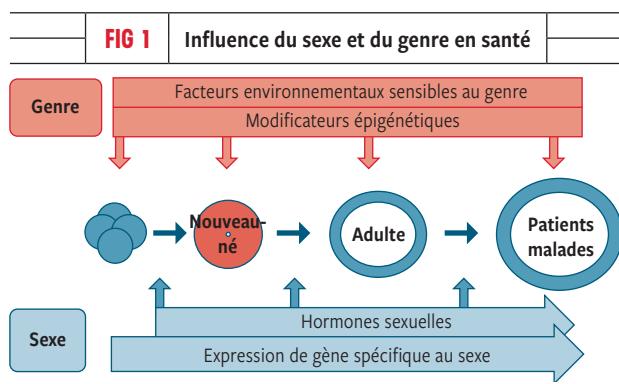
## D'UNE MÉDECINE AVEUGLE AU GENRE VERS UNE MÉDECINE TENANT COMPTE DES SPÉCIFICITÉS DE GENRE

Le domaine médical a jusqu'à récemment été un domaine principalement masculin, les femmes étant peu représentées dans la profession médicale, dans la production du savoir, ainsi que comme sujets de recherche. En effet, les études cliniques ont longtemps été effectuées avec des sujets masculins principalement, extrapolant ensuite les connaissances acquises aux femmes, selon l'hypothèse du standard normatif masculin.<sup>5</sup> Des raisons pratiques et éthiques ont été mises en avant, notamment en raison des fluctuations liées au cycle hormonal féminin, mais également en raison du risque de grossesse et des effets tératogènes potentiels.<sup>6</sup> Or, la non-prise en compte des spécificités de sexe et/ou genre en santé est problématique et peut conduire à des prises en charge erronées, comme nous allons le voir à travers quelques exemples cliniques. Désormais, les instances réglementaires de recherche, que ce soit le National Institute of Health (NIH) ou la Food and Drug Administration (FDA) aux Etats-Unis depuis 1993, ou la Commission européenne depuis 2000 avec son programme de financement (actuellement Horizon 2020), requièrent officiellement que toute recherche financée par l'institution inclut des sujets femmes et membres de groupes minoritaires, et prennent en compte les influences du sexe et du genre. En Suisse, le Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS) met également le genre à son agenda, s'intéressant en particulier aux aspects d'égalité entre femmes et hommes dans le domaine de l'encouragement de la recherche via une approche intégrée (*gender mainstreaming*).

## QUELQUES EXEMPLES CLINIQUES DE DISPARITÉS EN SANTÉ LIÉES AU GENRE ET/OU AU SEXE

Le sexe et le genre exercent une influence conjointe et des spécificités liées au sexe et au genre se rencontrent à peu près dans toutes les disciplines médicales et à toutes les étapes de la prise en charge médicale (figure 1). L'influence du sexe et

<sup>a</sup> Centre de recherche et développement, PMU, 1011 Lausanne, <sup>b</sup> Service de médecine interne, CHUV, 1011 Lausanne, <sup>c</sup> Ecole de médecine, Faculté de biologie et médecine, 1011 Lausanne  
carole.clair@hospvd.ch | jacques.cornuz@hospvd.ch  
pierre-alexandre.bart@chuv.ch | joelle.schwarz@hospvd.ch



(Adaptée de réf.<sup>7</sup>).

du genre explique souvent de façon conjointe les différences de présentation ou de prise en charge, ainsi que les différences de distribution de certaines pathologies. Nous proposons ici quelques illustrations, non exhaustives, de situations cliniques concrètes qui relèvent à la fois du sexe et du genre.

### Présentation clinique de la maladie

Classiquement considérée comme une maladie masculine, du fait d'une prévalence longtemps plus élevée chez les hommes, la maladie coronarienne a été principalement étudiée et décrite chez l'homme. Pourtant les femmes sont devenues, à partir des années 80, de plus en plus nombreuses à développer des problèmes cardiovasculaires, notamment en raison de l'adoption de comportements à risque, tels que le tabagisme.<sup>7</sup> Les maladies cardiovasculaires sont désormais la première cause de mortalité chez les femmes également dans les pays à moyen et haut revenus.<sup>8</sup> Pourtant, les symptômes dits «typiques» lors d'atteinte coronarienne sont décrits à partir d'observations faites chez des sujets masculins.

Avec l'évolution épidémiologique de la maladie et l'apparition de plus en plus de cas féminins, il est apparu que d'autres symptômes pouvaient survenir chez les femmes, comme des nausées, des sudations, une gêne dans la poitrine (sans franche douleur), un malaise ou une fatigue.<sup>9</sup> Cela ne concerne bien sûr pas toutes les femmes au même titre que les hommes ne présentent pas tous des symptômes «typiques». Cette différence de présentation et la persistance à décrire et enseigner la maladie sur la base de standards masculins contribuent à expliquer le fait que le diagnostic de maladie coronarienne soit plus tardivement reconnu, voire manqué, chez les femmes. Une possible conséquence de cette méconnaissance est une mortalité plus importante chez les femmes après un infarctus du myocarde.<sup>10</sup>

Si les raisons de cette différence genrée de présentation ne sont pas encore élucidées, plusieurs hypothèses peuvent être émises. D'une part, des différences anatomo-physiologiques pourraient l'expliquer. Les artères coronaires sont globalement plus fines et l'obstruction plus diffuse lors d'atteinte chez les femmes, en particulier en préménopause.<sup>7</sup> Des facteurs hormonaux pourraient aussi contribuer à moduler les stimuli douloureux expliquant une présentation clinique plus sourde par exemple.<sup>11</sup> Ces hypothèses relèvent de différences biologiques mais d'autres causes liées au genre contribuent également à expliquer ces différences. L'expression de la

douleur, par exemple, peut être différente entre les hommes et les femmes pour un même stimulus douloureux du fait d'un enseignement social dès le plus jeune âge de ce qui est attendu comme comportement face à la douleur.<sup>12</sup>

### Choix des investigations

La maladie coronarienne étant traditionnellement attribuée aux hommes, les femmes sont moins susceptibles d'être investiguées lors de douleurs thoraciques. Des études ont montré que les femmes, même lorsque les données sont ajustées au fait qu'elles puissent avoir une présentation clinique dite «atypique», sont moins susceptibles d'obtenir un test d'effort, ou même simplement un électrocardiogramme ou un dosage des enzymes cardiaques.<sup>13,14</sup> A nouveau, les conséquences de ce type de biais peuvent être importantes, voire fatales, pour les patientes puisque les investigations complémentaires contribuent à poser un diagnostic et à proposer une prise en charge appropriée.

### Etablissement du diagnostic

Dans le cas de la dépression, un biais de genre a aussi été observé, mais cette fois en défaveur des hommes.<sup>15</sup> Bien que la dépression soit deux fois plus fréquente chez les femmes, la mortalité, principalement en lien avec le passage à l'acte, est près de 4 fois plus élevée chez les hommes. Le diagnostic de la dépression, contrairement à ce que l'on a pu observer pour la maladie coronarienne précédemment, repose sur des critères (DSM-V ou CIM-10) basés principalement sur des études effectuées chez des femmes. Si l'on applique les critères diagnostiques stricts, le risque est plus élevé de ne pas poser le diagnostic chez les hommes du fait d'une présentation différente.

### TraITEMENT ET PRISE EN CHARGE

Dans la prise en charge de la douleur, des études ont montré que des traitements médicamenteux moins puissants et moins efficaces sont utilisés chez les femmes. Ces dernières sont plus à risque de recevoir des analgésiques faiblement dosés, voire des traitements anxiolytiques, lors de douleurs abdominales, alors que les hommes reçoivent davantage de dérivés morphiniques.<sup>16</sup> Cette prise en charge différentielle, et non justifiée cliniquement, est à mettre en lien avec les croyances et les stéréotypes (souvent inconscients) des soignant-e-s par rapport à la tolérance ou l'expression de la douleur en fonction du genre.<sup>17</sup>

### PRONOSTIC

Une équipe canadienne a essayé de mesurer la composante «genre» et de comprendre son influence dans le devenir des personnes ayant présenté un syndrome coronarien aigu.<sup>18</sup> Cette équipe a tout d'abord développé et testé un score, incluant plusieurs dimensions du genre, à savoir l'identité de genre, le revenu, le rôle ou encore le stress.<sup>19</sup> Les participant-e-s à l'étude étaient ensuite assigné-e-s à un groupe de genre «plutôt masculin», «plutôt féminin» ou «neutre» en fonction du score. Sur un suivi de 12 mois, le taux de récidive de problèmes cardiaques n'a pas différé en fonction du sexe biologique. Toutefois, les personnes ayant un score de genre

féminin élevé (indépendamment de leur sexe biologique) avaient un taux de récidive d'événement cardiovasculaire deux fois plus élevé que celles ayant un score masculin ou neutre. Cette étude est l'une des rares à avoir quantifié l'influence du genre. Il existe bien entendu des limites à ce type d'études, la dimension du genre étant difficile à mesurer et à reproduire puisque fortement influencée par le contexte culturel, temporel ou géographique.

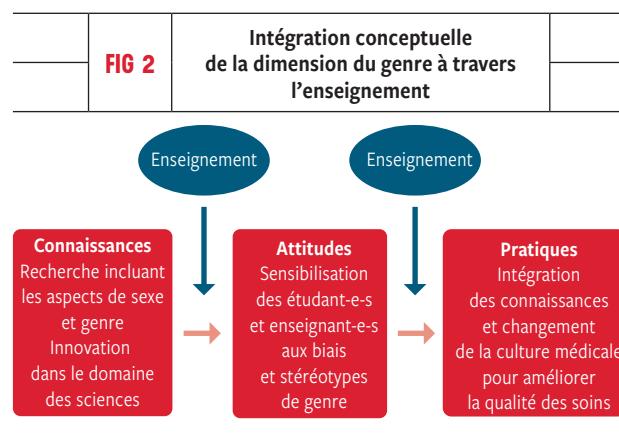
### Influence du sexe/genre du-de la soignant-e sur le pronostic des patient-e-s

Plusieurs études ont suggéré que le sexe des soignant-e-s influençait également le devenir des patient-e-s. Une étude nord-américaine a démontré que des patient-e-s qui étaient suivis par une femme médecin avaient des taux de mortalité et de réhospitalisations moindres que ceux ou celles suivis par un homme.<sup>20</sup> Une étude canadienne s'est intéressée à l'influence du sexe des médecins lors d'interventions chirurgicales.<sup>21</sup> Cette discipline est particulièrement intéressante puisqu'il y a une sous-représentativité féminine marquée. A nouveau, indépendamment de la gravité de l'intervention, le pronostic était meilleur pour les patient-e-s opéré-e-s par une chirurgienne. Une récente étude a suggéré que le pronostic après un infarctus du myocarde était également meilleur chez les patient-e-s pris-e-s en charge par une femme, les femmes traitées par les femmes ayant le meilleur pronostic.<sup>22</sup> Ces études, bien que montrant des différences cliniques parfois minimes (mais statistiquement significatives du fait du grand collectif de patient-e-s inclus-e-s), sont intéressantes dans le sens où elles confirment les compétences médicales des femmes pour une profession majoritairement masculine jusqu'à récemment, et où leur légitimité peut parfois être à tort remise en question. Les hypothèses expliquant ces différences sont un meilleur suivi des recommandations cliniques ainsi que des soins davantage centrés sur les patient-e-s par les médecins femmes. On peut également évoquer, pour les générations plus anciennes, une sélection de femmes plus motivées et travaillant plus dur pour arriver à s'imposer dans un milieu majoritairement masculin.

### COMMENT TENIR COMPTE DU GENRE DANS LA PRATIQUE CLINIQUE ET L'ENSEIGNEMENT

De nombreuses études, relayées par des revues scientifiques internationales, ont démontré l'importance de prendre en compte la dimension du genre afin d'améliorer la qualité des soins et d'éviter des disparités en santé liées au genre.<sup>18,23,24</sup> Les Nations Unies,<sup>25</sup> l'OMS<sup>26</sup> et le Conseil de l'Europe<sup>27</sup> ont fait de la stratégie «gender mainstreaming» – définie comme une approche intégrée du genre pour incorporer l'égalité entre les femmes et les hommes dans tous les domaines et à tous les niveaux – une priorité en vue de diminuer les inégalités entre hommes et femmes, notamment en termes de santé. Le transfert des connaissances est important et doit se faire à plusieurs niveaux, partant de la production de la connaissance pour aller vers son application et son intégration en pratique clinique (figure 2).

A la Faculté de biologie et de médecine (FBM) de l'Université de Lausanne, l'enseignement «Médecine et Genre» a été



initié voici quelques années déjà, en particulier dans les modules de médecine et santé communautaire et ceux dédiés au généralisme.<sup>28</sup> Depuis 2016, cet enseignement s'est étoffé et s'appuie dorénavant sur une Commission du même nom, qui vise à favoriser l'intégration du genre dans l'ensemble de l'enseignement prégradué ([www.unil.ch/ecoledemedecine/home/menuguid/enseignante/medecine-et-genre.html](http://www.unil.ch/ecoledemedecine/home/menuguid/enseignante/medecine-et-genre.html)). Cette implémentation s'effectue en parallèle de la mise en pratique, et s'appuie sur le nouveau catalogue des objectifs d'apprentissages national «PROFILES» qui comporte des objectifs en lien avec l'intégration du sexe et du genre dans la prise en charge médicale. L'approche se fait à différents niveaux tant sur le plan du contenu que sur celui de la forme (figure 3). Des cours spécifiques «Médecine et Genre» sont proposés aux étudiant-e-s tout au long de leur cursus avec une augmentation progressive de l'offre. Parallèlement, la dimension du genre est intégrée dans des cours non spécifiques, et les enseignant-e-s sont directement sensibilisé-e-s et encouragé-e-s à intégrer la dimension du genre dans leurs enseignements. Des outils sont également mis à disposition pour favoriser la diffusion de connaissances «basées sur les preuves» (tableau 1). Les aspects de forme tels que le langage épique et l'utilisation d'outils pédagogiques égalitaires et non stéréotypés sont également soutenus. L'intégration du genre dans l'enseignement se concentre sur 3 objectifs: 1) sortir du paradigme scientifique «androcentrique» (*Gender blind*); 2) comprendre la différence entre sexe et genre (*Gender sensitive*) et 3) intégrer la différence et les interactions sexe et

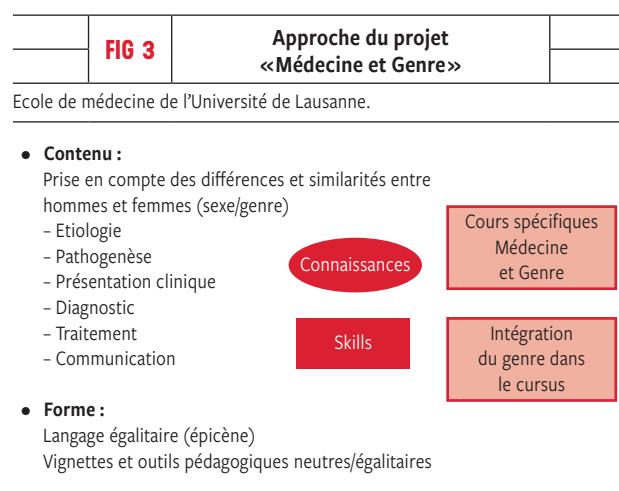


TABLEAU 1

## Quelques supports d'apprentissage «evidence-based» sur la thématique médecine et genre

E-Gender medicine	<a href="http://egender.charite.de/en/course/">http://egender.charite.de/en/course/</a>
Gender and Health collaborative curriculum	<a href="http://www.genderandhealth.ca/">www.genderandhealth.ca/</a>
A to Z Guide: Sex and Gender Influences on Health	<a href="https://orwh.od.nih.gov/sex-gender">https://orwh.od.nih.gov/sex-gender</a>
Gender and Health: Knowledge agenda	<a href="http://www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublications/ZonMw_170x240_GenderHealth_KnowledgeAgenda_def2.pdf">www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublications/ZonMw_170x240_GenderHealth_KnowledgeAgenda_def2.pdf</a>

genre (*Gender specific*). La finalité en est de contribuer à réduire les inégalités de santé liées au genre à travers des mesures qui transforment les rôles, les normes et les relations de genre néfastes (*Gender transformative*).<sup>29</sup>

## CONCLUSION

La médecine, historiquement établie sur le standard masculin, s'est progressivement mise à jour à partir de la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle pour inclure le féminin et ainsi permettre d'une part une identification des différences homme-femme dans la santé, et d'autre part une prise en charge adaptée des patientes et des patients. Ces différences homme-femme de santé découlent parfois de facteurs biologiques (sexe), parfois de facteurs sociaux (genre), et souvent des deux conjointement, comme présenté à travers différents exemples de prise en charge médicale. La réduction des inégalités en santé passe

par la prise en compte de ces connaissances scientifiquement établies dans la prise en charge médicale afin d'éviter les deux principaux biais de genre: l'aveuglement face au genre (ne pas tenir compte de spécificités de genre lorsqu'il y en a) et les stéréotypes de genre (traiter différemment alors qu'il n'y a pas de spécificités de genre). A travers son projet Médecine et Genre, l'Ecole de médecine de Lausanne œuvre à assurer que les connaissances sur l'influence du genre dans la santé ainsi que les compétences de la pratique médicale soient correctement transmises aux étudiant-e-s, futur-e-s médecins de toutes disciplines.

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

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- Il est important de connaître et de comprendre l'influence du sexe biologique et du genre social sur la santé afin d'assurer une prise en charge médicale de qualité
- L'équité des soins (au contraire de l'égalité) exige une prise en charge médicale qui ne soit pas différente en fonction du sexe de façon injustifiée (en raison de stéréotypes) mais qui tienne compte des spécificités de genre là où elles sont pertinentes
- Tenir compte du sexe et du genre en santé permet non seulement de réduire les inégalités de santé liées au genre mais également de transformer progressivement les rôles, les normes et les relations de genre qui sont néfastes

1 Ruiz MT, Verbrugge LM. A two way view of gender bias in medicine. *J Epidemiol Community Health* 1997;51:106-9.

2 \*\* Regitz-Zagrosek V. Sex and gender differences in health. *Science & Society Series on Sex and Science*. EMBO Rep 2012;13:596-603.

3 Gender and health: Knowledge agenda: ZonMw The Netherlands Organisation for health research and development, 2015.

4 \*\* Hamberg K. Gender bias in medicine. *Womens Health (Lond)* 2008;4:237-43.

5 \* Epstein S. Inclusion. The politics of difference in medical research: the University of Chicago Press, 2007.

6 Schiebinger L. Gendered Innovations in science and engineering. California: Stanford University Press, 2008.

7 Group EUCCS, Regitz-Zagrosek V, Oertelt-Prigione S, et al. Gender in cardiovascular diseases: impact on clinical manifestations, management, and outcomes. *Eur Heart J* 2016;37:24-34.

8 Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, et al. Heart disease and stroke statistics-2017 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2017;135:e146-603.

9 Khan NA, Daskalopoulou SS, Karp I, et al. Sex differences in prodromal symptoms in acute coronary syndrome in

patients aged 55 years or younger. *Heart* 2017;103:863-9.

10 Pancholy SB, Shantha GP, Patel T, Cheskin LJ. Sex differences in short-term and long-term all-cause mortality among patients with ST-segment elevation myocardial infarction treated by primary percutaneous intervention: a meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2014;174:1822-30.

11 Sorge RE, Totsch SK. Sex differences in pain. *J Neurosci Res* 2017;95:1271-81.

12 Alabas OA, Tashani OA, Tabasam G, Johnson ML. Gender role affects experimental pain responses: a systematic review with meta-analysis. *Eur J Pain* 2012;16:1211-23.

13 Hemal K, Pagidipati NJ, Coles A, et al. Sex differences in demographics, risk factors, presentation, and noninvasive testing in stable outpatients with suspected coronary artery disease: insights from the PROMISE Trial. *JACC Cardiovasc Imaging* 2016;9:337-46.

14 Chang AM, Mumma B, Sease KL, et al. Gender bias in cardiovascular testing persists after adjustment for presenting characteristics and cardiac risk. *Acad Emerg Med* 2007;14:599-605.

15 Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R).

*JAMA* 2003;289:3095-105.

16 Chen EH, Shofer FS, Dean AJ, et al. Gender disparity in analgesic treatment of emergency department patients with acute abdominal pain. *Acad Emerg Med* 2008;15:414-8.

17 Robinson ME, Riley JL, Myers CD, et al. Gender role expectations of pain: relationship to sex differences in pain. *J Pain* 2001;2:251-7.

18 Pelletier R, Khan NA, Cox J, et al. Sex versus gender-related characteristics: which predicts outcome after acute coronary syndrome in the young? *J Am Coll Cardiol* 2016;67:127-35.

19 Pelletier R, Ditto B, Pilote L. A composite measure of gender and its association with risk factors in patients with premature acute coronary syndrome. *Psychosom Med* 2015;77:517-26.

20 Tsugawa Y, Jena AB, Figueiredo JF, et al. Comparison of hospital mortality and readmission rates for Medicare patients treated by male vs female physicians. *JAMA Intern Med* 2017;177:206-13.

21 Wallis CJ, Ravi B, Coburn N, et al. Comparison of postoperative outcomes among patients treated by male and female surgeons: a population based matched cohort study. *BMJ* 2017;359:j4366.

22 Greenwood BN, Carnahan S, Huang L.

Patient-physician gender concordance and increased mortality among female heart attack patients. *Proc Natl Acad Sci USA* 2018;115:8569-74.

23 Schiebinger L, Stefanick ML. Gender matters in biological research and medical practice. *J Am Coll Cardiol* 2016;67:136-8.

24 Putting gender on the agenda. *Nature* 2010;465:665.

25 Gender mainstreaming an overview. New-York: United Nations: Office of the Special Adviser on Gender Issues and Advancement of Women, 2002.

26 Gender, Women and Health: What is gender mainstreaming? at <http://apps.who.int/gender/mainstreaming/en/index.html>.

27 European Gender and Medicine (EuGenMed) at [www.eugenmed.eu/](http://www.eugenmed.eu/)

28 \* Fussinger C. Genre, médecine et santé: quelques repères. *Rev Med Suisse* 2010;6:1429-32.

29 \* Pederson A, Greaves L, Poole N. Gender-transformative health promotion for women: a framework for action. *Health Promot Int* 2015;30:140-50.

\* à lire

\*\* à lire absolument