

REVUE MÉDICALE SUISSE

WWW.REVMED.CH

26 juin 2024

880

MÉDECINE ET GENRE

OÙ SONT LES HOMMES?

Biais de genre et prise en charge médicale

Consentement dans les soins et au-delà

Discrimination de genre chez les patient-e-s âgé-e-s

Personnes transgenres:
recommandations de prévention

Trouble du spectre de l'autisme au féminin

Enjeux de sexe et de genre dans la médecine de demain

Prévention des cancers: outils d'aide à la décision

Anémie aplasique

Volume 20, 1229-1280

ISSN 1660-9379



RMS

SMSR
SOCIÉTÉ MÉDICALE
DE LA SUISSE ROMANDE



Janet Medforth, Linda Ball, Angela Walker,
Sue Battersby, Sarah Stables

MANUEL OXFORD EN SCIENCES SAGE-FEMME

3^E ÉDITION ADAPTÉE PAR LA FILIÈRE
SAGE-FEMME DE LA HAUTE ÉCOLE
DE SANTÉ VAUD

1168 pages / 11.5 x 18.5 cm / 69 CHF ISBN: 9782880495152
© 2024

Janet Medforth, Linda Ball, Angela Walker,
Sue Battersby, Sarah Stables

MANUEL OXFORD EN SCIENCES SAGE-FEMME

3^E ÉDITION

ADAPTATION PAR LA FILIÈRE SAGE-FEMME
DE LA HAUTE ÉCOLE DE SANTÉ VAUD

C. de Labrusse, A. Abderhalden-Zellweger, M. Caldelari,
P. Perrinoud, M. Picavet, P. Thomas, J. Flohic, M. Schmied,
D. Waller, C. Kaech, L. Pomar, M. Bonzon, M. Pretallli,
C. Haydar, F. Schläppy, M.-P. Politis Mercier, L. Floris,
F. Salamin, B. Michoud, Y. Meyer et H. Thorn-Cole

TRADUCTION DE GHLAIN BUREAU

RMS
EDITIONS

HESAV
HAUTE ÉCOLE
DE SANTÉ VAUD

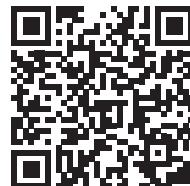
Hes-So

RMS
EDITIONS

HESAV
HAUTE ÉCOLE
DE SANTÉ VAUD

Hes-So

COMMANDE



Je commande:

ex. de **MANUEL OXFORD EN SCIENCES SAGE-FEMME**

CHF 69.-

Frais de port: 3.- pour la Suisse (offerts dès 30.- d'achat);
autres pays: 5 €

En ligne: www.revmed.ch/livres

e-mail: commande@medhyg.ch

tél: +41 22 702 93 11

ou retourner ce coupon à:

RMS Editions | Médecine & Hygiène

CP 475 | 1225 Chêne-Bourg

Vous trouverez également cet ouvrage chez votre librairie.

Timbre/Nom et adresse

Date et signature

Je désire une facture

MÉDECINE ET GENRE

- 1231** **ÉDITORIAL** Où sont les hommes? *C. Clair, M. Dominicé Dao, A. Gayet-Ageron, V. Schlüter et J. Schwarz*
- 1234** Biais de genre dans la prise en charge médicale: que faire? *E. Geiser, F. Arena, C. Clair et J. Schwarz*
- 1238** Appliquer le consentement, dans les soins et au-delà. *L. Mackinnon Lacasa, J. Abdulcadir, M. Jacot-Guillarmod, O. Widder et M. Dominicé Dao*
- 1243** Égalité à tous les âges: aborder la discrimination de genre chez les patient-e-s âgé-e-s. *L. Fratangelo, E. Tessitore, P. D'Amelio, D. Zekry et L. Seematter-Bagnoud*
- 1248** Recommandations de prévention chez les personnes transgenres. *C. Ritz, R. Bize, A. Zufferey et M. Dominicé Dao*
- 1253** Trouble du spectre de l'autisme au féminin: comment le genre opère-t-il? *A. M. Maillard, S. Dini, G. Repond, G. Haarman, C. Clair et M. Jequier Gygax*
- 1258** Enjeux de sexe et de genre dans l'organisation de la médecine de demain. *S. Arsever, N. Jaunin-Stalder, C. Bleeker, S. De Lucia, M. Schellongova et A. Gayet-Ageron*

1233 Résumés des articles

1263 QCM d'autoévaluation

CANCER

1264 Outils d'aide à la décision pour la prévention des cancers. Synthèse pour la francophonie. *O. Pittet, M.-A. Durand, K. Selby et J. Cornuz*

HÉMATOLOGIE

1271 Anémie aplasique. *N. Dewarrat, M. Costanza, C. Royer-Chardon, M. G. Zermatten, L. De Leval, O. Naveiras et S. Blum*

ACTUALITÉ

1276 **Lu pour vous.** Quel impact de l'empathie dans le traitement des douleurs chroniques? *G. Grandmaison*

1276 **Carte blanche.** Déménager son bureau. *C. Luthy*

1277 **Zoom.** Et maintenant les inhibiteurs du SGLT2 dans l'infarctus du myocarde? *V. Chatzipetrou*

TRIBUNE

1279 Le syndrome de l'imposteur, une question de genre? *A. Hepner, A. Dubesset-Epiney, M. Faessler, M. Cloitre, I. Mettraux et L. Berisha*

BLOC-NOTES

1280 Cinq mariages et un couffin. *B. Kiefer*

Impressum

Revue Médicale Suisse | Chemin de la Mousse 46 | CP 475, 1225 Chêne-Bourg | Tél. 022 702 93 11 | www.revmed.ch

ÉDITION

Médecine et Hygiène,
société coopérative;
www.medhyg.ch
Président du Conseil d'administration:
Dr Bertrand Kiefer
Directeur: Michael Balavoine
Directrice adjointe: Marion Favier

RÉDACTION
Rédacteur en chef: Dr Bertrand Kiefer
Rédacteurs-trices en chef-fe adjoint-e-s:
Dr Pierre-Alain Plan, Pr Carole Clair
(Unisanté), Dre Melissa Dominicé Dao
(HUG), Dre Sanae Mazouri (Centre

Médical Terre-Bonne), Pr Omar Kherad
(Hôpital de la Tour) et Pr Nicolas Senn
(Unisanté)
Secrétaires de rédaction:
Chantal Lavanchy (resp.),
Joanna Szymanski et Sophie Lonchampt
Fax rédaction: 022 702 93 55
E-mail: redaction@revmed.ch
Publicité: Michaela Kirschner (resp.)
Tél. publicité: 022 702 93 41
E-mail: pub@medhyg.ch
Responsable web: Dr Pierre-Alain Plan
E-mail: webmaster@revmed.ch
Prépresse: Frédéric Michiels (resp.),
Impression: AVD Goldach AG

ABONNEMENTS RMS

Tél.: 022 702 93 11
E-mail: abonnement@revmed.ch
Suisse: Papier + numérique: CHF 210.-
100% numérique: CHF 170.-;
Étudiants: 100% numérique
(sur justificatif): CHF 80.-
étranger: Papier + numérique: 260 €
100% numérique: 150 €
Étudiant: 100% numérique
(sur justificatif): 75 €
Institutions: Contactez
marketing@medhyg.ch ouappelez le
+41 22 702 93 41 afin d'obtenir une
offre sur mesure.

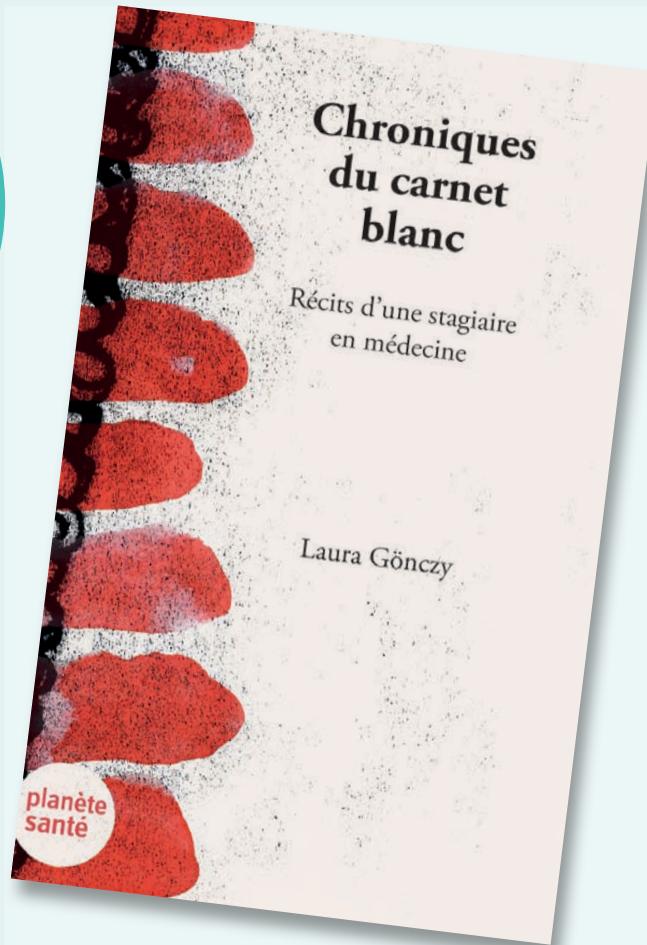
Organe officiel de la Société médicale
de la Suisse romande (www.smsr.ch)
Revue officielle de la Société suisse
de médecine interne générale
La Revue Médicale Suisse bénéficie
d'un soutien de la FMH (Fédération
des médecins suisses)

Indexée dans:

- MEDLINE/PubMed
 - EMBASE/Excerpta Medica
 - EMCare
 - Scopus
- Médecine et Hygiène édite aussi
le site de santé grand public:
www.planetesante.ch

planète santé

Information santé
grand public



Pour commander:



Auteure

Laura Gönczy

Préface de Vincent Barras

Prix

CHF 19.-

216 pages

12 x 20 cm

ISBN 9782889411290

© 2024

Chroniques du carnet blanc

«Avant de commencer mes stages, je me suis offert un carnet. De couleur blanche, pour mieux me camoufler. J'ai écrit Les Stages en grosses lettres sur la première page et je l'ai fourré dans ma blouse le premier jour du premier stage, à l'hôpital psychiatrique.»

Au fil des stages de psychiatrie, médecine généraliste, chirurgie, médecine interne et gynécologie-obstétrique, ce livre est un recueil d'impressions et de scènes douces-amères dépeignant des relations humaines sur fond de salles d'hôpital et de cabinets médicaux. Ces chroniques permettent une immersion dans le monde parfois mystérieux de la médecine, au travers du regard critique, fasciné et attendri d'une étudiante-stagiaire.

En retournant ce coupon à Planète Santé
Médecine et Hygiène - CP 475 - 1225 Chêne-Bourg :

Je commande :

ex. Chroniques du carnet blanc

Adresse de livraison

Timbre / Nom Prénom _____

Adresse _____

E-mail _____

Date _____

Signature _____

Vous pouvez aussi passer votre commande par : E-mail : commande@medhyg.ch
Internet : boutique.revmed.ch / Tél. : +41 22 702 93 11

Planète Santé est la marque grand public de Médecine & Hygiène



Articles publiés
sous la direction de

CAROLE CLAIR

VIRGINIE SCHLÜTER

JOËLLE SCHWARZ

Unité santé et genre
Département des
policliniques
Unisanté - Centre
universitaire de
médecine
générale et santé
publique

Faculté de biologie et
médecine
Université de
Lausanne

Où sont les hommes?

Pre CAROLE CLAIR, Dre MELISSA DOMINICÉ DAO, Pre ANGÈLE GAYET-AGERON,
Dre VIRGINIE SCHLÜTER et Dre JOËLLE SCHWARZ

Rev Med Suisse 2024; 20: 1231-2 | DOI : 10.53738/REVMED.2024.20.880.1231



Articles publiés
sous la direction de

MELISSA
DOMINICÉ DAO

Service de médecine
de premier recours
Département de
médecine de premier
recours
Hôpitaux
universitaires de
Genève

ANGÈLE
GAYET-AGERON

Service
d'épidémiologie
clinique et Centre de
recherche clinique
Direction médicale
Hôpitaux
universitaires de
Genève
et Faculté de
médecine
Université de Genève

Les développements dans le domaine du genre en médecine ont été principalement menés par des femmes. C'est le cas en Suisse, mais également en Europe et en Amérique du Nord, où les équipes académiques s'intéressent aux thématiques santé et genre sont constituées à l'écrasante majorité de femmes. Parmi les membres du Swiss Gender Health Network (réseau suisse santé et genre), sur 150 membres, 83% sont des femmes. Il semble par ailleurs que les femmes chercheuses soient plus enclines que les hommes à intégrer des sujets de recherche qui concernent les femmes et à mentionner le sexe comme variable dans leurs publications.¹ Concernant l'enseignement, en Suisse, la plateforme Gender education in medicine Switzerland (GEMS) (www.gems-platform.ch) héberge des supports de cours développés dans les facultés et hautes écoles en santé suisses sur la thématique médecine et genre et 97% d'entre eux sont créés par des femmes.

Comment expliquer le peu d'attrait des hommes pour cette thématique? La première piste est historique. La dimension du genre en médecine a été introduite par les mouvements féministes des années 1960, notamment le Women's Health Movement. Ces mouvements ont œuvré à déconstruire et rectifier ce que la biologie et la médecine avaient contribué à instituer: une différenciation et une hiérarchisation entre les hommes et les femmes sur la base d'arguments biologiques. Le concept de genre a permis de mettre en exergue les bases socioculturelles de la différenciation. Pour illustrer cela, les femmes ne sont pas naturellement plus aptes à procurer des soins aux autres (le «care»), mais elles apprennent à le faire à travers le processus de socialisation. Le féminisme a donc œuvré à «rétablir» la position des femmes dans la société et aussi dans la (dé)construction du

savoir médical. À partir des années 1990, une translation a eu lieu de «femmes et santé» vers «genre et santé». Ceci, pour permettre de rendre compte que les rôles et normes de genre ont aussi une influence sur la santé des hommes.^{2,3} À titre d'exemple, la surmortalité des jeunes hommes liée aux accidents et morts violentes est attribuable aux normes de masculinité comme la valorisation de la prise de risque. Malgré cette évolution, il est vraisemblable que, dans les esprits, le genre reste associé au féminin et est donc probablement inconsciemment dévalorisé, ce qui explique pourquoi les hommes ne se sentent pas concernés.

Or, l'inclusion de la dimension du genre dans la santé témoigne de la qualité de la recherche, de l'enseignement et des soins, qui devrait aller au-delà du clivage lié au genre des chercheur-es, enseignant-es et clinicien-nes. En ce sens, il n'est pas souhaitable que, d'un côté, les femmes fassent de la recherche pour la santé des femmes et ne soignent que des femmes, et, de l'autre côté, les hommes fassent de la recherche pour la santé des hommes et ne soignent que des hommes. De même qu'il n'est pas nécessaire d'avoir été affecté par une maladie, un cancer par exemple, pour s'y intéresser comme objet de recherche. De plus, ce clivage femme-homme risque de renforcer davantage la binarité du genre – quid des personnes qui ne s'identifient pas dans ces catégories? – et masquer d'autres déterminants d'inégalités en santé, comme l'ethnicité, le niveau socioéconomique ou l'âge.

Au niveau académique, les postes de leadership sont encore majoritairement occupés par des hommes qui sont moins impliqués dans la mise en place de mesures concrètes visant à rétablir un meilleur équilibre femmes-hommes ; c'est ce que révèle une enquête récente conduite dans plusieurs universités

suisses auprès du corps professoral.⁴ Ce phénomène renvoie aux concepts de privilège ou de taxe minoritaire (minority tax). La taxe minoritaire désigne le fait que c'est aux femmes minorisées de développer les initiatives nécessaires pour renverser la multitude d'inégalités qu'elles n'ont pas contribué à engendrer.⁵ En effet miroir, le privilège masculin, c'est avoir le choix d'y penser ou pas,⁶ et parfois même de ne pas être conscient de ces inégalités d'accès au pouvoir.

Pourquoi est-ce problématique ? L'intrication de ces différents facteurs explicatifs sur le manque de visibilité et l'attrait sélectif de la thématique médecine et genre contribue à un cercle vicieux : le manque d'intérêt des hommes pour ce sujet se traduit par leur moindre contribution scientifique sur le sujet et dans l'enseignement, et explique en partie le manque de financements et de crédits apportés à la recherche en médecine et genre, alimentant par là le manque de connaissances générées sur l'impact du sexe et du genre.^{7,8} Le tout contribuant à maintenir des inégalités en santé défavorables tant aux patientes qu'aux patients.

Heureusement, la situation ne semble pas figée et une période de changement s'amorce en Suisse. Notamment, le lancement en 2023 du Programme national de recherche (PNR 83) « Médecine, santé et genre » par le Fonds national suisse (FNS). Celui-ci a reçu 140 esquisses de projets dont 65% soumises par des femmes, alors que pour les autres PNR lancés en même temps, ce pourcentage était

compris entre 22 et 42%. On peut dès lors se réjouir que 35% des projets ont été soumis par des hommes ! Allant dans le même sens, le FNS a présenté ce printemps sa nouvelle vision pour promouvoir l'égalité, la diversité et l'inclusion dans la production des connaissances. Un autre signal positif pour améliorer la qualité de la recherche repose sur l'adoption récente par Swissethics de nouvelles recommandations visant à mieux intégrer des aspects relatifs au sexe et au genre dans les protocoles de recherche soumis aux commissions d'éthique de la recherche suisses. Finalement, le rapport de l'enquête répondant au postulat de Laurence Fehlmann Rielle (Postulat 19.3910 : « Santé des femmes. Pour une meilleure prise en compte de leurs spécificités ») sorti en mai 2024⁹ donne une multitude de pistes et d'interventions concrètes à mettre en œuvre pour améliorer la santé des femmes, des hommes et des personnes avec d'autres identités de genre en Suisse. Ces récentes initiatives devraient être un incitatif supplémentaire pour sensibiliser les hommes (et les femmes !) à l'importance du genre dans la santé.

**LE PRIVILÈGE
MASCULIN, C'EST
AVOIR LE CHOIX
DE PENSER AUX
INÉGALITÉS DE
GENRE OU PAS**

Gageons que ces différentes mesures permettront de changer de paradigme et d'inciter la majorité des chercheurs et chercheuses et enseignants et enseignantes à explorer les questions de genre en santé avec comme objectif l'amélioration de la qualité des connaissances et in fine de la santé des populations.

1 Sugimoto CR, Ahn YY, Smith E, Micaluso B, Larivière V. Factors affecting sex-related reporting in medical research: a cross-disciplinary bibliometric analysis. *Lancet.* 2019;393(10171):550-9.

2 Lemarchand P. La catégorie homme/femme à l'épreuve de la recherche biomédicale. In : Lemarchand P. & Salle M (Eds), « Qu'est-ce qu'une femme ? Catégories homme/femme : débats contemporains », Paris : Éditions Matériellogiques; 2023. p. 23-67.

3 Schwarz J, Clair C. La médecine et l'épidémiologie sociale à l'épreuve du genre. In: Arminjon M, Maulini S (Eds), « Inégalités de santé: fondements historiques et enjeux contemporains de l'épidémiologie sociale ». Georg ;

2023;239-55.

4 Nentwich J, Schambach G. Results of the survey on the equal opportunities commitment of male professors and lecturers at Swiss universities, Leaders for Equality, Universität St. Gallen, 2023. www.gendercampus.ch/public/ideas/Leaders_for_Equality_Management_summary_english.pdf (consulté le 6 mai 2024).

5 Joyce JA, Masina S, Michalik L, et al. Closing the scissor-shaped curve: Strategies to promote gender equality in academia. *Cell.* 2024;14;187(6):1335-42.

6 Despentes V. Lettre adressée à mes amis blancs qui ne voient pas où est le problème, in Lettres d'intérieur, France Inter, 4 juin 2020.

7 Nielsen MW, Andersen JP, Schiebin-

ger L, Schneider JW. One and a half million medical papers reveal a link between author gender and attention to gender and sex analysis. *Nat Hum Behav.* 2017;1(11):791-6.

8 Koning R, Samila S, Ferguson JP. Who do we invent for? Patents by women focus more on women's health, but few women get to invent. *Science.* 2021;372(6548):1345-8.

9 Conseil fédéral. Santé des femmes. Pour une meilleure prise en compte de leurs spécificités. Rapport du Conseil fédéral donnant suite au postulat 19.3910 Fehlmann Rielle du 21.06.2019. Berne, 15.05.2024. <https://www.parlement.ch/centers/eparl/curia/2019/20193910/Bericht%20BR%20F.pdf>

Résumés

Rev Med Suisse 2024; 20: 1258-62

Enjeux de sexe et de genre dans l'organisation de la médecine de demain

S. Arsever, N. Jaunin-Stalder, C. Bleeker, S. De Lucia, M. Schellongova et A. Gayet-Ageron

La médecine évolue avec une féminisation croissante et l'émergence de nouveaux modes de travail. Les femmes sont majoritaires parmi les diplômé-es mais sous-représentées aux postes de cadres et dans les spécialités à plus haut revenus. Pour répondre à ces défis économiques et organisationnels, cet article propose des pistes d'actions. En plus d'une augmentation globale des places de formation médicale pour pallier les départs en retraite et du développement de structures interprofessionnelles de soins intégrés, un soutien aux promotions académiques et aux positions de cadres pour les femmes ainsi qu'une revalorisation financière des activités professionnelles et non rémunérées sont autant de solutions à envisager. Ces changements assureront une médecine inclusive, de plus grande efficience et de qualité.

Rev Med Suisse 2024; 20: 1248-52

Recommandations de prévention chez les personnes transgenres

C. Ritz, R. Bize, A. Zufferey et M. Dominicé Dao

Les personnes transgenres sont à risque d'avoir une moins bonne santé que la population cisgenre. D'une part, elles rencontrent des problématiques de santé spécifiques, majoritairement en lien avec l'impact du stress minoritaire sur leur santé mentale et somatique. D'autre part, les conseils de prévention habituels ne prennent que rarement en compte l'éventuel recours à des traitements hormonaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre pouvant modifier les profils de risque sur les plans biologiques ou anatomiques. La prévention chez les personnes transgenres est une thématique pour laquelle la recherche est peu fournie, les professionnel-le-s peu formé-e-s et l'incertitude présente. Cet article a pour objectif de faire le point sur l'état actuel des connaissances et de proposer des recommandations pour la pratique clinique.

Rev Med Suisse 2024; 20: 1243-7

Égalité à tous les âges: aborder la discrimination de genre chez les patient-e-s âgé-e-s

L. Fratangelo, E. Tessitore, P. D'Amelio, D. Zekry et L. Seematter-Bagnoud

Cet article vise à attirer l'attention sur le risque de différences de prise en charge des patient-e-s âgé-e-s liées au sexe et au genre, illustré par deux pathologies considérées l'une comme féminine, l'autre comme masculine: l'ostéoporose et l'hypertension artérielle. Dans ce type de pathologies, les patient-e-s du sexe le moins touché par la maladie peuvent se sentir moins concerné-e-s et ont un risque accru de sous-diagnostic de la part du corps médicosignant. De plus, les études tendent à négliger les patient-e-s du sexe moins touché, aboutissant à des guidelines ne tenant pas compte de spécificités liées au sexe ou au genre. La littérature sur les disparités de prise en charge liées au genre dans la population âgée est encore très limitée. Néanmoins, il est important de prendre en compte les spécificités liées au genre au même titre que celles liées à l'âge avancé.

Rev Med Suisse 2024; 20: 1253-7

Trouble du spectre de l'autisme au féminin: comment le genre opère-t-il?

A. M. Maillard, S. Dini, G. Repond, G. Haarman, C. Clair et M. Jequier Gygax

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est un trouble neurodéveloppemental fréquent. Il touche la population pédiatrique et adulte et se présente de manière hétérogène. La compréhension des caractéristiques clinique du TSA s'est étendue, en parallèle des évolutions sociétales, dont l'intégration de la notion de genre en médecine. Il apparaît que les personnes touchées par ce trouble, quel que soit leur âge, ne sont ni détectées, diagnostiquées, suivies ou traitées de manière identique selon leur genre. Cet article reprend les connaissances actuelles de l'expression du TSA en fonction du genre, et les conséquences pour les patient-e-s de l'exposition aux biais de genre.

Rev Med Suisse 2024; 20: 1234-7

Biais de genre dans la prise en charge médicale: que faire?

E. Geiser, F. Arena, C. Clair et J. Schwarz

Les données en santé font état de différences de traitement médical en fonction du genre. L'une des hypothèses est que ces différences de traitement ne sont pas des discriminations intentionnelles, mais relèvent de biais implicites et inconscients des soignant-e-s. Ces biais ont une influence sur les raisonnements et la pratique clinique des soignant-e-s. Cet article, à l'aide d'exemples cliniques, illustre comment la pratique réflexive est intégrée à l'enseignement en médecine à Lausanne afin de permettre aux étudiant-e-s d'identifier leurs biais, de les contrôler et d'assurer des soins équitables et pertinents. Il est également proposé aux étudiant-e-s de réfléchir à leur positionnement social, car thématiser les dynamiques de pouvoir autour des savoirs et des interactions sociales permet de mieux comprendre et préparer la pratique médicale.

Rev Med Suisse 2024; 20: 1238-42

Appliquer le consentement, dans les soins et au-delà

L. Mackinnon Lacasa, J. Abdulcadir, M. Jacot-Guillarmod, O. Widder et M. Dominicé Dao

Les violences sexuelles constituent une violence de genre, dans la mesure où les victimes sont principalement des femmes et les auteurs des hommes. D'autres groupes de personnes vulnérables sont également davantage concernés, en particulier les personnes de la diversité sexuelle et de genre. Ces violences sexuelles et de genre existent également dans les soins. Afin de respecter le cadre légal et les droits des personnes, mais aussi de favoriser des soins de qualité et en sécurité, il est primordial de recueillir et respecter le consentement. Celui-ci doit être éclairé, explicite, libre et réitéré tout au long de la consultation. Cet article fait le point sur le concept du consentement et offre des outils pratiques pour son application dans les soins.

Biais de genre dans la prise en charge médicale: que faire?

Dre ELISA GEISER^a, Dre FRANCESCA ARENA^b, Pre CAROLE CLAIR^a et Dre JOËLLE SCHWARZ^a

Rev Med Suisse 2024; 20: 1234-7 | DOI : 10.53738/REVMED.2024.20.880.1234

Les données en santé font état de différences de traitement médical en fonction du genre. L'une des hypothèses est que ces différences de traitement ne sont pas des discriminations intentionnelles, mais relèvent de biais implicites et inconscients des soignant-e-s. Ces biais ont une influence sur les raisonnements et la pratique clinique des soignant-e-s. Cet article, à l'aide d'exemples cliniques, illustre comment la pratique réflexive est intégrée à l'enseignement en médecine à Lausanne afin de permettre aux étudiant-e-s d'identifier leurs biais, de les contrôler et d'assurer des soins équitables et pertinents. Il est également proposé aux étudiant-e-s de réfléchir à leur positionnement social, car thématiser les dynamiques de pouvoir autour des savoirs et des interactions sociales permet de mieux comprendre et préparer la pratique médicale.

Gender bias in clinical management: what can we do?

Health data show that there are differences in clinical management based on gender. One hypothesis is that these differences in management are not intentional discrimination but are the result of implicit and unconscious biases on the part of healthcare providers. These biases influence the clinical reasoning and practice of providers. This article, using clinical examples, illustrates how reflective practice is integrated into medical teaching in Lausanne to enable students to identify their biases, control them and ensure fair and relevant care. Students are also prompted to reflect on their social positionality, as thematising the power dynamics around knowledge and social interactions helps to better understand and prepare for medical practice.

INTRODUCTION

Depuis quelques décennies, des données en santé font état de différences de traitement médical en fonction du genre. Par exemple, la sévérité de la douleur tend à être sous-estimée chez les femmes.¹ Aux urgences, ces dernières se voient prescrire moins d'analgesiques et plus d'antidépresseurs, et elles attendent plus longtemps que les hommes pour être prises en charge.²⁻⁵ En 2017, la Société européenne de cardiologie annonçait que «les femmes ont tendance à recevoir moins souvent que les hommes des traitements fondés sur des données probantes».⁶ Une récente étude menée à partir de données

hospitalières suisses montre que les femmes bénéficient en moyenne de moins d'interventions après un diagnostic d'infarctus du myocarde et que leur pronostic vital est moins bon, notamment chez celles de moins de 50 ans.⁷ Dans certains domaines, des études montrent que ce sont les hommes qui sont moins bien pris en charge, par exemple pour l'anxiété et la dépression^{8,9} ou encore l'ostéoporose.¹⁰ Il est cependant encore difficile de comprendre quels éléments concrets dans les soins conduisent à ces inégalités de traitement, car d'une part, nous ne disposons pas de données suffisantes sur le genre (au-delà de la variable femme-homme) et, d'autre part, l'exploration des données nécessite d'autres approches méthodologiques (l'observation qualitative des pratiques, notamment).

L'une des hypothèses avance que ces différences de traitement ne sont pas des discriminations explicites et intentionnelles, mais relèvent de biais implicites et inconscients des soignant-e-s (tableau 1). En effet, la présence de biais implicites dans les interactions cliniques peut avoir un impact négatif sur la communication et la relation de confiance entre soignant-e-s et patient-e-s, sur la qualité des soins et, en fin de compte, contribue aux inégalités en matière de santé.¹¹⁻¹⁴ Les biais implicites de genre sont liés au contexte socioculturel. Étudié en sciences sociales, le genre est un concept qui permet de décrire comment le monde social est organisé de façon binaire et hiérarchisé à travers des rôles, des relations et des normes de genre. Ainsi, le genre est une dimension structurante de la subjectivité des individus dans leur perception de soi et dans le rapport aux autres, y compris aux patient-e-s.¹⁵ Par ailleurs, des biais implicites existent autour de la dimension du genre mais aussi de manière intersectionnelle avec d'autres dimensions comme l'âge, l'origine, la classe sociale, la morphologie corporelle ou l'orientation sexuelle. Certains de ces aspects sortent du cadre de l'article et ne seront pas traités ici.

TABLEAU 1 Définitions des biais implicites

Pour les deux citations: il s'agit d'une traduction libre des autrices.

Opérant de façon non intentionnelle, voire inconsciente, «le biais implicite peut être activé rapidement et à son insu par des indices situationnels (par exemple, la couleur de peau ou l'accent d'une personne), exerçant silencieusement leur influence sur la perception, la mémoire et le comportement».¹² Les biais implicites peuvent être dissociés des valeurs d'une personne (traiter tout le monde de façon égale) mais influencer les pensées et actions de cette personne (percevoir les patient-e-s noir-e-s comme moins compétent-e-s et ne pas leur prescrire une médication, ou percevoir les plaintes des femmes comme plutôt psychogènes). «Pour atteindre l'objectif de fournir des soins impartiaux, les professionnel-le-s de la santé doivent se méfier de toute forme d'évaluation négative liée à l'appartenance à un groupe ou à une caractéristique particulière»,²⁷ comme le genre, l'ethnicité ou l'orientation sexuelle.

^aUnité santé et genre, Département des polycliniques, Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Faculté de biologie et de médecine, Université de Lausanne, 1011 Lausanne, ^bInstitut éthique histoire humanités, Université de Genève, 1211 Genève 4
elisa.geiser@unisante.ch | francesca.arena@unige.ch | carole.clair@unisante.ch
joelle.schwarz@unisante.ch

Dans ce contexte, l'approche réflexive est préconisée pour remédier aux effets des biais implicites: il s'agit de mettre en place des activités de développement de compétences dans lesquelles les soignant-e-s explorent leurs propres représentations sociales, stéréotypes et biais, et leur manifestation dans la pratique clinique.¹⁶ Dans la formation médicale, la pratique réflexive (**tableau 2**) est une approche essentielle pour renforcer les compétences et le professionnalisme des soignant-e-s, en leur permettant, par exemple, de réfléchir aux décisions cliniques impliquant une dynamique de pouvoir qu'elles-ils exercent vis-à-vis des patient-e-s, susceptible d'interagir avec les choix.¹⁷⁻²⁰

APPROCHE RÉFLEXIVE SUR LES BIAIS DE GENRE EN PRATIQUE CLINIQUE: L'EXPÉRIENCE LAUSANNOISE

En 2019, un projet pilote d'enseignement «médecine et genre» utilisant l'approche réflexive a été intégré aux cours blocs (stage clinique de 4^e année de médecine) en médecine générale ambulatoire à Lausanne et a été décrit dans la *Revue Médicale Suisse* et ailleurs.^{21,22} Deux éléments ont émergé comme facilitateurs d'un engagement des étudiant-e-s dans l'approche réflexive: le fait de réfléchir sur la base de cas cliniques réellement rencontrés (plutôt que des vignettes) et les discussions de groupe entre pairs, encadrées par une experte médecine et genre. Comme décrit dans la littérature, l'expérience personnelle est un puissant déclencheur pour impliquer les étudiant-e-s dans l'approche réflexive.²³

Depuis 2020, cet enseignement a été pérennisé. De plus, les étudiant-e-s choisissant de faire leur cours blocs à Unisanté (environ 35 par an) approfondissent l'approche réflexive sur plusieurs semaines. En effet, en plus d'identifier les potentiels biais de genre dans la pratique clinique, les étudiant-e-s sont amené-e-s à identifier leur positionnement social, c'est-à-dire les caractéristiques sociales par lesquelles elles-ils s'identifient (genre, âge, origine sociale, etc.). Cela permet une réflexion sur l'influence de leurs caractéristiques sociales sur la construction de leur posture professionnelle et sur la relation

TABLEAU 2	Définitions de la pratique réflexive

Il s'agit d'une traduction libre des autrices.

«Le processus d'engagement de soi dans des interactions attentives, critiques, exploratrices et itératives avec ses pensées et de ses actions, ainsi qu'avec leur cadre conceptuel sous-jacent, en vue de les changer et avec un regard sur le changement lui-même.»

(Selon réf.²⁸).

TABLEAU 3	Théorie du point de vue (ou positionnement)

Il s'agit d'une traduction libre des autrices.

Largement utilisé dans la recherche qualitative, le positionnement décrit la «position spécifique de l'auteur de la connaissance (du prestataire de soins) dans un contexte donné, position toujours définie par le sexe, la race, la classe et d'autres dimensions socialement significatives»²⁹ Appliquée aux études médicales, le positionnement nous permet d'explorer la manière dont les identités et les positions des étudiant-e-s influencent la construction de l'identité professionnelle, ainsi que la pratique médicale à travers leurs rencontres avec les patient-e-s.

aux patient-e-s (**tableau 3**). Les fiches réflexives documentées par les étudiant-e-s pour cet exercice ont été analysées par une équipe interdisciplinaire. Nous présentons ici une synthèse de résultats issus de cette recherche à travers quatre extraits de réflexions d'étudiant-e-s.

BIAIS DE GENRE AUTOUR DE LA SEXUALITÉ

«Il s'agissait d'une patiente de 32 ans, en bonne santé habituelle, qui consultait aux urgences pour une odynophagie présente depuis une semaine. (...) elle avait deux enfants, de 2 et de 4 ans, qu'elle élevait seule. (...) Dans ce cas, nous n'avons absolument pas questionné la patiente au sujet de ses rapports sexuels et nous n'avons ainsi pas évalué le risque qu'elle ait contracté une infection sexuellement transmissible (IST). (...) Chez un homme célibataire, cet aspect aurait peut-être été abordé plus facilement. (...) Bien qu'en théorie nous apprenons que les femmes sont autant à risque d'attraper une IST que les hommes, un comportement différent a probablement été adopté en raison du genre de la patiente. Je pense que ce biais a été engendré par notre interprétation de la situation psychosociale décrite par la patiente: en effet, elle a rapidement évoqué ses deux enfants, et le fait qu'elle consacrait beaucoup de temps à leur éducation, en plus de son travail. De manière inconsciente, cette description du quotidien de la patiente semblait exclure le fait qu'elle puisse avoir des rapports sexuels à risque, ce qui n'aurait probablement pas été le cas chez un homme dans cette même situation.»

Cet exemple, que nous avons choisi parmi d'autres de la même teneur, permet d'illustrer le fait que la sexualité des patient-e-s est implicitement pensée par les soignant-e-s de manière genrée. Les représentations sociales, collectivement partagées, tendent à catégoriser la sexualité des femmes comme «plus douce et responsable», de surcroît si elles sont mariées et mères, et celle des hommes comme «plus à risque».²⁴ Ainsi, chez une femme évoquant le fait d'être mère comme dans cet exemple, il est implicitement entendu qu'elle n'a pas de comportements sexuels à risque et ces risques ne sont pas évalués lors de la prise en charge. Alors que chez un homme, au-delà de son statut parental, l'association entre son genre et des comportements sexuels à risque aurait peut-être mené à l'exploration de ce risque, selon la réflexion de l'étudiante. L'exercice de réflexivité permet aux étudiant-e-s d'activement et explicitement penser leurs représentations sociales et de saisir les enjeux de genre dans la pratique clinique par les biais implicites. Cet exemple illustre également le fait que les biais de genre peuvent aussi être induits par le discours des patient-e-s, eux-mêmes véhiculant parfois des représentations genrées de la santé et des risques liés à la santé.

BIAIS DE GENRE LIÉS À LA DIVISION SEXUELLE DU TRAVAIL

«Patient de 28 ans, peintre en bâtiment, se présente avec des douleurs thoraciques variables en fréquence, durée et intensité

(3-4/10), non respiro-dépendantes et non position-dépendantes, localisées sous le mamelon gauche. Pas de toux, pas de voyage, ni d'autre immobilisation prolongée. Pas de palpitations, pas de syncope, pas de dyspnée, pas d'œdèmes des membres inférieurs. Le patient a eu des épisodes similaires dans le passé mais jamais aussi longtemps. Il dit avoir mal lorsqu'il prend de l'air. Sportif. Tabagisme actif 2-3 UPA (unité paquet-année). Pas de mort subite dans la famille, ni de syndrome coronarien aigu.

[...] Les douleurs que présentait le patient n'étaient pas reproducibles à la palpation, et donc on pensait plutôt à une origine psychogène des douleurs. On lui a demandé comment ça se passe au niveau du travail, par contre on a laissé un peu à côté tout l'aspect familial ou social.»

Ce cas rapporté par une étudiante reflète les biais de genre liés à la division sexuelle du travail et apparaissant fréquemment. La division sexuelle du travail désigne la façon dont les sociétés telles que la nôtre ont organisé une répartition du travail en fonction du genre: les hommes occupant le travail dans la sphère productive et rémunéré, et par là-même valorisé, et les femmes accomplissant le travail gratuit dans la sphère reproductive, généralement non rémunéré, dévalorisé et invisibilisé.²⁵ Bien que cette division ait évolué, puisqu'on trouve en Suisse beaucoup de femmes en emploi et des hommes partageant le travail domestique, les femmes travaillent en majorité à temps partiel et continuent à fournir la plus grande partie du travail reproductif (travail domestique, soins aux autres).²⁶ Dans la pratique clinique, le biais qui découle de cette organisation sociétale est que, lors de l'anamnèse, c'est la situation familiale des patientes qui est la plus fréquemment explorée et à l'inverse, chez les patients, c'est leur situation professionnelle qui est davantage explorée, comme révélé plus haut. Ne pas explorer la sphère familiale chez les hommes expose au risque de passer à côté de situations de souffrances qui ne seraient pas évoquées spontanément, et ne pas approfondir la sphère professionnelle chez les femmes conduit à manquer des situations de risques professionnels impactant la santé.

POSITIONNEMENT SOCIAL ET POSTURE PROFESSIONNELLE

«Étant fille de parents immigrés, même si je suis née en Suisse et suis de la 2^e génération, je pense pouvoir m'identifier plus aisément aux patients étrangers ou immigrés (peut-être un peu mieux que mes collègues de volée 100% suisse). J'adopterai ainsi peut-être une posture moins "jugeante", en tout cas je l'espère. J'ai vécu des galères dans mon enfance, notamment, qui font de moi ce que je suis aujourd'hui, et je pense que tout ce contexte influencera plutôt positivement ma future pratique clinique.»

«Enfance dans un petit village avec peu d'étrangers: difficultés à me rendre compte de ce que les étrangers vivent et de ce qu'est leur intégration en Suisse, peu de confrontations à des drogues qu'on rencontre plus facilement dans de grandes villes. Entourage avec orientation sexuelle variée et partage d'expériences me permettant d'aborder sereinement ce que les patients peuvent

ressentir lorsqu'ils se sentent dans une posture de "différence" par rapport à ce que la société peut encore considérer comme normal.»

L'exercice de positionnement proposé aux étudiant-e-s a révélé que certaines facettes sociales sont identifiées comme des barrières à la compréhension des expériences des patient-e-s. Par exemple, venir de classes sociales plus aisées, avoir un niveau d'éducation élevé ou avoir grandi dans un environnement rural culturellement moins diversifié – comme dans le deuxième exemple – rend la compréhension des expériences de personnes précaires ou avec un parcours migratoire plus difficile. Dans le même sens, certain-e-s étudiant-e-s associent leurs positions sociales moins privilégiées ou moins «dans la norme» comme des atouts pour la relation en clinique, par exemple, en termes d'empathie, comme décrit dans les deux exemples.

CONCLUSION

Les biais de genre, et d'autres types de biais, influencent la pratique clinique à travers des représentations sociales et des stéréotypes. Ces représentations sociales proviennent de la façon dont les rôles et les normes de genre sont façonnés dans la société. Le postulat de l'approche réflexive est que l'identification et la compréhension de ces mécanismes permettent de minimiser leur influence dans les pensées et les actions des soignant-e-s, c'est-à-dire dans le raisonnement clinique et la prise en charge des patient-e-s.

Par ailleurs, dans une consultation, différents types de savoir se côtoient: le savoir expérientiel des patient-e-s sur leur corps et leur problème de santé, et le savoir médical théorique mobilisé par les médecins, mais aussi leur savoir-faire et leur savoir-être clinique. Parfois, la ou le médecin partage le savoir expérientiel autour du problème de santé ou de la situation de vie si elle ou il l'a lui-même vécu. Mener une réflexion sur comment *on pense*, comment *on fait* et qui *on est* nous semble essentiel pour développer et maintenir des compétences cliniques de qualité et équitables.

L'expérience de notre enseignement aux étudiant-e-s de médecine nous amène à affirmer que la tension existant entre les injonctions de neutralité et d'objectivité professionnelles et le contexte social et culturel de la relation clinique doit être explicitée aux étudiant-e-s, car elle est constitutive de la pratique médicale. Thématiser les dynamiques de pouvoir autour des savoirs et des interactions sociales permet de mieux refléter et préparer la (future) pratique médicale.

Conflit d'intérêts: Les autrices n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

ORCID ID:

E. Geiser: <https://orcid.org/0000-0001-8239-1567>
 F. Arena: <https://orcid.org/0000-0003-0486-8766>
 C. Clair: <https://orcid.org/0000-0001-5281-0943>
 J. Schwarz: <https://orcid.org/0000-0002-0992-3165>

IMPLICATIONS PRATIQUES

L'approche réflexive sur le genre peut être adoptée quel que soit le niveau ou la spécialité médicale:

- Lorsque vous consultez, demandez-vous ce que vous feriez différemment si le patient était une patiente (anamnèse, status, diagnostic différentiel, prise en charge). Est-ce que ces variations dans le raisonnement ou dans les actions sont justifiées cliniquement ou au contraire sont-elles liées à des biais de genre avec des conséquences négatives pour les patient-e-s?
- Seul-e, réfléchissez à votre positionnement social: demandez-vous dans quelle mesure les caractéristiques sociales par lesquelles vous vous identifiez (genre, origine sociale, appartenance ethnique, orientation sexuelle, etc.) influencent votre pratique clinique (de manière positive ou négative).

Pour aller plus loin:

Checklist: outil pour la réflexion sur les biais de genre en médecine.



Testez vos biais implicites via le Projet Implicit, développé par des universités américaines, amusant et instructif! <https://implicit.harvard.edu/implicit/takeatest.html>



1 Zhang L, Losin EAR, Ashar YK, Koban L, Wager TD. Gender Biases in Estimation of Others' Pain. *J Pain*. 2021 Sep;22(9):1048-59.

2 Hamberg K, Risberg G, Johansson EE, Westman G. Gender bias in physicians' management of neck pain: a study of the answers in a Swedish national examination. *J Womens Health Gend Based Med*. 2002 Sep;11(7):653-66.

3 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 May;15(5):414-8.

4 Lord B, Cui J, Kelly AM. The impact of patient sex on paramedic pain management in the prehospital setting. *Am J Emerg Med*. 2009 Jun;27(5):525-9.

5 Hirsh AT, Hollingshead NA, Matthias MS, Bair MJ, Kroenke K. The influence of patient sex, provider sex, and sexist attitudes on pain treatment decisions. *J Pain*. 2014 May;15(5):551-9.

6 Huded CP, Johnson M, Kravitz K, et al. 4-Step Protocol for Disparities in STEMI Care and Outcomes in Women. *J Am Coll Cardiol*. 2018 May 15;71(19):2122-32.

7 **Huber E, Le Pogam MA, Clair C. Sex related inequalities in the management and prognosis of acute coronary syndrome in Switzerland: cross sectional study. *BMJ Medicine*. 2022 Nov 17;1(1):e000300.

8 **Le Boudec J, Félix S, Gachoud D, et al. The influence of patient gender on medical students' care: Evaluation during an objective structured clinical examination. *Patient Educ Couns*. 2023 May;110:107655.

9 Oliffe JL, Rossnagel E, Seidler ZE, et al. Men's Depression and Suicide. *Curr Psychiatry Rep*. 2019 Sep 14;21(10):103.

10 Fratangelo L, Tessitore E, D'amelio P, et al. Égalité à tous les âges: aborder la discrimination de genre chez les patient-es âgé-es. *Rev Med Suisse*. 2024;20(880):1243-7.

11 Gopal DP, Chetty U, O'Donnell P, Gajria C, Blackadder-Weinstein J. Implicit bias in healthcare: clinical practice, research and decision making. *Future Healthc J*. 2021 Mar;8(1):40-8.

12 Blair IV, Steiner JF, Havranek EP. Unconscious (implicit) bias and health disparities: where do we go from here? *Perm J*. 2011;15(2):71-8.

13 Risberg G, Johansson EE, Hamberg K. A theoretical model for analysing gender bias in medicine. *Int J Equity Health*. 2009 Aug 3;8:28.

14 Hamberg K. Gender bias in medicine. *Womens Health (Lond)*. 2008 May;4(3):237-43.

15 Lépinard E, Lieber M. Les théories en études de genre. Paris: La Découverte, 2020.

16 Gonzalez CM, Lyson ML, Sukhera J.

Twelve tips for teaching implicit bias recognition and management. *Med Teach*. 2021 Dec;43(12):1368-73.

17 Landy R, Cameron C, Au A, et al. Educational Strategies to Enhance Reflexivity Among Clinicians and Health Professional Students: A Scoping Study. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*. 2016;17(3):14.

18 Mann K, Gordon J, MacLeod A. Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2009 Oct;14(4):595-621.

19 Sandars J. The use of reflection in medical education: AMEE Guide No. 44. *Med Teach*. 2009 Aug;31(8):685-95.

20 Verdonk P. When I say reflexivity. *Med Educ*. 2015 Feb;49(2):147-8.

21 *Geiser E, Clair C, Auer S, et al. Pratique réflexive dans les cours-blocs de médecine ambulatoire ou comment penser le genre en clinique. *Rev Med Suisse*. 2020;16(713):2104-7.

22 *Geiser E, Schillier LV, Carrier JM, Clair C, Schwarz J. Reflexivity as a tool for medical students to identify and address gender bias in clinical practice: A qualitative study. *Patient Educ Couns*. 2022 Dec;105(12):3521-8.

23 Uygar J, Stuart E, DePaor M, et al. A Best Evidence in Medical Education systematic review to determine the most effective teaching methods that develop

reflection in medical students: BEME Guide No. 51. *Med Teach*. 2019 Jan;41(1):3-16.

24 Bozon M. Autonomie sexuelle des jeunes et panique morale des adultes. *Le garçon sans frein et la fille responsable. Agora débats/jeunesses*. 2012;(60):121-34.

25 Kerfoot D. Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe. In: Bisilliart J, Verschuer C, editor. *Genre et économie: un premier éclairage. Genève: Graduate Institute Publications*, 2001; p. 78-88.

26 Office fédéral de la statistique (OFS). *Les familles en Suisse. Rapport statistique 2021* [En ligne]. 15 mai 2021. Disponible sur: www.bfs.admin.ch/asset/fr/17084547

27 Fitzgerald C, Hurst S. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Med Ethics*. 2017 Mar 1;18(1):19.

28 *Nguyen QD, Fernandez N, Karsenti T, Charlin B. What is reflection? A conceptual analysis of major definitions and a proposal of a five-component model. *Med Educ*. 2014 Dec;48(12):1176-89.

29 Alcock L. Cultural Feminism versus Post-Structuralism: The Identity Crisis in Feminist Theory. *Signs*. 1988;13(3):405-36.

* à lire

** à lire absolument

Appliquer le consentement, dans les soins et au-delà

Dre LORENA MACKINNON LACASA^a, Dre JASMINE ABDULCADIR^b, Dre MARTINE JACOT-GUILLARMOD^c,
ORANE WIDDER^d et Dre MELISSA DOMINICÉ DAO^e

Rev Med Suisse 2024; 20: 1238-42 | DOI : 10.53738/REVMED.2024.20.880.1238

Les violences sexuelles constituent une violence de genre, dans la mesure où les victimes sont principalement des femmes et les auteurs des hommes. D'autres groupes de personnes vulnérables sont également davantage concernés, en particulier les personnes de la diversité sexuelle et de genre. Ces violences sexuelles et de genre existent également dans les soins. Afin de respecter le cadre légal et les droits des personnes, mais aussi de favoriser des soins de qualité et en sécurité, il est primordial de recueillir et respecter le consentement. Celui-ci doit être éclairé, explicite, libre et réitéré tout au long de la consultation. Cet article fait le point sur le concept du consentement et offre des outils pratiques pour son application dans les soins.

Applying consent, in healthcare and beyond

Sexual violence constitutes a form of gender-based violence, to the extent that the victims are mainly women. Other groups of vulnerable people are also more affected, in particular gender and sexual diversity persons. Sexual and gender-based violence can also occur in healthcare. To respect the legal framework and people's rights, but also to promote safety and quality in healthcare, it is essential to obtain and respect consent. Consent must be informed, explicit, freely given, and reiterated throughout the consultation. This article reviews the concept of consent and offers practical tools for its application in healthcare.

VIOLENCES SEXUELLES DANS LES SOINS: ÉTAT DES LIEUX

D'après une enquête menée en 2019 par gfs.bern,¹ une femme sur cinq en Suisse a été victime au moins une fois d'un acte sexuel non consenti et 12% des femmes de plus de 16 ans rapportent avoir vécu un rapport sexuel non consenti. Les agressions sexuelles, définies comme les actes à caractère sexuel ne respectant pas le consentement de la victime, ont lieu dans divers contextes et celui des soins n'en est pas épargné. Elles sont une violation des droits humains et de ce fait interdites par la loi et poursuivables pénallement (Articles 188, 189, 190, 192 et 193 du Code pénal suisse). Les statistiques policières ne reflètent que la proportion minoritaire de

personnes exposées à la violence sexuelle qui portent plainte.² En Suisse en 2022, 867 cas de viols et 752 agressions sexuelles (dont 90 signalés par des hommes) ont occasionné une plainte pénale,^{3,4} alors que 5 859 personnes se sont adressées à un centre d'aide aux victimes en raison d'une agression sexuelle ou un viol.⁵

Nouvelles dispositions du droit pénal quant aux violences sexuelles

Une modification des articles de lois sur les violences sexuelles entrera en vigueur dans le Code pénal suisse le 1^{er} juillet 2024.⁶ C'est la solution du refus ou du «non c'est non» qui sera appliquée. La notion de contrainte par la violence ou par la menace ne sera plus nécessaire pour constituer les infractions. Les faits seront qualifiés de viol ou de contrainte sexuelle lorsque la victime aura exprimé par des mots ou par des gestes son refus d'avoir un contact sexuel et que l'auteur ne l'aura pas respecté. L'état de sidération sera également pris en compte et considéré comme une manière de s'opposer. Par ailleurs, la définition pénale du viol sera élargie à tout acte de pénétration du corps féminin ou masculin, alors qu'elle était jusque-là limitée à la pénétration d'un pénis dans un vagin.

Contrairement à 14 autres pays européens, la Suisse n'a toutefois pas adopté une définition des violences sexuelles basée sur le consentement, c'est-à-dire sur le «oui c'est oui», dans lequel les actes sexuels sont licites uniquement avec un consentement verbal ou non verbal des personnes impliquées. Dans le modèle du «non c'est non», les rapports sexuels sont a priori licites sauf si la personne dit non. La responsabilité incombe à la victime de pouvoir manifester son refus.

Les personnes cibles d'agressions sexuelles sont avant tout les personnes discriminées sur la base de leur genre, c'est-à-dire les femmes, mais également les minorités et les personnes vulnérables telles que les enfants, les personnes queer (ne s'identifiant pas à la norme dominante hétérosexuelle cis-género), les personnes en situation de handicap physique ou psychique, obèses, racisées, migrantes, réfugiées, ou encore celles en situation de précarité (liste non exhaustive).

Ces notions sont importantes à connaître en tant que professionnel-le de la santé, car les violences de genre, comprenant les violences sexuelles mais également verbales, psychologiques, domestiques, économiques, administratives, et les cyberviolences, ont un impact global négatif sur la santé des victimes/survivant-es.⁷ Elles ont des effets immédiats et à long terme sur la santé et le bien-être physique, sexuel, social

^aUnité des urgences psychiatriques, Département de médecine aiguë, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^bUnité des urgences gynéco-obstétricales, Département de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^cService de gynécologie-obstétrique, Département femme-mère-enfant, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^dUnité de santé sexuelle et planning familial, Département de médecine de premier recours, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^eService de médecine de premier recours, Département de médecine de premier recours, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14
lorena.mackinnonlacasa@hug.ch | jasmine.abdulcadir@hug.ch
martine.jacot-guillarmod@chuv.ch | orane.widder@hug.ch | melissa.dominice@hug.ch

et mental. Les impacts psychologiques comprennent la dépression, l'anxiété, le syndrome de stress post-traumatique,⁸ l'abus d'alcool et de substances, les troubles du comportement alimentaire; on observe comme impact additionnel une augmentation des idées suicidaires et des tentatives de suicide. Des études ont également constaté que la violence sexuelle était associée à des restrictions d'activités, à des douleurs aiguës et chroniques,⁹ à des dysfonctionnements sexuels tels que le vaginisme, la vulvodynie ou la dyspareunie,¹⁰ à une diminution de la satisfaction et du fonctionnement sociaux, ainsi qu'à une baisse de l'estime de soi et de la qualité de vie.¹¹

Les violences sexuelles commises dans un contexte diagnostique ou thérapeutique, longtemps restées cachées, sont maintenant étudiées et discutées dans les milieux politiques mais également scientifiques. En 2018, en France, le Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCD) a émis un rapport sur les violences gynécologiques et obstétricales, les dénonçant et demandant la mise en place de mesures préventives ainsi qu'une prise en charge médicale des patientes dans le respect de leurs droits, de leur corps et de leur santé.¹² En Suisse, il n'existe pour le moment pas de statistiques concernant ces violences. La question des violences gynécologiques et obstétricales a fait cependant partie des débats politiques en 2018¹³ et une recherche en sciences sociales sur les violences obstétricales est en cours en Suisse romande, elle vise à pouvoir offrir un «matériel réflexif aux milieux de soins et de l'action publique».¹⁴

Les violences sexistes et sexuelles en consultation peuvent être, dans l'extrême du spectre, des viols ou des agressions sexuelles. Cependant, beaucoup d'autres comportements communément imaginés comme des actes de gravité inférieure, par exemple, des gestes ou commentaires définis comme «déplacés», des examens cliniques effectués sans l'accord des patient-es ou encore des blagues avec injonctions ou connotations sexistes ou sexuelle, des remarques discriminatoires ou jugeantes envers des personnes issues de groupes discriminés, peuvent avoir également lieu dans le cadre des soins. Nous proposons dans cet article de nous concentrer sur le phénomène de violences dans les soins et de développer la notion de consentement comme outil pour prévenir et éviter ces incohérences et violences médicales.

LE CONSENTEMENT, PLUS QU'UN SIMPLE CONCEPT

Le consentement est un enjeu inhérent aux relations humaines, notamment dans la sexualité où il incarne la notion centrale qui distingue les contacts désirés des agressions. Consentir signifie «accepter que quelque chose se fasse, autoriser, accorder quelque chose».¹⁵ L'interprétation de ce terme a largement évolué, après avoir été thématisé et politisé notamment par les luttes féministes pour la réappropriation du corps des femmes et la prévention de violences sexuelles.

En médecine, si le consentement éclairé est aujourd'hui un élément incontournable, le pouvoir de décision a longtemps été octroyé uniquement aux médecins, détenant l'expertise médicale et s'inscrivant dans une vision paternaliste des soins. La recherche médicale sur les êtres humains a soulevé des questions éthiques qui ont engendré, depuis les années 1950,

une évolution progressive de l'autodétermination des patient-es au cœur des décisions concernant leur corps et leur santé. Des mouvements citoyens, comme ceux générés dans les années 1980 lors de l'épidémie de VIH/sida, ou plus récemment les mobilisations contre les violences gynécologiques et obstétricales, ont contribué à faire entendre la voix des patient-es et à remettre en cause certaines pratiques médicales.^{16,17}

Les droits des patient-es stipulent que pour tout acte, le personnel soignant doit obtenir le consentement libre et éclairé de la personne soignée qu'elle soit mineure ou majeure. Des exceptions sont faites dans des conditions strictes, par exemple, lors de situations d'urgence, de placement à fin d'assistance, ou d'incapacité de discernement.¹⁸ Le consentement presuppose que la personne soit libre de le donner et connaisse l'ensemble des conséquences possibles de sa décision. Cette condition est complexe dans la réalité des soins, notamment dû au rapport asymétrique de pouvoir et de connaissance et des diverses complexités dans lesquelles s'inscrit la relation thérapeutique.¹⁹

Or, donner accès au corps et à l'intimité, que cela soit dans le cadre de l'intimité, la sexualité, de soins corporels ou de soins médico-chirurgicaux, engendre une position de vulnérabilité. Le risque étant de mettre en péril son intégrité physique et psychique.²⁰ Un consentement valide nécessite une appropriation de son propre corps, permettant de sentir et communiquer ses limites, et une confiance en l'autre. Il s'inscrit dans un processus dynamique au sein d'une relation bienveillante et respectueuse. La recherche de consentement est une compétence à développer dans tous rapports interindividuels, mais particulièrement pour le personnel soignant (**tableau 1**).^{21,22}

OUTILS PRATIQUES POUR OBTENIR LE CONSENTEMENT EN CONSULTATION

Anamnèse

L'entretien est un moment-clé de toute consultation. Il permet d'expliquer le cadre confidentiel, les objectifs de la consultation ainsi que de créer le lien de confiance, essentiel à la bonne pratique des soins. Pour ce faire, il s'agit de recueillir la

TABLEAU 1		Définition du consentement en 5 critères ^a
^a Amnesty International. How to Talk and Think about Consent. 2021. Disponible sur : www.amnesty.org/fr/latest/campaigns/2021/06/italy-toolkit-blog-how-to-talk-and-think-about-consent/		
Le consentement, dans toute relation interpersonnelle, doit être:	Ce qui implique:	
Libre	Qu'il n'y ait aucune pression, violence ou manipulation. Il est libre d'être donné ou non	
Éclairé	La compréhension de l'acte concerné ainsi que de ses conséquences	
Explicite	Qu'il ne soit ni tacite ni présumé, mais demandé et exprimé explicitement	
Spécifique	Qu'il ne concerne qu'un seul acte, sans impliquer qu'il le soit également pour un autre	
Réversible	Qu'il peut être retiré à tout moment, avant et pendant l'acte concerné	

parole des patient-es sans jugement ni interprétation et dans le respect de l'altérité. Privilégier des questions ouvertes qui invitent au dialogue permet à la personne une participation collaborative centrée sur ses besoins. L'autorisation d'aborder différentes thématiques est demandée à la personne au fur et à mesure de l'entretien, en explicitant les motifs de cette exploration. Tout refus doit être respecté.

Dépistage systématique des violences en consultation

Seulement une partie mineure des violences, tant dans les soins que dans le privé, sont rapportées. Il est donc important de les dépister en consultation, à tout âge, dans tout milieu socioculturel et à différents moments, afin de pouvoir proposer une prise en charge adaptée. Cela se fait en instaurant un cadre bienveillant, sûre, non jugeant et ouvert. Le dépistage d'antécédents de violence, en particulier de violence sexuelle, devrait être fait préféablement avant l'examen clinique.²³ Cela permet d'adapter la communication, le contact physique lors de l'examen et les soins (en particulier en gynécologie, obstétrique, urologie, proctologie) et de dépister d'éventuelles conséquences de tels antécédents. Il est aussi utile que le personnel soignant puisse implémenter pour ces personnes la notion de «trauma informed care».²⁴ Cette dernière met en sécurité la personne, respecte son temps, identifie l'impact somatique et psychologique du trauma, renouvelle le consentement de manière régulière et transparente et évite ainsi la retramatisation. Il existe différents outils pour dépister les violences,²⁵ mais il est aussi possible de demander systématiquement et simplement à la personne si elle a déjà vécu des violences psychologiques, physiques ou des expériences sexuelles non consenties et expliquer que si la personne le souhaite, elle peut en parler avec le personnel soignant ou un-e autre professionnel-le. Il est également utile de pouvoir référer ces personnes vers les centres dédiés, par exemple l'Unité interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence (UIMPV, HUG) à Genève ou l'Unité de médecine des violences (UMV, CHUV) à Lausanne.

Examen clinique

L'examen clinique peut être vécu comme une phase intrusive de la consultation et pour cette raison, dans certaines situations, la personne peut ne pas se sentir prête ou en accord avec celui-ci. L'examen médical doit être expliqué et adapté à la situation et effectué uniquement s'il est indiqué dans le contexte de la consultation. Il implique de demander et de respecter le consentement de la personne, tout au long de l'examen. Non seulement il est important de vérifier le consentement avant tout geste, en ayant précisé la nature et le motif de cet examen. Il convient également d'être sensible au confort de la personne et à la gêne éventuelle de devoir enlever certains vêtements et de pouvoir proposer des alternatives si la situation se présente (enlever qu'une partie du vêtement, proposer des couvertures ou tenues adaptées à l'examen). Le consentement doit également être obtenu pour qu'une tierce personne (étudiant-e en formation par exemple) soit présente durant la consultation, et particulièrement lorsque celle-ci contribue à l'examen clinique ou au geste effectué.

TABLEAU 2 Outils pratiques pour un meilleur respect du consentement en consultation

Inspiré d'une idée de tableau d'outils proposés par l'association l'Achillée: *Association de soin féministe et autogérée*, créé collaborativement par des personnes soignant-es et soigné-es (www.associationachillee.com).

Attitude globale

Prendre le temps	Anticiper dans l'agenda de la consultation le temps nécessaire pour l'obtention régulière du consentement dans un cadre favorable
Viser l'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> • Être à l'écoute de la personne et explorer ses besoins et ses souhaits • Lui apporter les informations nécessaires afin qu'elle prenne les meilleures décisions pour sa santé • Coconstruire un parcours de soin sur mesure pour chacun-e, en considérant la personne comme un-e partenaire de soins
Attitude non jugeante et bienveillante	<ul style="list-style-type: none"> • Informer sans juger ou culpabiliser les patient-es sur leurs pratiques, leur hygiène de vie, leurs choix • Être attentif-ve à notre langage verbal et non verbal
Comportement calme	Rester calme et neutre quelles que soient les informations amenées par les patient-es

En début de consultation

Poser un cadre propice au consentement	<p>Explicitier que le consentement est nécessaire pour toute exploration anamnestique ou examen physique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préciser qu'à tout moment la personne peut demander d'arrêter la consultation et/ou dire si quelque chose la gêne • Verbaliser l'acceptation du refus. Ne pas prendre personnellement ce refus le cas échéant
Informations sur le déroulement de la consultation	Informier du temps à disposition et des étapes de la consultation
Personnes présentes	En cas de proche présent-e, vérifier l'accord de la personne qui consulte et, en cas de doute, s'assurer d'un moment seul-e avec le/la patient-e (par exemple, pendant l'examen clinique). S'assurer du consentement également si un-e étudiant-e en formation est présent-e, en particulier s'il ou elle participe activement à une partie de la consultation

Anamnèse

Anticiper les questions concernant la sphère intime	Expliquer l'objectif de nos questions. Demander l'accord préalable de discuter ce sujet
Écoute active du langage verbal et non verbal	Prêter attention également à la gestuelle qui peut exprimer un malaise, une résistance, ne pas hésiter à questionner s'il y a un doute

Examen clinique

Réitération constante du consentement	<ul style="list-style-type: none"> • Demander l'accord du ou de la patient-e avant l'examen • Vérifier régulièrement que le ou la patient-e est d'accord de poursuivre l'examen • Documenter le recueil du consentement dans le dossier pour s'assurer de la traçabilité
Proposer des alternatives	En cas de gêne connaître et pratiquer des alternatives lorsqu'il en existe. Pour l'examen gynécologique par exemple, proposer l'autoprélèvement ou insertion du spéculum par la personne elle-même
Anticiper les obstacles à certains gestes	Demander s'il y a une partie spécifique du corps que la personne ne souhaiterait pas que l'on examine. Proposer de pouvoir garder les vêtements quand ceux-ci ne dérangent pas l'examen
Décrire ses gestes et les raisons de ceux-ci	Expliquer à chaque moment ce que l'on fait, ce que l'on observe et ce que l'examen nous permet de savoir

Prise en charge

Proposer des alternatives	Être créatif-ve dans l'élaboration d'alternatives. Partager avec ses collègues ses stratégies respectives
Donner les informations nécessaires à la prise de décision	Les coûts, les bénéfices et les risques (y compris les effets secondaires) des soins proposés sont nécessaires pour que la personne puisse consentir à la prise en charge de façon éclairée

Spécificités de l'examen pelvien, génital et anal

L'asymétrie de pouvoir implicite d'une consultation médicale est renforcée lorsqu'il s'agit d'une consultation où l'intimité est exposée et explorée. La consultation et l'examen des organes génitaux, du pelvis, du périnée et de l'anus et des seins sollicitent des dimensions intimes de l'individu telles que l'identité de genre, la sexualité et la nudité. La pertinence des sujets discutés comme des examens pratiqués doit donc être déterminée par les principes de nécessité basés sur l'évidence scientifique et dans le respect de la temporalité propre à chaque personne et des recommandations.²⁶

L'examen gynécologique, par exemple, peut inclure un examen vulvaire, un examen au spéculum et un examen pelvien bimanuel et n'est pas recommandé sans indication.²⁷ Des examens gynécologiques ou proctologiques non justifiés peuvent être source de douleur, embarras, peur, anxiété, inconfort, trigger, voire de vécu traumatique. Selon Bloomfeld et coll., 35% des personnes ressentent l'examen gynécologique comme douloureux tandis que 34% expriment de la peur, de la gêne ou de l'angoisse face à cet acte.²⁸ L'appréhension et la méfiance peuvent entraîner un évitement des soins conduisant à un manque d'accès à la contraception ou au dépistage, particulièrement pour les personnes avec un antécédent de violence sexuelle.²⁹

En 2014 une large revue systématique américaine sur le sujet conclut qu'il est contre-indiqué de pratiquer un examen gynécologique chez les personnes asymptomatiques.³⁰ L'absence de bénéfices en termes de morbidité et mortalité ne justifie pas l'augmentation d'examens médicaux induits; ni les coûts générés ni l'inconfort et le stress imposés. L'examen doit donc être réservé aux patient-es présentant des plaintes de la sphère urogynécologique (pertes vaginales, saignements inhabituels, douleurs, difficultés urinaires ou troubles sexuels). Il peut être indiqué en cas de dépistage recommandé, mais également en l'absence de symptômes s'il est demandé par la personne, pour un questionnement anatomique par exemple.

Plusieurs outils pratiques afin de pouvoir recueillir et respecter le consentement sont présentés dans le **tableau 2**, en fonction de chaque temps de la consultation.

CONCLUSION

Les professionnel-les de santé ont la responsabilité et le devoir d'obtenir et de respecter le consentement de chaque patient-e dans les soins. Ce droit des patient-es doit être appliqué avec toutes les personnes et dans toutes les situations rencontrées. C'est un pilier nécessaire dans les soins pour créer une relation de confiance et permettre des soins sûres et de qualité. Il est indispensable que la formation prégraduée de tous les professionnel-les de la santé insiste

non seulement sur l'importance du consentement mais également sur son application concrète en clinique, afin que ces concepts soient mis en pratique dès les premiers contacts avec les patient-es. Les institutions doivent également promouvoir des politiques de «tolérance zéro» envers toute violence sexuelle en leurs murs.

Modéliser le consentement dans un contexte thérapeutique permet de montrer aux personnes soignées ce que devrait être toute relation interpersonnelle, en particulier lorsque l'intimité physique est en jeu. La démonstration de l'obtention d'un accord et, le cas échéant, du respect du refus, offre une illustration du fameux «oui c'est oui». Cela permettra peut-être aux personnes d'être mieux outillées face à de futures situations, dans les soins et au-delà et de se sentir aussi plus à l'aise dans la discussion et prise en charge d'éventuels antécédents de violences.

Conflit d'intérêts: Les auteures n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

ORCID ID:

J. Abdulcadir: <https://orcid.org/0000-0001-6245-9181>
M. Dominicé Dao: <https://orcid.org/0000-0002-0839-277X>

RESSOURCES UTILES

- Site web de l'association *Violence Que Faire* qui répertorie les ressources utiles pour les personnes victimes de violences de genre en Suisse Romande: www.violencequefaire.ch/trouver-de-l'aide/#
- Abus de pouvoir: les abus sexuels commis par les professionnels de la santé, guide pratique par l'association Viol Secours, 2022, disponible sur www.viol-secours.ch
- Le Serment d'Augusta, podcast, par Olympe de Gê et Emmanuel Flamand-Roze, 2023, disponible sur www.binge.audio

IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'obtention du consentement libre et éclairé est un droit fondamental de tout-e patient-e.
- Parmi les facteurs de risque d'agression sexuelle, on compte le genre féminin, les personnes issues de minorités liées à un handicap (physique ou psychique), à une appartenance ethnique, à une identité queer ou à la précarité, ainsi que les enfants.
- Le respect du consentement dans les soins améliore la qualité de la prise en charge, tant sur le plan du vécu et de la compliance des personnes soignées que sur la qualité des informations recueillies par les professionnel-les.
- Au cours d'une consultation, le consentement doit être obtenu de manière réitérée en précisant la nature et l'indication de toute interrogation et de tout examen.

1 Jans C, Golder I, Venetz A. Le harcèlement sexuel et les violences sexuelles faites aux femmes sont répandus en Suisse [En ligne]. Disponible sur: <https://cockpit.gfsbern.ch/fr/cockpit/>

violence-sexuelles-en-suisse/
2 Office fédéral de la statistique. Criminalité et droit pénal. Code pénal (CP): Infractions pénales et personnes prévenues [En ligne]. 25 avril 2024.

Disponible sur: www.bfs.admin.ch/bfs/en/home/statistics/crime-criminal-justice/police/offences.assetdetail.21324220.html
3 Office fédéral de la statistique. Criminalité et droit pénal. 2023. Code

pénal (CP): Violence sexuelle: évolution des infractions [En ligne]. 14 novembre 2023. Disponible sur: www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/criminalite-droit-penal/police/violence

sexualisee.assetdetail.28305460.html
 4 Office fédéral de la statistique. Criminalité et droit pénal. Violence sexuelle: Infractions et personnes lésées [En ligne]. 14 novembre 2023. Disponible sur: www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/criminalite-droit-penal/police/violence-sexuelle.assetdetail.29065839.html
 5 Office fédéral de la statistique. Criminalité et droit pénal. Consultations de victimes selon l'infraction [En ligne]. 12 juin 2023. Disponible sur: www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/criminalite-droit-penal/aide-victimes/consultations-prestations.assetdetail.25465207.html
 6 Le Conseil fédéral suisse. Les nouvelles dispositions du droit pénal en matière sexuelle entrent en vigueur le 1^{er} juillet 2024 [En ligne]. Disponible sur: www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-99508.html
 7 **Haute Autorité de santé. Recommandation de bonne pratique. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple [En ligne]. Juin 2019. Disponible sur: www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/170919_reperage_des_femmes_victimes_de_violences_au_sein_du_couple_texte_recommandations.pdf
 8 **Dworkin ER, Menon SV, Bystrynski J, Allen NE. Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2017 Aug;56:65-81.
 9 Ulirsch JC, Ballina LE, Soward AC, et al. Pain and somatic symptoms are sequelae of sexual assault: Results of a prospective longitudinal study. *Eur J Pain*. 2014 Apr;18(4):559-66.
 10 Tetik S, Yalçinkaya Alkar Ö. Vaginismus, Dyspareunia and Abuse History: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Sex Med*. 2021 Sep;18(9):1555-70.

- 11 *Schalk T, Oliero J, Fedele E, Trouset V, Lefèvre T. Evaluation of Multidimensional Functional Impairment in Adult Sexual Assault Survivors, with a Focus on Its Psychological, Physical, and Social Dimensions, Based on Validated Measurements: A PRISMA Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Jul 15;20(14):6373.
 12 Assemblée parlementaire. Violences obstétricales et gynécologiques [En ligne]. Rapport de Maryvonne Blondin. 16 septembre 2019. Disponible sur: www.senat.fr/fileadmin/import/files/fileadmin/Fichiers/Images/commission/affaires_europeennes/APCE/ODJ_2019/Avis_rapports/2019_10_Rapport_Mme_Blondin_Violences_obstetriques_et_gynecologiques.pdf
 13 Le Parlement suisse. Initiative parlementaire 18.4315: Violences gynécologiques et obstétricales en Suisse. Faire le point [En ligne]. 14 décembre 2018. Disponible sur: www.parlement.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20184315
 14 Perrenoud P, Gouilhers S, Blanc C, Gardey D. Les violences obstétricales des controverses aux prises en charge: mobilisations, savoirs, expériences [En ligne]. Disponible sur: [https://hesav.ch/recherche/projets-de-recherche/vo-fns/](http://hesav.ch/recherche/projets-de-recherche/vo-fns/)
 15 Collectif. Le Petit Larousse illustré 2017. Paris: Larousse, 2016.
 16 Fouques N. Le consentement en médecine. *Tiers*. 2022;(32):87-97.
 17 The American College of Obstetricians and Gynecologists. Collective Action Addressing Racism: Acknowledging Betsey, Lucy, and Anarcha [En ligne]. 26 février 2021. Disponible sur: www.acog.org/news/news-articles/2021/02/collective-action-addressing-racism-acknowledging-betsey-lucy-and-anarcha
 18 Office fédéral de la santé publique. Droits des patients. Traitements et soins : consentement libre et éclairé [En ligne]. 08 juillet 2020. Disponible sur: www.bag.admin.ch/bag/fr/home/medizin-und-forschung/patientenrechte/rechte-artz-spital/2-freie-einwilligung-nach-aufklaerung.html
 19 *Association Viol-secours. Abus de pouvoir : Guide pratique [En ligne]. 2022. Disponible sur: https://viol-secours.ch/wp-content/uploads/2022/05/vs_brochure_abusdepouvoir_digital_pages-1.pdf
 20 Salmona M. Violences sexuelles: Les 40 questions-réponses incontournables. Paris: Dunod; 2015.
 21 **Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Avis 142. Consentement et respect de la personne dans la pratique des examens gynécologiques ou touchant à l'intimité [En ligne]. Disponible sur: www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2023-03/Avis%2020142%20Finalise.pdf
 22 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Obtaining Valid Consent [En ligne]. Clinical Governance Advice № 6. Janvier 2015. Disponible sur: www.rcog.org.uk/media/pndfv5qf/cga6.pdf
 23 Sherman MD, Hooker S, Doering A, Walther L. Communication Tips for Caring for Survivors of Sexual Assault. *Fam Pract Manag*. 2019 Jul/Aug;26(4):19-23. Disponible sur: www.aafp.org/pubs/fpm/issues/2019/0700/p19.html
 24 Center for Health Care Strategies. What is Trauma-Informed Care? [En ligne]. Disponible sur: www.traumainformedcare.chcs.org/what-is-trauma-informed-care/
 25 US Preventive Services Task Force. Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: Recommendation Statement [En ligne]. *Am Fam Physician*. 2019 May 15;99(10). Disponible sur: www.aafp.org/pubs/afp/issues/2019/0515/od1.html
 26 Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique. Directives et aide-mémoire concernant « L'inconduite à caractère sexuel » au cabinet médical [En ligne]. Disponible sur: www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformationen/2_Guidelines/Fr/Directives_et_aide-memoire_concernant_l_inconduite_a_caractere_sexuel_2011.pdf
 27 The American College of Obstetricians and Gynecologists. The Utility of and Indications for Routine Pelvic Examination [En ligne]. Committee Opinion. 2018 October;(754). Disponible sur: www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/10/the-utility-of-and-indications-for-routine-pelvic-examination
 28 Bloomfield HE, Olson APJ, Greer N, et al. Screening pelvic examinations in asymptomatic, average-risk adult women: an evidence report for a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2014 Jul 1;161(1):46-53.
 29 Cadman L, Waller J, Ashdown-Barr L, Szarewski A. Barriers to cervical screening in women who have experienced sexual abuse: an exploratory study. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2012 Oct;38(4):214-20. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23027982/>
 30 Qaseem A, Humphrey LL, Harris R, et al. Screening pelvic examination in adult women: an clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2014 Jul 1;161(1):67-72.

* à lire

** à lire absolument

Égalité à tous les âges: aborder la discrimination de genre chez les patient-e-s âgé-e-s

Dre LUIGIA FRATANGELO^{a,*}, Dre ELENA TESSITORE^{b,c,*}, Pre PATRIZIA D'AMELIO^a, Pre DINA ZEKRY^d et Dre LAURENCE SEEMATTER-BAGNOUD^a

Rev Med Suisse 2024; 20: 1243-7 | DOI : 10.53738/REVMED.2024.20.880.1243

Cet article vise à attirer l'attention sur le risque de différences de prise en charge des patient-e-s âgé-e-s liées au sexe et au genre, illustré par deux pathologies considérées l'une comme féminine, l'autre comme masculine: l'ostéoporose et l'hypertension artérielle. Dans ce type de pathologies, les patient-e-s du sexe le moins touché par la maladie peuvent se sentir moins concerné-e-s et ont un risque accru de sous-diagnostic de la part du corps médicosoignant. De plus, les études tendent à négliger les patient-e-s du sexe moins touché, aboutissant à des guidelines ne tenant pas compte de spécificités liées au sexe ou au genre. La littérature sur les disparités de prise en charge liées au genre dans la population âgée est encore très limitée. Néanmoins, il est important de prendre en compte les spécificités liées au genre au même titre que celles liées à l'âge avancé.

Equality across ages: addressing gender discrimination among older patients

The aim of this article is to draw attention to sex- and gender-related differences in the management of elderly patients. This issue is illustrated with two diseases linked to gender and sex: osteoporosis and high blood pressure. On one hand, patients of the sex less affected by the disease may feel less concerned; on the other hand, these patients are at greater risk of being under-diagnosed by medical and nursing staff. In addition, studies tend to overlook patients of the less-affected sex, resulting in guidelines that do not take account of sex or gender specific characteristics. There is even less literature on gender-related disparities in care in the elderly population than in the young, but it can be assumed that this risk of disparities exists even more in relation to specificities in diagnosis and care of elderly patients.

INTRODUCTION

Globallement, les femmes se distinguent des hommes par une espérance de vie plus longue, en raison de différents facteurs liés au sexe (meilleure immunité, télomères plus longs, etc.) et au genre (moins de conduites à risque, notamment).¹ Cependant, la longévité supérieure des femmes est associée à une espérance de vie en moins bonne santé et à plus de fragilité en comparaison aux hommes.

Outre ces différences globales de santé au cours du vieillissement, il a été observé depuis longtemps que certaines pathologies touchent plus particulièrement un des sexes, avec des conséquences potentiellement néfastes pour les patient-e-s du sexe opposé. Les hormones sexuelles expliquent une grande partie des inégalités d'incidence des pathologies, mais d'autres spécificités biologiques jouent aussi un rôle, par exemple, au niveau de la réponse immunitaire.¹ Quant aux différences de genre, la population masculine se caractérise traditionnellement par une fréquence plus élevée de facteurs de risque comportementaux de certaines maladies comme la consommation de tabac et d'alcool, bien que ces différences se réduisent au fil des générations.² En conséquence, les patient-e-s de l'autre sexe peuvent se sentir moins concernés et protégés. De plus, ils sont plus à risque de sous-diagnostic et d'une prise en charge moins optimale. Finalement, les études tendent à négliger les patient-e-s du sexe le moins touché. Ainsi, les guidelines en découlant extrapolent les conclusions à l'ensemble de la population, ne tenant pas compte de spécificités liées au sexe ou au genre.

Finalement, des facteurs liés au genre entrent en jeu dans ces disparités de diagnostic et de traitement. L'attitude face à un problème de santé et le recours aux services de santé diffèrent: les femmes sont plus susceptibles que les hommes de s'intéresser à leur santé, notamment en matière de prévention, et ont plus souvent recours aux consultations médicales.³ Cependant, elles sont plus souvent confrontées à une précarité économique et doivent plus fréquemment s'acquitter d'un rôle de proche-aidant, ce qui pourrait les conduire à négliger leurs besoins en santé.⁴

Bien qu'il y ait peu de littérature sur le risque de disparités de pratique médicale liées au genre dans la population plus âgée, on peut supposer que ce risque perdure et s'ajoute aux spécificités de diagnostic et traitement des patient-e-s âgé-e-s. Illustré par deux vignettes cliniques, cet article attire l'attention sur le risque de différences de prise en charge de patient-e-s âgé-e-s liées au sexe et au genre.

OSTÉOPOROSE: QU'EN EST-IL CHEZ LES HOMMES?

VIGNETTE CLINIQUE 1

Suite à une chute à son domicile, Monsieur A., 75 ans, retraité du secteur de la construction, présente des douleurs intenses

^aService de gériatrie et réadaptation gériatrique, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^bService de cardiologie, Beau Séjour, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^cService de médecine interne et réadaptation, Beau Séjour, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^dService de médecine interne de l'âgé, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14
luigia.fratangelo@chuv.ch | elena.tessitore@chuv.ch | patrizia.damelio@chuv.ch
dina.zekry@chuv.ch | laurence.seematter-bagnoud@chuv.ch

*Ces deux auteures ont contribué de manière équivalente à la rédaction de cet article.

de la hanche droite. L'examen physique révèle une limitation de la mobilité de la hanche et une douleur à la palpation de la région lombaire. Le dossier médical de Monsieur A. révèle qu'il souffre de douleurs dorsales intermittentes depuis des années, qu'il avait attribuées à son travail physique et à l'âge. Aucune évaluation ni investigation plus approfondie n'avait été entreprise pour comprendre la cause de ces douleurs.

Les radiographies effectuées aux urgences confirment la suspicion de fracture du col du fémur et révèlent plusieurs fractures vertébrales anciennes de type tassemement.

Est-ce que d'autres propositions thérapeutiques devraient compléter la prescription de calcium et vitamine D initiée durant l'hospitalisation aiguë?

Réponse: un traitement spécifique (par exemple, par un biphosphonate) devrait être envisagé et l'activité physique devrait être encouragée chez ce patient, en lui proposant, par exemple, des séances d'activités physiques adaptées dans la continuité du traitement de réadaptation.

l'homme n'ont été introduites qu'en 2008 aux États-Unis.¹⁰ La densité minérale osseuse (DMO) est un prédicteur important de la survenue d'une fracture lors d'un traumatisme à faible énergie. Chez les femmes, une DMO de plus de 2,5 écarts-types en dessous de la masse osseuse maximale (score $T < -2,5$) définit l'ostéoporose.¹¹ L'utilisation de cette valeur seuil chez les hommes a été critiquée car elle sous-estime potentiellement la prévalence de l'ostéoporose dans la population masculine étant donné que la densité osseuse est en moyenne plus élevée. Cependant, une méta-analyse incluant 39 000 personnes a montré que la prédition du risque de fracture pour chaque diminution de DMO au niveau du col du fémur était similaire chez les hommes et chez les femmes.¹² Si la DMO est fortement corrélée au risque de fracture, d'autres facteurs (âge, sexe, antécédents de fractures, etc.) influencent le risque de fracture et doivent être pris en compte dans les décisions thérapeutiques. Dans ce contexte, l'OMS encourage l'utilisation de l'outil FRAX estimant la probabilité à 10 ans d'une fracture ostéoporotique majeure (de la hanche, de la colonne vertébrale, de l'humérus ou du poignet), avec des versions spécifiques à différents pays (<https://frax.shef.ac.uk>).¹³

Épidémiologie

A priori, le sexe masculin est mieux protégé contre l'ostéoporose: dès la puberté, la densité minérale osseuse est plus élevée chez les hommes. Durant l'âge adulte, les os des hommes continuent à s'élargir par apposition de périoste, de sorte que la masse osseuse et la résistance de l'os sont supérieures à celles des femmes. Concernant la perte osseuse, elle survient plutôt progressivement chez les hommes, alors qu'elle s'accélère fortement chez les femmes pendant plusieurs années pendant et après la ménopause. La focalisation sur le lien entre ménopause et ostéoporose a conduit à négliger le rôle des facteurs liés au genre: les hommes présentent un profil d'activité physique et de consommation de calcium plus favorable à la santé osseuse, bien que contrebalancé par une consommation plus élevée de tabac et d'alcool.^{1,5,6}

En conséquence, la prévalence de l'ostéoporose est environ trois fois plus élevée chez les femmes postménopausées que chez les hommes, de même que l'incidence de fractures ostéoporotiques.⁷ Cependant, entre 33 et 50% des fractures vertébrales surviennent chez des hommes, de même que 20 à 35% des fractures du fémur. Ces fractures se présentent dans le contexte d'une ostéoporose secondaire dans la moitié des cas, soit bien plus fréquemment que chez les femmes.⁸ Les fractures du fémur sont grevées de lourdes conséquences en termes de morbidité et de mortalité, avec un pronostic moins favorable chez les hommes que chez les femmes.⁸

Diagnostic

Globalement, le sous-diagnostic de l'ostéoporose est fréquent, et encore plus répandu chez les hommes.⁷ Une étude américaine menée sur des patient-e-s âgé-e-s de 65 ans et plus, ayant subi une fracture de la hanche entre 2000 et 2010, a montré que 12% des femmes et seulement 5% des hommes avaient bénéficié d'une densitométrie.⁹ On relève à ce titre que des guidelines sur le dépistage de l'ostéoporose chez

Prise en charge

La première étape du traitement est d'assurer un apport adéquat de calcium et vitamine D, une activité physique régulière pour réduire le risque de chute, et de limiter la consommation d'alcool et de tabac.

Au vu de l'épidémiologie des fractures ostéoporotiques, les études pharmacologiques ont initialement et principalement été testées chez les femmes ménopausées, moins de 20% des études ayant inclus des hommes.¹⁴ Cependant, des études menées dans la population masculine ont établi l'efficacité des thérapies sur l'augmentation de la DMO et l'amélioration des marqueurs du turnover osseux, avec un effet similaire à celui observé chez les femmes. Par extrapolation, il est supposé que l'efficacité sur la réduction des fractures sera similaire. Plus spécifiquement, les études menées dans la population masculine ont confirmé que les bisphosphonates (alendronate, risédronate et acide zolédrionique) réduisent le risque de fractures vertébrales, seul le risédronate diminue aussi le risque d'autres fractures. Les bisphosphonates se sont aussi avérés efficaces dans l'ostéoporose masculine secondaire à la prise de glucocorticoïdes ou d'antiandrogènes. Le dénosumab augmente la DMO et réduit la résorption osseuse, et est aussi efficace chez les patients sous antiandrogènes. La tériparatide a été approuvée pour le traitement de l'ostéoporose primaire ou induite par les glucocorticoïdes. Le romosozumab, un anticorps monoclonal inhibant la sclérostine au niveau des ostéocytes, s'est montré efficace dans l'augmentation de la DMO au niveau de la colonne et de la hanche chez les hommes. Cependant, ce traitement n'est actuellement approuvé que pour l'ostéoporose sévère chez la femme ménopausée, avec un risque élevé de fracture.⁸ Le **tableau 1** résume les traitements indiqués chez les hommes et les femmes, respectivement. En dépit de la panoplie de traitements disponibles, le sous-traitement de l'ostéoporose reste fréquent, et les hommes ont moins de probabilité d'être traités, même après une fracture du fémur.⁷

TABLEAU 1 Options médicamenteuses chez l'homme et la femme

Molécule	Posologie	Indiqué chez les femmes (postménopause)	Indiqué chez les hommes	Indication spécifique
Raloxifène	60 mg/jour per os	Oui	-	-
Bazéodoxifène	20 mg/jour per os	Oui	-	-
Alendronate	10 mg/jour ou 70 mg/semaine per os	Oui	Oui	Ostéoporose cortico-induite
Risédronate	5 mg/j ou 35 mg/semaine per os	Oui	Oui	Maladie osseuse de Paget, ostéoporose cortico-induite
Zolédronate	5 mg/an intraveineux	Oui	Oui	Maladie osseuse de Paget, ostéoporose cortico-induite
Ibandronate	150 mg/mois per os ou 3 mg/3 mois intraveineux	Oui	-	-
Dénosumab	60 mg/6 mois sous-cutané	Oui	Oui	Ostéoporose cortico-induite, traitement par inhibiteurs de l'aromatase, traitement antiandrogène
Tériparatide	20 µg/jour sous-cutané, max. 24 mois	Oui	Oui	Ostéoporose cortico-induite
Abaloparatide	80 µ/jour sous-cutané, max. 18 mois	Oui	-	-
Romosozumab	210 mg/mois sous-cutané, max. 12 mois	Oui	-	-

(Adapté de réf. 32)

DISPARITÉS ENTRE HOMMES ET FEMMES EN GÉRIATRIE: L'EXEMPLE DE L'HYPERTENSION

VIGNETTE CLINIQUE 2

Madame T., 83 ans, vient en consultation chez son médecin traitant pour le suivi de son diabète. À l'examen clinique, on retrouve une tension artérielle de 170/100 mmHg. En relisant le dossier médical, des valeurs tensionnelles à la limite supérieure de la norme avaient été observées à plusieurs reprises depuis quelques années. Après confirmation du diagnostic d'hypertension avec une mesure ambulatoire de la pression artérielle durant 24 heures, un traitement avec inhibiteur de l'enzyme de conversion est débuté.

Quel est l'objectif tensionnel de Madame T.?

Réponse: la pression artérielle doit être abaissée à une valeur systolique de 130-139 mmHg et une valeur diastolique inférieure à 80 mmHg si cela est toléré.

Épidémiologie

Il persiste une perception erronée selon laquelle les femmes seraient protégées des maladies cardiovasculaires. Cependant, les pathologies cardiovasculaires sont sources de nombreuses hospitalisations et de décès chez les femmes en Suisse, elles représentent même la cause principale d'hospitalisation chez les femmes après 85 ans.¹⁵ L'hypertension artérielle (HTA) est un facteur de risque majeur de ces pathologies, en particulier chez les femmes. En effet, le risque d'événements cardiovasculaires (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral) lié à l'HTA peut être jusqu'à deux fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes.¹⁶

Durant la vie reproductive, les femmes présentent en général un profil tensionnel plus favorable que les hommes, dont les valeurs tensionnelles augmentent dès la puberté.¹⁷ L'effet des hormones sexuelles est sans doute le plus marqué et le mieux étudié: les œstrogènes et la progestérone ont une influence sur le système rénine-angiotensine-aldostérone, le stress oxy-

datif et la fonction endothéliale, avec un effet hypotenseur.¹⁸ Ces mêmes hormones peuvent cependant influencer à la hausse les valeurs tensionnelles dans certaines situations (hypertension gestationnelle, certains traitements hormonaux contraceptifs ou de substitution).¹⁹ Finalement, les difficultés liées au contexte social, comme l'anxiété, le stress professionnel et familial, semblent avoir une répercussion plus marquée sur l'augmentation de la tension artérielle chez les femmes par rapport aux hommes.²⁰

Bien qu'elles aient des niveaux tensionnels en moyenne plus bas que les hommes au début de leur vie adulte, les femmes se distinguent par une augmentation plus marquée de leur tension artérielle dès la troisième décennie et tout au long de leur vie, aboutissant à une augmentation absolue de 40 mmHg contre 25 mmHg chez les hommes entre 20 et 85 ans.²¹ Il est intéressant de noter que les troubles du sommeil et les troubles dépressifs, particulièrement fréquents chez les femmes durant la péri-ménopause, semblent associés à une augmentation plus marquée des tensions artérielles chez les femmes que chez les hommes.²⁰ Finalement, les femmes ménopausées présentent plus souvent une augmentation de la sensibilité au sel que les hommes.²²

Diagnostic

Malgré un diagnostic relativement simple (TA systolique ≥ 140 mmHg et/ou TA diastolique ≥ 90 mmHg lors de plusieurs mesures à des occasions distinctes, suivies éventuellement d'une mesure ambulatoire sur 24 heures), l'HTA est sous-diagnostiquée chez environ un quart des adultes en Suisse, sans réelle différence entre les sexes à l'heure actuelle dans les pays à haut revenu, en lien avec une amélioration du contrôle systématique au cours du temps.²³ Une étude récente en Suisse romande a constaté que les femmes semblent plus souvent conscientes d'être hypertendues que les hommes.²⁴

Prise en charge

Une première étape de prise en charge de l'HTA est un traitement non pharmacologique incluant un régime méditerranéen

et peu salé, une réduction pondérale, la réduction de la consommation d'alcool et la pratique d'une activité physique régulière. Les femmes ont en général des habitudes de vie plus saines et seraient plus susceptibles de modifier leurs habitudes à la suite d'un diagnostic d'HTA.²⁵

Les recommandations européennes actuelles sur le traitement de l'HTA ne tiennent pas compte de différences selon le sexe, ni pour le seuil déterminant un traitement, ni pour le choix des classes de médicaments (diurétiques thiazidiques, antagonistes calciques, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2 et bêtabloquants).²⁶ Dans les pays à haut revenu, il n'y a en général pas d'écart entre les hommes et les femmes concernant la probabilité d'être traité. Il semble que le contrôle de l'hypertension soit moins souvent atteint chez les femmes.²³ Néanmoins, l'étude Lausanne Cohorte 65+ a récemment montré qu'à peine plus de la moitié des participants sous traitement anti-hypertensif avaient des valeurs tensionnelles contrôlées, sans différence entre les femmes et les hommes.²⁷

Les femmes présentent plus souvent des effets secondaires spécifiques des médicaments antihypertenseurs, notamment plus d'œdèmes des membres inférieurs sous traitement anticalcique, plus de toux lors de la prise d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion, ou encore plus d'hyponatrémie sous traitement diurétique thiazidiques par rapport aux hommes.²³ La population féminine se distingue aussi par un risque accru d'hypotension orthostatique sous traitement antihypertenseur.²⁸ Ces différences influencent probablement le choix médicamenteux, les hommes étant notamment plus souvent traités par des inhibiteurs de l'enzyme de conversion que les femmes.²⁹

Bien que les études récentes ne portent plus exclusivement sur une population masculine, les femmes y sont encore sous-représentées, limitant le développement d'options de traitement adaptées à leurs spécificités.³⁰ Malgré ces défis, il est essentiel d'obtenir une adhésion médicamenteuse, permettant une diminution tout aussi importante du risque d'événements et de mortalité cardiovasculaires chez les personnes de 85 ans et plus que chez les plus jeunes seniors.³¹

CONCLUSION

Cet article met en évidence l'importance de prendre en compte les différences de sexe et de genre lors de la prise en charge des patient-e-s âgé-e-s. Les disparités observées dans

la prévalence, le diagnostic et le traitement de certaines pathologies soulignent la nécessité d'une approche plus inclusive et sensible au genre dans la recherche et les soins de santé. Les exemples cliniques présentés illustrent les conséquences potentiellement néfastes du sous-diagnostic et du sous-traitement chez les patient-e-s appartenant au sexe moins touché par certaines affections. Face à ces défis, il est impératif que les professionnels de la santé s'efforcent de mieux comprendre et d'intégrer les spécificités biologiques, sociales et comportementales influençant la santé des femmes et des hommes. Il est aussi important de concevoir des campagnes de communication afin de lutter contre les stéréotypes de genre, par exemple, en attirant l'attention sur le risque d'ostéoporose chez l'homme âgé. En adoptant une approche holistique et éclairée par les données probantes, nous pouvons espérer améliorer le pronostic et promouvoir une équité en matière de santé pour tous les individus, indépendamment de leur sexe ou de leur genre.

Conflit d'intérêts: Les auteures n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

ORCID ID:

P. D'Amelio: <https://orcid.org/0000-0002-4467-8337>
 E. Tessitore: <https://orcid.org/0000-0003-1680-0152>
 D. Zekry: <https://orcid.org/0000-0002-6263-7803>
 L. Seematter-Bagnoud: <https://orcid.org/0000-0001-9009-1281>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Il est crucial de prendre en compte le sexe et le genre chez les personnes âgées, en considérant les diversités biologiques, sociales et comportementales dans la pratique médicale.
- Les écarts dans la prévalence, le diagnostic et le traitement des maladies nécessitent une attention particulière, surtout chez les personnes âgées.
- Les professionnel-le-s de la santé doivent intégrer une perspective sensible au sexe et genre pour répondre aux besoins individuels de chaque patient-e.
- La collaboration entre les professionnel-le-s impliqué-e-s dans la recherche, la clinique et la prise de décisions politiques est essentielle pour garantir des soins équitables et améliorer les résultats cliniques pour tous et toutes.
- Les patient-e-s doivent être encouragé-e-s à jouer un rôle actif dans leur prise en charge.

1 **Hägg S, Jylhävä J. Sex differences in biological aging with a focus on human studies. *Elife*. 2021 May 13;10:e63425.

2 *Stanistreet D, Bambra C, Scott-Samuel A. Is patriarchy the source of men's higher mortality? *J Epidemiol Community Health*. 2005 Oct;59(10):873-6.

3 Höhn A, Gampe J, Lindahl-Jacobsen R, Christensen K, Oksuzyan A. Do men avoid seeking medical advice? A register-based analysis of gender-specific changes in primary healthcare use after first hospitalisation at ages 60+ in Denmark.

J Epidemiol Community Health. 2020 Jun;74(7):573-9.

4 Tatangelo G, McCabe M, Macleod A, You E. "I just don't focus on my needs." The unmet health needs of partner and offspring caregivers of people with dementia: A qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2018 Jan;77:8-14.

5 Bandeira L, Silva BC, Bilezikian JP. Male osteoporosis. *Arch Endocrinol Metab*. 2022;66(5):739-47.

6 Biver E, Uebelhart B. Ostéoporose chez l'homme. *Rev Med Suisse*. 2013 Jun 12;9(390):1260-4.

7 Cawthon PM. Gender differences in osteoporosis and fractures. *Clin Orthop Relat Res*. 2011 Jul;469(7):1900-5.

8 D'Amelio P, Isaia GC. Male Osteoporosis in the Elderly. *Int J Endocrinol*. 2015;2015:907689.

9 Antonelli M, Einstadter D, Magrey M. Screening and treatment of osteoporosis after hip fracture: comparison of sex and race. *J Clin Densitom*. 2014 Oct-Dec;17(4):479-83.

10 Qaseem A, Snow V, Shekelle P, et al. Screening for osteoporosis in men: a clinical practice guideline from the

American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2008 May 6;148(9):680-4.

11 Kanis JA, Melton LJ, Christiansen C, Johnston CC, Khaltaev N. The diagnosis of osteoporosis. *J Bone Miner Res*. 1994 Aug;9(8):1137-41.

12 Johnell O, Kanis JA, Oden A, et al. Predictive value of BMD for hip and other fractures. *J Bone Miner Res*. 2005 Jul;20(7):1185-94.

13 Kanis JA, Johnell O, Oden A, Johansson H, McCloskey E. FRAX and the assessment of fracture probability in men and women from the UK. *Osteoporosis*

- Int. 2008 Apr;19(4):385-97.
- 14 Beaudart C, Demonceau C, Sabico S, et al. Efficacy of osteoporosis pharmacological treatments in men: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clin Exp Res.* 2023 Sep;35(9):1789-806.
- 15 Office fédéral de la statistique. Statistique médicale des hôpitaux, de 2010 à 2015. Les hospitalisations après 60 ans [En ligne]. Septembre 2017. Disponible sur: <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/3462199/master>
- 16 Connelly PJ, Currie G, Delles C. Sex Differences in the Prevalence, Outcomes and Management of Hypertension. *Curr Hypertens Rep.* 2022 Jun;24(6):185-92.
- 17 Himmelmann A, Svensson A, Hansson L. Influence of sex on blood pressure and left ventricular mass in adolescents: the Hypertension in Pregnancy Offspring Study. *J Hum Hypertens.* 1994;8(7):485-90.
- 18 White RE. Estrogen and vascular function. *Vascul Pharmacol.* 2002 Feb;38(2):73-80.
- 19 Reckelhoff JF. Gender differences in the regulation of blood pressure.

- Hypertension. 2001 May;37(5):1199-208.
- 20 Di Pilla M, Bruno RM, Taddei S, Virdis A. Gender differences in the relationships between psychosocial factors and hypertension. *Maturitas.* 2016 Nov;93:58-64.
- 21 *Ji H, Kim A, Ebinger JE, et al. Sex Differences in Blood Pressure Trajectories Over the Life Course. *JAMA Cardiol.* 2020 Mar 15(3):19-26.
- 22 Pechère-Bertschi A, Burnier M. Female sex hormones, salt, and blood pressure regulation. *Am J Hypertens.* 2004 Oct;17(10):994-1001.
- 23 NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet.* 2021 Sep 11;398(10304):957-80.
- 24 Guessous I, Bochud M, Theler JM, Gaspoz JM, Pechère-Bertschi A. 1999-2009 Trends in prevalence, unawareness, treatment and control of hypertension in Geneva, Switzerland. *PLoS One.* 2012;7(6):e39877.
- 25 Walther D, Curjuric I, Dratva J, et al. Hypertension, diabetes and lifestyle in the long-term – Results from a Swiss population-based cohort. *Prev Med.* 2017 Apr;97:56-61.
- 26 Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *Eur Heart J.* 2018 Sep 1;39(33):3021-104.
- 27 Anker D, Santos-Eggimann B, Zwahlen M, et al. Blood pressure control and complex health conditions in older adults: impact of recent hypertension management guidelines. *J Hum Hypertens.* 2021 Mar;35(3):280-9.
- 28 Méndez AS, Melgarejo JD, Mena LJ, et al. Risk Factors for Orthostatic Hypotension: Differences Between Elderly Men and Women. *Am J Hypertens.* 2018 Jun;31(7):797-803.
- 29 Bager JE, Manhem K, Andersson T, et al. Hypertension: sex-related differences in drug treatment, prevalence and blood pressure control in primary care. *J Hum Hypertens.* 2023 Aug;37(8):662-70.
- 30 Pechère-Bertschi A. 30 ans d'hypertension et les oubliées de la science. *Rev Med Suisse.* 2023;19(841):1639-40.
- 31 Corrao G, Rea F, Monzio Compagno M, Merlini L, Mancia G. Protective effects of antihypertensive treatment in patients aged 85 years or older. *J Hypertens.* 2017 Jul;35(7):1432-41.
- 32 Mondo I, Hannou S, D'Ameli P. Using sequential pharmacotherapy for the treatment of osteoporosis: an update of the literature. *Expert Opin Pharmacol.* 2023 Sep-Dec;24(18):2175-86.

* à lire

** à lire absolument

Recommandations de prévention chez les personnes transgenres

Dre CLAIRE RITZ^a, Dr RAPHAËL BIZE^b, ADÈLE ZUFFEREY^c et Dre MELISSA DOMINICÉ DAO^a

Rev Med Suisse 2024; 20: 1248-52 | DOI: 10.53738/REVMED.2024.20.880.1248

Les personnes transgenres sont à risque d'avoir une moins bonne santé que la population cisgenre. D'une part, elles rencontrent des problématiques de santé spécifiques, majoritairement en lien avec l'impact du stress minoritaire sur leur santé mentale et somatique. D'autre part, les conseils de prévention habituels ne prennent que rarement en compte l'éventuel recours à des traitements hormonaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre pouvant modifier les profils de risque sur les plans biologiques ou anatomiques. La prévention chez les personnes transgenres est une thématique pour laquelle la recherche est peu fournie, les professionnel-le-s peu formé-e-s et l'incertitude présente. Cet article a pour objectif de faire le point sur l'état actuel des connaissances et de proposer des recommandations pour la pratique clinique.

Prevention recommendations for transgender persons

Transgender people are at risk of being in worse health than the cisgender population. On the one hand, they encounter specific health problems, mostly related to the impact of minority stress on their mental and somatic health. On the other hand, the preventive recommendations usually do not account for gender-affirming hormonal or surgical treatments that can alter their biologic or anatomic risk profile. The health of transgender people is an area in which research is yet sparse, professionals seldom trained, and where uncertainty remains. The aim of this review article is to summarize the current state of knowledge and propose recommendations for clinical practice.

INTRODUCTION: VULNÉRABILITÉ EN SANTÉ DES PERSONNES TRANSGENRES

Les personnes transgenres (tableau 1), représentant entre 0,3 et 0,5% de la population adulte,¹ sont davantage exposées à des risques pour la santé.² Les études épidémiologiques relèvent un certain nombre de défis en lien avec la santé mentale et somatique, comme les maladies cardiovasculaires ou le VIH. Les traitements d'affirmation du genre (hormonaux et/ou chirurgicaux) ont reçu récemment beaucoup d'attention médiatique, reléguant au second plan les besoins de santé globale transgenre. Les professionnel-le-s de santé restent peu

formé-e-s aux besoins de santé spécifiques des personnes transgenres.³ Ces différents facteurs expliquent, en partie, pourquoi ces personnes reçoivent moins de conseils préventifs et utilisent moins les mesures préventives que la population cisgenre.⁴

L'US Preventive Service Task Force (USPSTF) a récemment publié une prise de position concernant l'inclusion du sexe biologique et de l'identité de genre dans l'élaboration de recommandations de prévention clinique.⁵ Alors que des besoins spécifiques existent, ces paramètres sont rarement pris en compte dans les études de prévention clinique servant de base à l'élaboration des recommandations. Fort de ce constat, l'USPSTF s'engage à adopter une approche inclusive de la diversité de genre dans l'élaboration et la formulation des recommandations. En Suisse, les recommandations EviPrev ne prennent pas encore en compte la diversité des identités de genre. Cet article a pour objectif de synthétiser des recommandations en matière de prévention spécifiquement élaborées pour les personnes transgenres et/ou de la diversité du genre et utiles en médecine de premier recours.

TABLEAU 1 Glossaire des termes essentiels relatifs à la diversité de genre

	TABLEAU 1 Glossaire des termes essentiels relatifs à la diversité de genre
Sexe	Fait référence aux attributs biologiques des personnes, comprenant les chromosomes, l'expression génétique, les niveaux et actions des hormones et l'anatomie génitale et sexuelle. Le sexe est généralement défini comme mâle ou femelle mais des variations existent (intersexuation)
Sexe assigné à la naissance	Désigne le sexe identifié à la naissance (le plus souvent selon l'apparence des organes génitaux externes) qui sera ensuite enregistré à l'état civil en tant que F (féminin) ou M (masculin)
Genre	Construction sociale permettant de catégoriser les identités, rôles, expressions et comportements comme féminins, masculins ou ne correspondant à aucune de ces deux catégories
Identité de genre	Fait référence à la conscience individuelle et profonde de son propre genre (par exemple, homme, femme, entre les deux, ni l'un ni l'autre)
Transgenre	Se dit d'une personne dont l'identité de genre ne coïncide pas (ou pas complètement) avec son sexe assigné à la naissance
Femme transgenre	Se dit d'une personne assignée M à la naissance s'identifiant dans le genre féminin
Homme transgenre	Se dit d'une personne assignée F à la naissance s'identifiant dans le genre masculin
Cisgenre	Se dit d'une personne dont l'identité de genre coïncide avec le sexe assigné à la naissance
Non binaire	Se dit d'une personne dont l'identité de genre se situe en dehors de la binarité homme/femme

^aService de médecine de premier recours, Département de médecine de premier recours, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^bDépartement épidémiologie et système de santé, Unisanté, 1010 Lausanne, ^cPsychologue et directrice, Fondation Agnodice, 1003 Lausanne
claire.ritz@hug.ch | raphael.bize@unisante.ch | adele.zufferey@agnodice.ch
melissa.dominice@hug.ch

SANTÉ CARDIOVASCULAIRE: PROPOSER UNE PRÉVENTION CIBLÉE

Événements cardiovasculaires

Actuellement, les études sur la mortalité et morbidité cardiovasculaires des personnes transgenres sont presque uniquement rétrospectives et la plupart ont des limitations importantes.⁶ Le risque d'événements cardiovasculaires (ECV) paraît augmenté chez les personnes transgenres et semble surtout lié à la présence de facteurs de risque cardiovasculaire non traités ou non diagnostiqués, mais aussi à des vulnérabilités sociales.⁷ Les données du Behavioral Risk Factor Surveillance System montrent un nombre d'infarctus du myocarde chez les femmes transgenres plus élevé que chez celles cisgenres, mais non comparé aux hommes cisgenres; le risque d'ECV chez les hommes transgenres reste débattu.⁸ L'effet des hormones sur les ECV n'est pas établi car des données scientifiques fiables manquent.

L'utilisation des scores de prédition d'ECV à 10 ans est délicate car non adaptée à cette population. Devant l'absence de données fiables, il est recommandé d'établir un score avant le début de l'hormonothérapie et de faire un suivi du risque en prenant en compte le sexe assigné à la naissance, le risque individuel, le nombre d'année sous traitement hormonal et de pondérer les résultats obtenus. À l'avenir, l'utilisation du score calcique coronaire pour cette population pourrait s'avérer intéressante.⁹

Tabac

La prévalence accrue de tabagisme chez les personnes transgenres semble davantage associée aux facteurs psychosociaux, tels que la discrimination ou le fait de ne pas être en capacité de s'affirmer dans son genre.¹⁰ L'accompagnement au sevrage doit donc impérativement intégrer ces conditions psychosociales.

Dyslipidémie

Les études populationnelles ne relèvent pas de différence du cholestérol total (CT) rapporté entre la population transgenre et cisgenre.⁸ Sous testostérone (hommes transgenres), le profil lipidique semble moins favorable (élévation du CT, des LDL, des triglycérides et diminution, des HDL), toutefois sans impact clinique connu.¹¹ Sous œstrogènes (femmes transgenres), le profil est variable et pourrait dépendre du mode de prise d'œstrogènes.

Hypertension

Les quelques données à disposition concernant l'hypertension chez les personnes transgenres sont plutôt rassurantes.⁸ Une revue systématique récente n'observe pas d'élévation tensionnelle sous testostérone mais les résultats varient sous œstrogènes.¹² Devant l'évidence faible, aucune modification des contrôles n'est recommandée actuellement.

Diabète

Une prévalence plus élevée du diabète dans la population transgenre n'est pas prouvée à ce jour¹³ et l'hormonothérapie

ne semble pas augmenter le risque.¹⁴ Actuellement, aucun dépistage additionnel n'est recommandé.

Surpoids et obésité

Les hommes transgenres semblent à risque d'un excès pondéral indépendamment de la prise hormonale. Plusieurs études tendent à montrer une augmentation de l'IMC sous hormonothérapie de substitution pour les deux genres.¹⁵ Le poids semble néanmoins se stabiliser dans le temps.¹⁶ Un suivi régulier du poids et de l'hygiène de vie est recommandé.

Stress

Le stress dit minoritaire, incluant le stigma structurel (par exemple, législation), le stigma interpersonnel (par exemple, discrimination) et le stigma individuel (transphobie internalisée), est un facteur de risque bien établi auquel sont exposées les personnes transgenres et non binaires et d'autres populations marginalisées.¹⁷ Il peut engendrer des comportements à risque réactionnels (par exemple, utilisation de substance) et est fréquemment associé avec des troubles psychologiques (par exemple, stress chronique). Le stress minoritaire impacte donc la santé mentale et le risque de maladies chroniques, y compris des maladies cardiovasculaires.¹⁸ Par conséquent, la prévention cardiovasculaire de cette population doit inclure un dépistage systématique de ces facteurs psychosociaux.⁶

SANTÉ MENTALE: SOUTENIR L'IDENTITÉ ET RECHERCHER LES SITUATIONS DE VULNÉRABILITÉ

La santé mentale des personnes transgenres est l'un des enjeux majeurs lorsque l'on se penche sur les parcours de soins. Elles rencontrent des difficultés liées à l'image de soi, à la perception corporelle, aux violences verbales, physiques et/ou sexuelles et à leur marginalisation qu'elle soit familiale, sociale ou médicale.¹⁹ Ces difficultés sont associées à des symptômes psychiques, avec une vulnérabilité sept fois plus importante aux tentamens que pour la population cisgenre.²⁰

Éviter la violence médicale comme facteur de risque

Diverses violences dans les milieux de soins sont rapportées par les personnes transgenres: refus d'utiliser les prénoms ou pronoms de préférence, refus de soins, maltraitances institutionnelles, moqueries, etc.²¹ Ces vécus péjorent l'accès aux soins et donc à la prévention et peuvent entraîner des retards diagnostiques.

Comme pour toute autre consultation, la création d'un lien de confiance s'avère cruciale et fait appel au respect (par exemple, en demandant à la personne quels sont ses prénoms et pronoms de préférence indépendamment de ses papiers d'identité), à l'empathie (par exemple, en s'intéressant au vécu de la personne), à la curiosité bienveillante et à l'humilité. La sécurité de ce lien prévient le risque de rupture thérapeutique et renforce l'estime de soi de la personne concernée. Le tableau 2 propose un guide de la posture à adopter résumée par l'acronyme CASH (Consentement, Affirmatif, Sécurité, Humilité culturelle).

TABLEAU 2 CASH

Un guide pour un accueil adéquat des personnes transgenres au cabinet.
CASH: Consentement, Affirmatif, Sécurité, Humilité culturelle.

Élément de posture	Description
Consentement	S'assurer que la personne est d'accord de répondre à certaines questions, de passer certains examens ou de transmettre certaines informations, et - si tel n'est pas le cas - qu'elle se sente à l'aise de refuser
Affirmatif	Se positionner comme respectueux-euse de l'autodétermination de la personne en soutenant l'affirmation et l'estime de soi
Sécurité	Rappeler la confidentialité des échanges et adopter une attitude de respect, d'écoute et de bienveillance
Humilité culturelle	Accueillir l'incertitude professionnelle, reconnaître ses propres limites dans les connaissances, le savoir-faire et/ou le savoir-être, encourager les personnes à nous signaler nos éventuelles maladresses

L'exploration de l'état psychique de la personne doit intégrer les dimensions systémiques: insertion, emploi, situation familiale, cercles sociaux, ainsi que les ressources intra et interpersonnelles. Cette cartographie permettra d'identifier les dimensions auxquelles il faudra rester attentif-ve au cours du suivi. La précarité que peuvent induire certains parcours doit être recherchée durant l'anamnèse.

PROMOTION DE LA SANTÉ SEXUELLE BASÉE SUR LES PRATIQUES ET LES ORGANES PRÉSENTS

Les dimensions médicales des parcours d'affirmation de genre peuvent impacter la santé sexuelle. La prise de testostérone ou son blocage peut avoir une incidence sur la libido et le désir. Le recours aux chirurgies génitales nécessite une réappropriation du corps opéré et comporte un risque élevé de complications pouvant altérer la qualité de la sexualité. Les données liées à la santé sexuelle des personnes transgenres sont lacunaires. De même, elles n'ont pas été suffisamment prises en compte dans les études sur le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles (IST) en Suisse.²² Les nouveaux cas de VIH et d'autres IST à déclaration obligatoire chez des personnes transgenres en Suisse sont rares. Les situations les plus à risque résultent de l'intersection avec d'autres facteurs de vulnérabilité (travail du sexe, précarité, etc.).

Points spécifiques du conseil en santé sexuelle

Chaque parcours de transition étant unique, les opérations d'affirmation de genre ne sont pas systématiques, mais doivent être recherchées dans l'anamnèse si cette dimension s'avère pertinente. Les hormonothérapies croisées ne sont pas des moyens efficaces de contraception et il convient de discuter du risque de grossesse et de la nécessité d'une contraception, dépendant du sexe des partenaires.

L'évaluation des risques et les conseils en matière de «safer sex» doivent intégrer les organes présents chez les deux partenaires et le type de pratiques sexuelles. Des questions ouvertes comme: «Quelles parties du corps sont impliquées chez vous et vos partenaires lors des rapports sexuels?» ou «Comment vous protégez-vous contre les IST?» permettent

d'aborder ces enjeux de manière factuelle et inclusive. Les conseils de prévention doivent intégrer la notion de plaisir sexuel, celui-ci étant un facteur important de motivation comportementale. Il est également important de prendre en compte la stigmatisation, les éventuels antécédents de violences sexuelles et les enjeux autour de l'estime de soi, pouvant impacter négativement la capacité à négocier l'utilisation de moyens de protection. Si nécessaire, la prophylaxie préexposition (PrEP) doit être discutée, celle-ci n'étant pas contre-indiquée en cas d'hormonothérapie.

Dépistage

Le UCSF Gender Affirming Health Program préconise des intervalles de dépistage des IST basé sur l'évaluation des risques, avec un intervalle de 3 mois chez les personnes à haut risque.²³ Les prélèvements nécessaires doivent prendre en considération l'anatomie actuelle des organes génitaux, mais aussi les différents sites extragénitaux (oropharyngé et anal) en lien avec les pratiques sexuelles. En cas d'exposition à un risque, un dépistage des IST doit inclure le néovagin chez les femmes transgenres ayant eu une vaginoplastie et le col utérin chez les hommes transgenres avec vagin présent.¹

PRÉVENTION DU CANCER: SE BASER SUR LES ORGANES PRÉSENTS ET LE RISQUE FAMILIAL

Certains cancers se développent de manière préférentielle chez les hommes ou les femmes, en lien avec des éléments liés au sexe (organes, chromosomes et hormones sexuels) et au genre (consommation de produits cancérogènes, recours aux soins). L'enjeu chez les personnes transgenres est de comprendre comment modifier les recommandations habituelles de dépistage oncologique, en prenant en compte les organes présents (dépendamment des chirurgies réalisées) et le recours à une hormonothérapie masculinante ou féminisante, dans un contexte de carence en données probantes (tableau 3).

Les néo-organes doivent être intégrés à la prévention: les vaginoplasties peuvent utiliser la peau du pénis et du scrotum ou une partie du côlon, alors que la phalloplastie recourt à la peau de la cuisse ou du bras. Il faut donc considérer les cancers pouvant s'y développer (mélanome, cancer colorectal) dans le dépistage proposé.

Cancer du sein

L'incidence du cancer du sein est massivement plus élevée chez les femmes cisgenres par rapport aux hommes cisgenres. Chez les femmes transgenres sous oestrogènes, le risque de cancer du sein reste inférieur aux femmes cisgenres mais supérieur aux hommes cisgenres.²⁴ L'hypothèse évoquée est la prise fréquente par les femmes transgenres d'antiandrogènes qui renforcerait l'effet stimulant des oestrogènes sur le tissu mammaire.²⁵

Cancer de la prostate

Les femmes transgenres, quel que soit leur statut opératoire, restent porteuses d'une prostate, importante pour la continence urinaire. Chez les femmes transgenres sous traitement anti-

TABLEAU 3		
Dépistage oncologique chez les personnes transgenres		

PSA: antigène prostatique spécifique.

Pathologie recherchée	Recommandation	Remarque
Femme transgenre		
Cancer du sein	Mammographie/2 ans dès 50 ans ± US des seins si prothèse	<ul style="list-style-type: none"> Risque si hormonothérapie > 5 ans À adapter au risque familial
Cancer de la prostate	Décision partagée (comme chez un homme cisgenre)	Prostate conservée lors de la chirurgie génitale féminisante (\downarrow PSA)
Cancer du côlon	Selon les guidelines habituelles	Si utilisation du côlon pour un néovagin, prévoir un examen de la muqueuse en gynécologie
Homme transgenre		
Cancer du sein	Si les seins sont présents > 50 ans, mammographie/2 ans	Risque extrêmement faible mais non nul postmastectomie
Cancer du col de l'utérus	Si l'utérus est présent: suivre les recommandations pour les femmes cisgenres	<ul style="list-style-type: none"> Vécu de l'examen parfois difficile Être attentif au vocabulaire pour désigner ces organes
Cancer ovarien	Screening seulement si risque familial (US endovaginal)	Postvaginectomie: US abdominal ou transrectal

(Adapté de réf.³⁴).

androgènes ou postorchidectomie, la prostate tend à régresser en volume et le taux d'antigène prostatique spécifique (PSA) à diminuer. Le risque de développer un cancer de la prostate est fortement réduit, mais n'est pas nul.²⁶ Lorsqu'il est diagnostiqué, le cancer de la prostate se présente fréquemment d'emblée avec des métastases, sans que l'on sache s'il s'agit d'une forme plus invasive ou d'un délai plus long avant diagnostic.

Cancer du col de l'utérus ou de l'endomètre

Sous testostérone, l'endomètre tend à s'atrophier et il n'y a pas de risque oncologique accru chez les hommes transgenres.²⁷ Plusieurs études montrent une incidence accrue d'infection à HPV chez les personnes transgenres, avec un impact sur l'incidence de cancer du col.²⁸ Les hommes transgenres rencontrant de nombreuses barrières à consulter en gynécologie, une attention particulière à leur confort et à la confidentialité doit être préconisée lors de soins gynécologiques.

Cancer anal

La prévalence du cancer anal est également plus élevée chez les personnes transgenres par rapport à celles cisgenres, en lien avec un taux plus élevé d'infection à HPV et un taux de vaccination plus faible.²⁹

SANTÉ OSSEUSE: FAIRE L'ANAMNÈSE DE L'HORMONOTHÉRAPIE

Plusieurs études ont observé une densité minérale osseuse (DMO) et un taux de vitamine D bas dans la population transgenre avant hormonothérapie, probablement liés à une

TABLEAU 4		
Mesure de la DMO lors d'hormonothérapie d'affirmation de genre		

DMO: densité minérale osseuse.

Indication à une DMO avant l'hormonothérapie	Indication à une DMO pendant l'hormonothérapie
<ul style="list-style-type: none"> Gonadectomie avant l'initiation des hormones d'affirmation Hypogonadisme sans projet d'hormonothérapie Autres facteurs de risque habituels (par exemple, utilisation de corticostéroïdes, hyperparathyroïdie) 	<ul style="list-style-type: none"> Densité osseuse basse connue au préalable Individu traité au préalable par suppresseur pubertaire (anologue GnRH) Non-adhérence ou dosage insuffisant des hormones de substitution Planification de stopper les hormones de substitution Présence d'autres facteurs de risque de fragilité osseuse La fréquence DMO doit être adaptée individuellement: typiquement chaque 1 à 2 ans si stabilité

(Adapté de réf.³³).

nutrition moins favorable et un faible taux d'activité physique.³⁰ Sous hormones féminisantes, certaines études sont rassurantes sur l'impact osseux après 10 ans de traitements, mais l'évidence reste difficile à établir.³¹ Un taux d'estradiol trop bas ou une adhérence hormonale insuffisante semble lié à des faibles DMO. Chez les hommes transgenres, les résultats tendent à montrer l'absence d'impact négatif sur l'os de la testostérone.³²

La Société internationale de densitométrie ne recommande pas actuellement de dépistage supplémentaire pour cette population sauf pour les personnes à risque (tableau 4).³³ Elle conseille l'utilisation de la «référence féminine» pour calculer le T-score qui refléterait mieux le risque de fracture chez les hommes et femmes transgenres. En l'absence de recommandation pour l'utilisation du score FRAX, il semble raisonnable d'utiliser les deux sexes et de pondérer les deux résultats en fonction de la durée de l'hormonothérapie.

CONCLUSION: L'IMPORTANCE DE LA DÉCISION PARTAGÉE

En raison d'une exposition accrue à des situations de vulnérabilité, il est essentiel de renforcer les conseils de prévention auprès des personnes transgenres et d'explorer les éléments psychosociaux. Cette prévention doit être adaptée au parcours médical, aux comportements en lien avec la santé et aux organes présents. En raison de données scientifiques fiables encore lacunaires, en particulier concernant la santé cardiovasculaire et osseuse sous hormonothérapie croisée, il est essentiel de pratiquer une décision partagée avec la ou le patient-e, en explicitant le calcul du risque et en proposant les mesures adaptées, souvent basées à la fois sur le sexe assigné à la naissance et le genre affirmé.

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

ORCID ID:

R. Bize: <https://orcid.org/0000-0001-5626-4628>

M. Dominicé Dao: <https://orcid.org/0000-0002-0839-277X>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La prévention chez les personnes transgenres doit intégrer la recherche de facteurs de stress psychosociaux.
- Le contrôle des facteurs de risque modifiables est essentiel dans la prévention des maladies cardiovasculaires chez les personnes transgenres, sous hormonothérapie ou non.
- La prévention des IST se base sur une évaluation individuelle du risque, en fonction des pratiques et des parties du corps impliquées chez la ou le patient-e et sa, son ou ses partenaires sexuel-les.
- Le screening oncologique pour les personnes transgenres doit se baser sur les organes présents.
- Les différents calculs de risque (événements cardiovasculaires, risque fracturaire) doivent prendre en compte la temporalité du traitement hormonal d'affirmation de genre et intégrer une décision partagée.

1 **Coleman E, Radix AE, Bouman WP, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgend Health*. 2022 Sep 23;23(Suppl 1):S1-S259. DOI: 10.1080/26895269.2022.2100644.

2 Reisner SL, Poteat T, Keatley J, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet*. 2016 Jul 23;388(10042):412-36. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)00684-X.

3 Safer JD, Coleman E, Feldman J, et al. Barriers to healthcare for transgender individuals. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2016 Apr;23(2):168-71. DOI: 10.1097/MED.0000000000000227.

4 Hoy-Ellis CP, Fredriksen-Goldsen KI, Kim HJ. Utilization of Recommended Preventive Health Screenings Between Transgender and Cisgender Older Adults in Sexual and Gender Minority Communities. *J Aging Health*. 2022 Oct;34(6-8):844-57. DOI: 10.1177/09892643211068557.

5 Caughey AB, Krist AH, Wolff TA, et al. USPSTF Approach to Addressing Sex and Gender When Making Recommendations for Clinical Preventive Services. *JAMA*. 2021 Nov 16;326(19):1953-61. DOI: 10.1001/jama.2021.15731.

6 Streed CG, Beach LB, Caceres BA, et al. Assessing and Addressing Cardiovascular Health in People Who Are Transgender and Gender Diverse: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2021 Aug 10;144(6):e136-48. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001003.

7 Denby KJ, Cho L, Toljan K, Patil M, Ferrando CA. Assessment of Cardiovascular Risk in Transgender Patients Presenting for Gender-Affirming Care.

- Am J Med. 2021 Aug;134(8):1002-8. DOI: 10.1016/j.amjmed.2021.02.031.
- 8 Alzahrani T, Nguyen T, Ryan A, et al. Cardiovascular Disease Risk Factors and Myocardial Infarction in the Transgender Population. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2019 Apr;12(4):e005597. DOI: 10.1161/CIRCOUTCOMES.119.005597.
- 9 Duro T, McClain M, Aragon KG, et al. Risk Assessment and Coronary Artery Calcium Scoring in Transgender and Gender-Diverse Individuals Receiving Gender-Affirming Hormone Therapy. *Endocr Pract*. 2023 Apr;29(4):229-34. DOI: 10.1016/j.endpr.2022.12.007.
- 10 *Krüger P, Pfister A, Eder M, Mikolasek M. Gesundheit von LGBT-Personen in der Schweiz. Schlussbericht. Rapport à l'intention de l'Office fédéral de la santé publique. Luzern: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, 2022.
- 11 Maraka S, Singh Ospina N, Rodriguez-Gutierrez R, et al. Sex Steroids and Cardiovascular Outcomes in Transgender Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017 Nov 1;102(11):3914-23. DOI: 10.1210/jc.2017-01643.
- 12 Connelly PJ, Clark A, Touyz RM, Delles C. Transgender adults, gender-affirming hormone therapy and blood pressure: a systematic review. *J Hypertens*. 2021 Feb 1;39(2):223-30. DOI: 10.1097/HJH.0000000000002632.
- 13 Spanos C, Bretherton I, Zajac JD, Cheung AS. Effects of gender-affirming hormone therapy on insulin resistance and body composition in transgender individuals: A systematic review. *World J Diabetes*. 2020 Mar 15;11(3):66-77. DOI: 10.4239/wjd.v11.i3.66.
- 14 van Velzen D, Wiepjes C, Nota NM, et al. Breast cancer risk in transgender people receiving hormone treatment: nationwide cohort study in the Netherlands. *BMJ*. 2019 May 14;365:l1652. DOI: 10.1136/bmj.l1652.
- 15 Kyiin M, Banks K, Leemaqz SY, et al. Weight gain and obesity rates in transgender and gender-diverse adults before and during hormone therapy. *Int J Obes (Lond)*. 2021 Dec;45(12):2562-9. DOI: 10.1038/s41366-021-00935-x.
- 16 Suppakitanusant P, Ji Y, Stevenson MO, et al. Effects of gender affirming hormone therapy on body mass index in transgender individuals: A longitudinal cohort study. *J Clin Transl Endocrinol*. 2020 Jul 3;21:100230. DOI: 10.1016/j.jcte.2020.100230.
- 17 *Christian LM, Cole SW, McDade T, et al. A biopsychosocial framework for understanding sexual and gender minority health: A call for action. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021 Oct;129:107-16. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2021.06.004.
- 18 Panza GA, Puhl RM, Taylor BA, et al. Links between discrimination and cardiovascular health among socially stigmatized groups: A systematic review. *PLoS One*. 2019 Jun 10;14(6):e0217623. DOI: 10.1371/journal.pone.0217623.
- 19 *Puckett JA, Abousouan AB, Ralston AL, Mustanski B, Newcomb ME. Systems of cissexism and the daily production of stress for transgender and gender diverse people. *Int J Transgend Health*. 2021 Jul 15;24(1):113-26. DOI: 10.1080/26895269.2021.1937437.
- 20 Erlangsen A, Jacobsen AL, Ranning A, et al. Transgender Identity and Suicide Attempts and Mortality in Denmark. *JAMA*. 2023 Jun 27;329(24):2145-53. DOI: 10.1001/jama.2023.8627.
- 21 Kattari SK, Bakko M, Langenderfer-Magruder L, Holloway BT. Transgender and Nonbinary Experiences of Victimization in Health care. *J Interpers Violence*. 2021 Dec;36(23-24):NP13054-NP13076. DOI: 10.1177/0886260520905091.
- 22 OFSP. Programme national NAPS. Stop au VIH, aux virus des hépatites B et C et aux infections sexuellement transmissibles [En ligne]. 2023. Disponible sur: www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/documents/mt/p-und-p/naps/nationales-programm-naps.pdf.download.pdf/nationales-programm-naps.pdf
- 23 Poteat T. Transgender people and sexually transmitted infections (STIs) [En ligne]. 17 juin 2016. Disponible sur: <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/stis>
- 24 de Blok CJM, Wiepjes CM, Nota NM, et al. Breast cancer risk in transgender

people receiving hormone treatment: nationwide cohort study in the Netherlands. *BMJ*. 2019 May 14;365:l1652. DOI: 10.1136/bmj.l1652.

25 Peters MDJ, Ramsey I, Kennedy K, Sharpless G, Eckert M. Culturally safe, high-quality breast cancer screening for transgender people: A scoping review protocol. *J Adv Nurs*. 2022 Jan;78(1):276-81. DOI: 10.1111/jan.15094.

26 Deebel NA, Morin JP, Autorino R, et al. Prostate Cancer in Transgender Women: Incidence, Etiopathogenesis, and Management Challenges. *Urology*. 2017 Dec;110:166-71. DOI: 10.1016/j.urology.2017.08.032.

27 Grynberg M, Fanchin R, Dubost G, et al. Histology of genital tract and breast tissue after long-term testosterone administration in a female-to-male transsexual population. *Reprod Biomed Online*. 2010 Apr;20(4):553-8. DOI: 10.1016/j.rbmo.2009.12.021.

28 Weyers S, Garland SM, Cruicks-hank M, Kyrgiou M, Arbyn M. Cervical cancer prevention in transgender men: a review. *BJOG*. 2021 Apr;128(5):822-6. DOI: 10.1111/1471-0528.16503.

29 de Blok CJM, Dreijerink KMA, den Heijer M. Cancer Risk in Transgender People. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2019 Jun;48(2):441-52. DOI: 10.1016/j.ecl.2019.02.005.

30 Fighera TM, da Silva E, Lindena JD, Spritzer PM. Impact of cross-sex

hormone therapy on bone mineral

density and body composition in

transwomen. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2018 Jun;88(6):856-62. DOI: 10.1111/cen.13607.

31 Wiepjes CM, de Jongh RT, de Blok CJ, et al. Bone Safety During the First Ten Years of Gender-Affirming Hormonal Treatment in Transwomen and Transmen. *J Bone Miner Res*. 2019 Mar;34(3):447-54. DOI: 10.1002/jbmr.3612.

32 Singh-Ospina N, Maraka S, Rodriguez-Gutierrez R, et al. Effect of Sex Steroids on the Bone Health of Transgender Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017 Nov 1;102(11):3904-13. DOI: 10.1210/jc.2017-01642.

33 Rosen HN, Hamnvik OR, Jaisamrarn U, et al. Bone Densitometry in Transgender and Gender Non-Conforming (TGNC) Individuals: 2019 ISCD Official Position. *J Clin Densitom*. 2019 Oct-Dec;22(4):544-53. DOI: 10.1016/j.jcqd.2019.07.004.

34 Whitlock BL, Duda ES, Elson MJ, et al. Primary Care in Transgender Persons. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2019 Jun;48(2):377-90. DOI: 10.1016/j.ecl.2019.02.004.

* à lire

** à lire absolument

Trouble du spectre de l'autisme au féminin: comment le genre opère-t-il?

ANNE M. MAILLARD^a, Pre SARAH DINI^b, GLORIA REPOND^b, Dr GUILLAUME HAARMAN^c,
Pre CAROLE CLAIR^d et Dre MARINE JEQUIER GYGAX^e

Rev Med Suisse 2024; 20: 1253-7 | DOI: 10.53738/REVMED.2024.20.880.1253

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est un trouble neuro-développemental fréquent. Il touche la population pédiatrique et adulte et se présente de manière hétérogène. La compréhension des caractéristiques clinique du TSA s'est étendue, en parallèle des évolutions sociétales, dont l'intégration de la notion de genre en médecine. Il apparaît que les personnes touchées par ce trouble, quel que soit leur âge, ne sont ni détectées, diagnostiquées, suivies ou traitées de manière identique selon leur genre. Cet article reprend les connaissances actuelles de l'expression du TSA en fonction du genre, et les conséquences pour les patient-e-s de l'exposition aux biais de genre.

Autistic spectrum disorder in women: how does gender operate?

Autism spectrum disorder (ASD) is a common neurodevelopmental disorder, that affects both pediatric and adult populations and presents heterogeneously. The understanding of the clinical characteristics of ASD has expanded, in parallel with societal developments, including the integration of the notion of gender in medicine. It appears that individuals affected by this disorder, regardless of their age, are neither detected, diagnosed, nor followed or treated in the same manner depending on their gender. This article proposes to review current knowledge on ASD, its expression based on gender, factors influencing care, and the consequences for patients of exposure to gender bias.

LE TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est un trouble neurodéveloppemental, congénital, dont la cause principale est génétique. Les caractéristiques du TSA sont un développement atypique ou insuffisant des compétences de communication et d'interactions sociales (critères A selon le DSM-5)¹ (**figure 1**) et la présence de comportements atypiques, décrits comme répétitifs ou restreints (critères B selon le DSM-5)¹ (**figure 1**). Ces derniers peuvent prendre la forme d'intérêts envahissants pour certaines activités ou thèmes (transports, animaux, planètes, superhéros) et/ou de mouvements répétés du corps (stéréotypies motrices). Les personnes touchées par

le TSA présentent et rapportent soit une hyper ou une hypersensibilité dans les domaines sensoriels touchant toutes les modalités (**figure 2**). Le développement du langage est souvent en décalage ou présente des atypies, comme de l'écholalie ou une prosodie monotone (robotique). L'utilisation du langage dans la communication est souvent peu, voire non fonctionnelle.

La plupart des personnes (> 70%) touchées par un TSA ne présentent pas de déficience intellectuelle. Dans l'ancienne classification (DSM-5-TR),² la terminologie de syndrome d'Asperger se rapportait au profil comportemental d'autisme sans déficience intellectuelle ou trouble du développement du langage. Ce terme n'existe officiellement plus dans les classifications internationales des maladies, cependant, les associations de patient-e-s et les patient-e-s maintiennent cette nomenclature.

Les comorbidités sont fréquentes. Les personnes touchées par un TSA peuvent combiner d'autres troubles neurodéveloppementaux, comme un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), un trouble de la coordination et/ou des praxies (dyspraxie), ou encore un trouble spécifique des apprentissages (dyslexie, dysorthographie, dyscalculie). Ces différents troubles apparaissent et se déplacent tout au long de la trajectoire développementale jusqu'à l'âge adulte. L'impact fonctionnel est variable.³

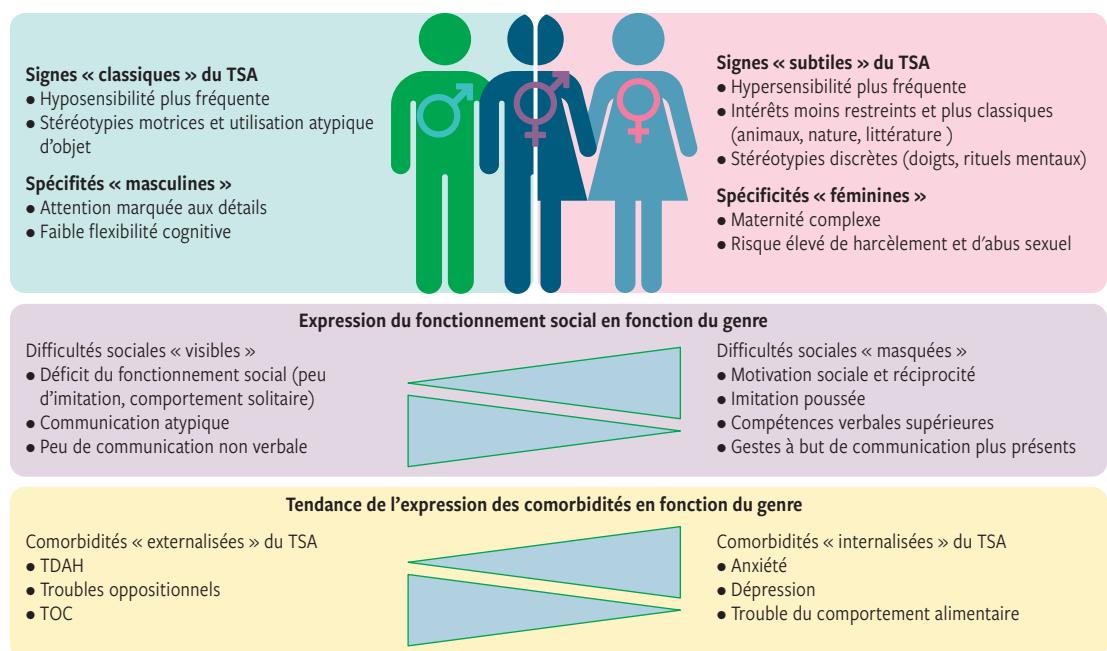
FIG 1		Critères diagnostiques du trouble du spectre de l'autisme
Critères A	Déficits de la communication et des interactions sociales	<ul style="list-style-type: none"> Déficit de la réciprocité sociale et émotionnelle Déficit des comportements sociaux non verbaux Déficit du développement, du maintien, et de la compréhension des relations
Critères B	Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts	<ul style="list-style-type: none"> Mouvements répétitifs ou stéréotypés Intolérance aux changements, adhésion, inflexibilités à des routines Intérêts restreints ou fixes, anormaux dans leur intensité ou leur but Hyper ou hypersensibilité aux stimulus sensoriels

^aNeuropsychologue FSP, Cabinet Pynap6, rue de Bourg 6, 1003 Lausanne, ^bHaute école et École supérieure de travail social, HES-SO Haute école spécialisée de Suisse occidentale, 3960 Sierre, ^cMédecin adjoint responsable d'unité, Spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, Office médico-pédagogique, Département de l'instruction publique, de la formation et de la jeunesse, 1205 Genève, ^dUnité médecine et genre, Département des polycliniques, Unisanté, 1010 Lausanne, ^eSpécialiste FMH en pédiatrie et neuropédiatrie, Cabinet de neurologie développementale, Centre Médical de Vidy 1007 Lausanne
anne.maillard@psychologie.ch | sarah.dini@hevs.ch | gloria.repond@hevs.ch
guillaume.haarman@amge.ch | carole.clair@unisante.ch | marine.jequier@vidy-med.ch

FIG 2

Profil clinique du TSA en fonction du genre

TDHA: trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité; TOC: troubles obsessionnels compulsifs; TSA: trouble du spectre de l'autisme.



(Créée par BioRender).

La cause génétique du TSA concerne des gènes impliqués dans la connectivité cérébrale. Un ou plusieurs gènes peuvent être modifiés ou anormalement activés (syndrome mono ou polygénique). Le développement cérébral est aussi influencé et modifié par l'environnement (condition de vie, polluants, toxiques) durant la période pré et postnatale. Ces facteurs épigénétiques jouent probablement un rôle tout aussi important que les facteurs génétiques dans la survenue d'un TSA et les troubles neurodéveloppementaux en général.

L'âge auquel le diagnostic de TSA est posé varie entre 18 mois et l'âge adulte. Chez l'enfant, il n'est pas possible de poser formellement le diagnostic avant l'acquisition de la marche. Les tableaux « classiques » sont détectés et le diagnostic posé fréquemment entre 18 et 30 mois. Quand la présentation est plus complexe (présence de comorbidités), le diagnostic est plus tardif, parfois seulement à l'âge adulte. Ceci en particulier chez les femmes sans déficience intellectuelle diagnostiquées significativement moins fréquemment et plus tardivement que les hommes.⁴

ÉCHELLES DE DÉTECTION ET DIAGNOSTIQUES DU TSA, VALIDITÉ ET IMPACT DU GENRE

Il n'existe pas de marqueurs biologiques pour établir le diagnostic de TSA. Il repose uniquement sur des critères comportementaux, observés cliniquement et évalués à l'aide d'échelles comportementales et de questionnaires. Ces outils diagnostiques sont influencés par les biais culturels et de genre.

Au niveau de la détection, il existe des questionnaires disponibles en libre accès pour les professionnel-le-s de santé de

premier recours permettant d'orienter la réflexion diagnostique avant d'adresser les patient-e-s, le cas échéant, vers une consultation spécialisée (Modified Checklist for Autism in Toddlers – M-CHAT version révisée pour les enfants âgés de 12-36 mois),⁵ Autism Quotient Test (AQ) (tableau 1).

Le diagnostic repose ensuite sur l'évaluation clinique spécialisée combinant l'anamnèse clinique (en particulier développementale), l'examen clinique, et les résultats aux échelles standardisées d'évaluation des compétences de communication (ADOS (Autism Diagnostic Observatory Schedule))⁶ et l'interview semi-structurée (ADI (Autism Diagnostic Interview)).⁷

Ces outils d'aide au diagnostic sont utilisés au sein des consultations spécialisées. Ils sont construits pour identifier le déficit social par la comparaison de comportements prosociaux définis sur la base de normes sociales. Ils permettent d'évaluer combien le comportement observé dévie de la norme établie.⁸ Comme ces outils ont été construits sur la base du phénotype masculin majoritairement étudié, ils sont peu différenciés pour le genre. Or, des différences culturelles et de genre influencent les règles de la communication, le jeu chez l'enfant, l'expression des émotions ou leur interprétation. Il y a encore peu d'études scientifiques solides sur le plan méthodologique questionnant les biais de genre de ces outils de détection et d'aide au diagnostic.⁹

Ainsi, la prise en compte des spécificités de genre dépend encore fortement de l'appréciation clinique des spécialistes. L'expérience clinique et la connaissance de l'expression du profil TSA féminin restent donc centrales. Il s'agira de reconnaître l'expression clinique particulière d'un TSA chez

TABLEAU 1 Boîte à outils pour aller plus loin	
Association Autisme Suisse Romande (ASR) – Autisme suisse	www.autisme.ch/accueil
Modified Checklist for Autism in Toddlers-Revised (M-CHAT R)	https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/05/M-CHAT-R_F_French.pdf
Autism Quotient Test Autoquestionnaire • En anglais • En français	<ul style="list-style-type: none"> https://embrace-autism.com/autism-spectrum-quotient/#test https://comprendrelautisme.com/les-tests/etes-vous-aspie-test-asperger/
En BD, pour les professionnel-le-s et les patient-e-s	<ul style="list-style-type: none"> Aspinaute³¹ Couleur d'Asperge³² La différence invisible³³

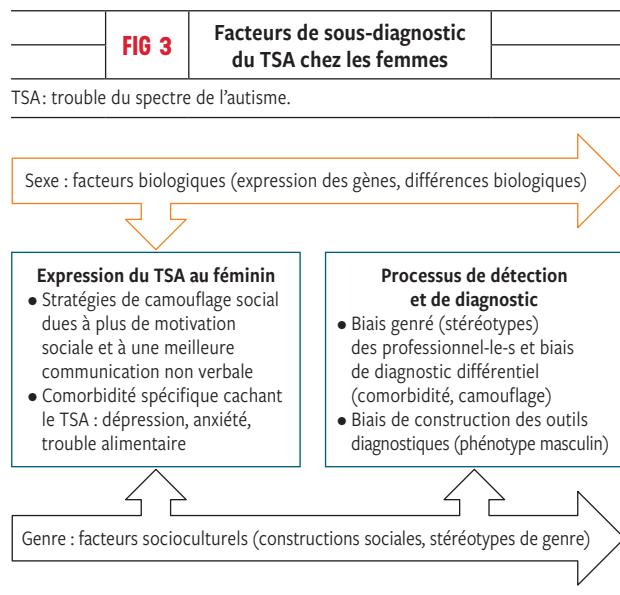
les femmes, même si l'échelle ne cote pas pour un risque de TSA. À titre d'exemple, certaines formes de compensation précoce (fillette explosant à la maison alors qu'elle se comporte parfaitement à l'extérieur), une rupture scolaire inexpliquée (tout va parfaitement jusqu'à 12 ans, puis refus scolaire complet), ou un effondrement psychique subit à l'âge adulte, sont très suggestives d'un TSA. Dès lors, il apparaît essentiel de sensibiliser les professionnel-le-s, et la société en général, à l'expression clinique particulière des femmes TSA.

TSA AU FÉMININ: ÉPIDÉMIOLOGIE, BIOLOGIE, GENRE ET DIMENSION SOCIALE

Au niveau épidémiologique, la prévalence du TSA au sein de la population générale est de 1/100.³ Le sexe ratio évolue en parallèle des modifications sur la conceptualisation du TSA et la reconnaissance d'un profil féminin. De plus en plus de personnes de genre féminin sont diagnostiquées sans déficience intellectuelle ces dernières années. Actuellement, le sexe ratio est de 2 garçons: 1 fille chez les enfants et adolescents, et 5:1 chez les adultes.¹⁰

Les hommes ont longtemps été surreprésentés dans les cohortes de patients-e-s avec TSA, à tel point que le sexe masculin a été considéré comme un des facteurs étiologiques (Extreme Male Brain Theory).¹¹ Il existe aussi la notion d'un «effet féminin protecteur», dans le sens d'une génétique favorable au sexe féminin.¹² Toutefois, aucune hypothèse biologique liée au sexe n'a généré de consensus concernant l'étiologie du TSA, mais elles continuent d'être explorées.¹³ Actuellement, il est reconnu que la présentation clinique d'un profil féminin du TSA serait influencée à la fois par des facteurs biologiques et génétiques (en lien avec le sexe des individus) mais également par des facteurs d'ordre environnementaux et socioculturels (en lien avec le genre des individus)¹⁴ (figure 2).

Les critères diagnostiques du TSA restent indépendants du genre. Toutefois, la présentation clinique diffère entre le genre masculin et féminin¹⁵ (figure 3). Le genre opère selon différentes modalités, à la fois au niveau individuel et sociétal. D'une part, l'individu module son comportement en fonction du genre ressenti. D'autre part, les attentes sociales sur les comportements sont genrées.¹⁶ À titre d'exemple, un comportement de retrait social sera perçu comme une difficulté pour



un garçon et interprété comme de la timidité chez une fille.¹⁷ Les filles sont généralement considérées comme ayant une plus grande motivation sociale et réactivité émotionnelle et présenteraient davantage d'empathie et de sensibilité aux sentiments d'autrui.^{18,19} Enfin, les femmes seraient également plus sensibles aux pressions sociales pour adopter des comportements genrés.

Tous ces facteurs contribuent probablement à la tendance au «camouflage social», fréquemment observée chez les filles présentant un TSA. Ce camouflage consiste à masquer les comportements autistiques et à compenser, consciemment ou non, les déficits de communication sociale et les comportements atypiques.^{14,20} Il en résulte des signes et symptômes autistiques «moins observables», participant probablement à une détection insuffisante et par conséquent à un diagnostic tardif, voire manqué.⁹ En grandissant, les stratégies de camouflage, plus efficaces durant l'enfance, tendraient à ne plus suffire à mesure que les demandes sociales deviennent plus exigeantes,²¹ souvent dès l'adolescence. L'effort fourni pour l'adaptation est tel qu'il peut mener à un épuisement et un effondrement psychique sur la durée. Ainsi, l'adoption de comportements de camouflage par les filles et femmes TSA serait influencée à la fois par l'environnement socioculturel, les normes de genre, et leur motivation à se conformer ainsi que par leur compétence d'imitation des comportements socialement typiques.

Ces normes de genre influencent non seulement les femmes TSA dans l'expression de leurs symptômes, mais également leur entourage social (parents) et les professionnel-le-s de la santé. Ces dernier-e-s reconnaîtront plus fréquemment une anxiété ou une dépression, que des troubles neurodéveloppementaux sous-jacents.¹⁸ Plusieurs études montrent d'ailleurs que pour que l'entourage suspecte un TSA chez une fille ou une femme, les symptômes comportementaux doivent être davantage «bruyants» que ceux des hommes.¹⁷ Un certain nombre de ces facteurs expliquent aussi pourquoi le diagnostic de TSA est plus complexe chez les personnes transgenres²² (encadré 1).

ENCADRÉ 1. COMMENT LE GENRE PEUT BROUILLER LES PISTES?

Des données des centres de référence montrent une surreprésentation des personnes avec des éléments de la neurodiversité (notamment de troubles du spectre de l'autisme et de TDAH) parmi celles consultant pour des soins d'affirmation de genre.^{3,26} Une revue systématique de littérature et métanalyse récente²⁷ analysant 47 études sur les liens entre l'incongruence de genre et le TSA retrouve une prévalence de 11% de TSA parmi la population présentant une incongruence de genre et des liens significatifs entre ces deux éléments. Des études montrent également des taux élevés d'incongruence de genre parmi les individus avec TSA.²⁸ Il est encore peu démontré comment les traits autistiques peuvent varier avant et pendant un traitement hormonal d'affirmation de genre virilisant ou féminisant. Avoir un TSA et présenter une incongruence de genre sont deux conditions exposant à un risque accru de problèmes de santé. De nombreuses hypothèses ont été évoquées pour expliquer cette cooccurrence entre TSA et incongruence de genre²⁹ dont notamment le fait que les personnes avec TSA sont moins sensibles aux normes sociales, ont de la difficulté à se représenter les états mentaux (mentalisation) et à avoir une représentation d'un sentiment de soi. Toutefois, aucun facteur n'a été formellement validé par les études à ce jour.

Les professionnel-le-s de la santé méconnaissent cette cooccurrence fréquente entre TSA et incongruence de genre. Il est recommandé que les personnes avec TSA soient dépistées pour l'incongruence de genre et soient orientées vers des professionnel-le-s compétents en santé transgenre lorsqu'elles présentent une incongruence de genre. Les recommandations internationales des standards de soins 8 de la WPATH³⁰ stipulent que les professionnel-le-s de santé travaillant avec les adolescent-e-s avec diversité de genre reçoivent une formation et développent une expertise dans les TSA et aux présentations neurodéveloppementales; ou que les professionnel-le-s collaborent avec un-e expert-e des troubles neurodéveloppementaux lorsqu'ils-elles-iels travaillent avec des adolescent-e-s de la diversité de genre autistiques ou de la neurodiversité.

Les personnes transgenres ont des besoins conséquents en soins, pourtant ils rencontrent de nombreuses barrières à l'accès aux soins et des discriminations, voire des expériences de violences interpersonnelles ou institutionnelles en lien avec le manque de formation des professionnel-le-s de santé à leurs besoins spécifiques. Les personnes concernées doivent alors souvent former et éduquer les professionnel-le-s de santé pour tenter d'avoir des soins adéquats avec une inversion des rôles.

Ce retard à poser un diagnostic de TSA chez les femmes a un impact considérable sur leur santé qui, dans leurs tentatives de camoufler leurs difficultés, développent un épuisement. Elles présentent plus souvent des comorbidités différentes des hommes avec TSA, telles que des troubles anxiodépressifs ou alimentaires,²³ ainsi qu'un taux de suicides significativement plus élevé (figure 3). Cela implique dès lors des difficultés en termes de diagnostic différentiel, dans le cadre de tableaux cliniques complexes. Les femmes cumulent ainsi un ensemble de vulnérabilités. Le retard dans le diagnostic

conduit souvent à un autodiagnostic, qui devrait être entendu et considéré par les professionnel-le-s de santé.²⁴

Enfin, il est fondamental de relever que les femmes avec TSA sont significativement plus à risque d'être victimes de harcèlement et d'abus sexuels. En raison de l'incompréhension des codes sociaux et de leur propension à s'adapter aux demandes sociales, elles ont plus de difficultés à se protéger face à des agressions. Sur 200 femmes TSA interviewées, 90% rapportent des abus sexuels, dont 50% avant l'âge de 18 ans.²⁵

CONCLUSION

Le TSA chez les femmes est moins souvent reconnu et plus tardivement diagnostiqué en raison de nombreux facteurs et biais biopsychosociaux, incluant la non-spécificité des outils de détection et d'aide au diagnostic, et une présentation clinique marquée par des compétences d'adaptation aux normes sociales.

La méconnaissance de ces facteurs participe à un déficit de formation et de reconnaissance des signes du TSA chez les femmes par les professionnel-le-s de santé. Les filles, les femmes, ainsi que les personnes transgenres, ont un risque accru de ne pas être diagnostiquées, et ainsi de cumuler des facteurs de vulnérabilité délétères pour leur santé mentale et somatique.

Devant la situation d'une personne en rupture scolaire, sociale, professionnelle abrupte, ou en situation de harcèlement, les professionnel-le-s de santé devraient se poser la question d'un trouble neurodéveloppemental sous-jacent comme le TSA.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

ORCID ID:

A. Maillard: <https://orcid.org/0000-0002-4811-0693>
 C. Clair: <https://orcid.org/0000-0001-5281-0943>
 M. Jequier Gygax: <https://orcid.org/0000-0003-1266-6873>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les filles, les femmes, ainsi que les personnes transgenres avec un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ont un risque accru de ne pas être diagnostiquées ou d'être diagnostiquées plus tardivement.
- Cette non-reconnaissance du TSA s'explique en partie par le «camouflage social» consistant à masquer ses comportements autistiques et à compenser les déficits de communication sociale.
- Devant la situation d'une personne en rupture scolaire, sociale, professionnelle abrupte, ou en situation de harcèlement, les professionnel-le-s de santé devraient se poser la question d'un trouble neurodéveloppemental sous-jacent comme le TSA.
- Les personnes avec TSA doivent être dépistées pour l'incongruence de genre et orientées vers des professionnel-le-s compétents en santé transgenre lorsqu'elles présentent une incongruence de genre.

- 1 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2013.
- 2 Benoît-Lamy S, Boyer P, Crocq MA, et al. DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4^e éd. Texte révisé, version internationale avec les codes CIM-10. Paris: Masson, 2005.
- 3 **Lord C, Charman T, Hvdahl A, et al. The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism. Lancet. 2022 Jan 15;399(10321):271-334.
- 4 *Fusar-Poli L, Brondino N, Politi P, Aguglia E. Missed diagnoses and misdiagnoses of adults with autism spectrum disorder. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2022 Mar;272(2):187-98.
- 5 Wieckowski AT, Williams LN, Rando J, Lyall K, Robins DL. Sensitivity and Specificity of the Modified Checklist for Autism in Toddlers (Original and Revised): A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Pediatr. 2023 Apr 1;177(4):373-83.
- 6 Lord C, Rutter M, DiLavore PC, et al. (ADOS-2) Autism Diagnostic Observation ScheduleTM, 2^e éd. Torrance: WPS, 2012.
- 7 Lord C, Rutter M, Le Couteur A. Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. J Autism Dev Disord. 1994 Oct;24(5):659-85.
- 8 Harrison AJ, Long KA, Tommet DC, Jones RN. Examining the Role of Race, Ethnicity, and Gender on Social and Behavioral Ratings Within the Autism Diagnostic Observation Schedule. J Autism Dev Disord. 2017 Sep;47(9):2770-82.
- 9 Wood-Downie H, Wong B, Kovshoff H, et al. Sex/Gender Differences in Camouflaging in Children and Adolescents with Autism. J Autism Dev Disord. 2021 Apr;51(4):1353-64.
- 10 Loomes R, Hull L, Mandy WPL. What Is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatr. 2017 Jun;56(6):466-74.
- 11 Baron-Cohen S. Empathizing, systemizing, and the extreme male brain theory of autism [En ligne]. In: Progress in Brain Research. Paris; Elsevier, 2010; p. 167-75. (Consulté le 21 avril 2024). Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780445363000117>
- 12 Wigdor EM, Weiner DJ, Grove J, et al. The female protective effect against autism spectrum disorder. Cell Genom. 2022 Jun 8;2(6):100134.
- 13 Van Eijk L, Zietsch BP. Testing the extreme male brain hypothesis: Is autism spectrum disorder associated with a more MALE-TYPICAL brain? Autism Res. 2021 Aug;14(8):1597-608.
- 14 Hull L, Petrides KV, Mandy W. The Female Autism Phenotype and Camouflaging: a Narrative Review. Rev J Autism Dev Disord. 2020 Jan 29;7(4):306-17.
- 15 Postorino V, Fatta LM, De Peppo L, et al. Longitudinal comparison between male and female preschool children with autism spectrum disorder. J Autism Dev Disord. 2015 Jul;45(7):2046-55.
- 16 Sullivan S, Young A, Garcia M, et al. Gender Disparities Between Neighborhood Social Vulnerability and Psychological Distress Among Patients with Heart Disease. J Womens Health (Larchmt). 2022 Oct;31(10):1441-9.
- 17 **Duvekot J, van der Ende J, Verhulst FC, et al. Factors influencing the probability of a diagnosis of autism spectrum disorder in girls versus boys. Autism. 2017 Aug;21(6):646-58.
- 18 Kreiser NL, White SW. ASD Traits and Co-occurring Psychopathology: The Moderating Role of Gender. J Autism Dev Disord. 2015 Dec;45(12):3932-8.
- 19 Niedenthal PM, Krauth-Gruber S, Ric F. Comprendre les émotions: perspectives cognitives et psychosociales. Wavre, Belgique: Mardaga, 2009.
- 20 Livingston LA, Shah P, Milner V, Happé F. Quantifying compensatory strategies in adults with and without diagnosed autism. Molecular Autism. 2020 Feb 12;11(1):15.
- 21 Cridland EK, Jones SC, Caputi P, Magee CA. Being a girl in a boys' world: investigating the experiences of girls with autism spectrum disorders during adolescence. J Autism Dev Disord. 2014 Jun;44(6):1261-74.
- 22 Warrier V, Greenberg DM, Weir E, et al. Elevated rates of autism, other neurodevelopmental and psychiatric diagnoses, and autistic traits in transgender and gender-diverse individuals. Nat Commun. 2020 Aug 7;11(1):3959.
- 23 Green RM, Travers AM, Howe Y, McDougle CJ. Women and Autism Spectrum Disorder: Diagnosis and Implications for Treatment of Adolescents and Adults. Curr Psychiatry Rep. 2019 Mar 9;21(4):22.
- 24 Cumin J, Pelaez S, Mottron L. Positive and differential diagnosis of autism in verbal women of typical intelligence: A Delphi study. Autism. 2022 Jul;26(5):1153-64.
- 25 Cazalis F, Reyes E, Leduc S, Gourion D. Evidence That Nine Autistic Women Out of Ten Have Been Victims of Sexual Violence. Front Behav Neurosci. 2022 Apr 26;16:852203.
- 26 Janssen A, Huang H, Duncan C. Gender Variance Among Youth with Autism Spectrum Disorders: A Retrospective Chart Review. Transgender Health. 2016 Feb 1;1(1):63-8.
- 27 Kallitsounaki A, Williams DM. Autism Spectrum Disorder and Gender Dysphoria/Incongruence. A systematic Literature Review and Meta-Analysis. J Autism Dev Disord. 2023 Aug;53(8):3103-17.
- 28 Pecora LA, Hooley M, Sperry L, Mesibov GB, Stokes MA. Sexuality and Gender Issues in Individuals with Autism Spectrum Disorder. Child Adolesc Psychiatr Clinics North Am. 2020 Jul;29(3):543-56.
- 29 Van Der Miesen AIR, Hurley H, De Vries ALC. Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A narrative review. Int Rev Psychiatr. 2016;28(1):70-80.
- 30 Coleman-Smith RS, Smith R, Milne E, Thompson AR. Conflict versus Congruence: A Qualitative Study Exploring the Experience of Gender Dysphoria for Adults with Autism Spectrum Disorder. J Autism Dev Disord. 2020 Aug;50(8):2643-57.
- 31 Bresson L. L'Asperger en voyage sur Terre. Paris: Leduc Graphic, 2023.
- 32 **Drakja, Boileau G. Couleur d'asperge. Le jour où j'ai découvert que j'étais Asperger. Grenoble: Vents d'Ouest, 2021.
- 33 Dachez J, Mademoiselle Caroline, Vaslet F. Différence invisible. Paris: Delcourt, 2016.

* à lire

** à lire absolument

Enjeux de sexe et de genre dans l'organisation de la médecine de demain*

Dre SARA ARSEVER^a, Dre NICOLE JAUNIN-STALDER^b, Dre CAMILLE BLEEKER^c, Dr SYLVAIN DE LUCIA^a,
Dre MAGDALENA SCHELLONGOVA^d et Pre ANGÈLE GAYET-AGERON^e

Rev Med Suisse 2024; 20: 1258-62 | DOI : 10.53738/REVMED.2024.20.880.1258

La médecine évolue avec une féminisation croissante et l'émergence de nouveaux modes de travail. Les femmes sont majoritaires parmi les diplômé-es mais sous-représentées aux postes de cadres et dans les spécialités à plus haut revenus. Pour répondre à ces défis économiques et organisationnels, cet article propose des pistes d'actions. En plus d'une augmentation globale des places de formation médicale pour pallier les départs en retraite et du développement de structures interprofessionnelles de soins intégrés, un soutien aux promotions académiques et aux positions de cadres pour les femmes ainsi qu'une revalorisation financière des activités professionnelles et non rémunérées sont autant de solutions à envisager. Ces changements assureront une médecine inclusive, de plus grande efficience et de qualité.

Sex and gender issues in the organisation of tomorrow's medicine

Medicine is evolving with increasing feminization and the rise of part-time work. Women now outnumber men among graduates but are underrepresented in leadership roles and in the highest-paid specialties. To meet these economic and organisational challenges, this article proposes a number of courses of action. In addition to an overall increase in the number of medical training places to compensate for retirement and the development of interprofessional integrated care structures, support for academic promotion and management positions for women, as well as an increase in the financial value of professional and non-remunerated activities, are all solutions to be considered. These changes will ensure that medicine is inclusive, efficient and of high quality.

INTRODUCTION

Notre système de soins est en crise: d'une part, la population vieillit en cumulant les pathologies et les coûts de la santé explosent, et, d'autre part, on assiste à une pénurie de soignant-e-s qui va se majorer ces prochaines décennies. Ces

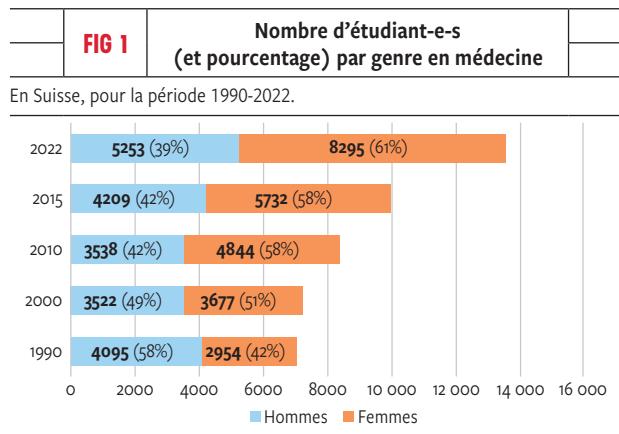
*Service de médecine de premier recours, Département de médecine de premier recours, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^bDépartement de médecine de famille, Unisanté, 1004 Lausanne, ^cService de pédiatrie générale, Hôpital des enfants, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^dService des urgences, Groupement hospitalier de l'Ouest lémanique, 1260 Nyon, ^eService d'épidémiologie clinique, Hôpitaux universitaires de Genève, Faculté de médecine, Université de Genève, 1211 Genève 14
sara.c.arsever@hug.ch | nicole.jaunin@svmed-hin.ch | camille.bleeker@hug.ch
sylvain.delucia@hug.ch | magdalena.schellongova@ghol.ch | angele.gayet-ageron@hug.ch
*Cet article traite des enjeux de genre dans l'organisation des systèmes de santé. Nous faisons référence aux «hommes» et aux «femmes» pour des raisons de lisibilité et conscientisons que ceci ne représente pas la diversité des identités de genre. Les enjeux de normes sociales de genre sont décrits sous le prisme des couples hétérosexuels, plus fréquents, mais ceci ne doit pas éclipser la réalité des couples homosexuels.

multiples défis devront être relevés tout en prenant en considération les changements sociétaux en lien notamment avec les aspects de sexe et de genre des professionnel-le-s de la santé.

Cet article dresse un état des lieux des pratiques de la médecine et en particulier celle de premier recours avec un regard genre tout en proposant des pistes de réflexion pour l'avenir.

ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES ET DIFFÉRENCES HOMMES/FEMMES

Depuis plusieurs décennies en Suisse comme ailleurs, les femmes sont devenues majoritaires dans les études de médecine, avec 61% d'étudiantes (figure 1). Parmi les médecins en exercice, 46% sont des femmes en 2022 (figure 2) contre 36% en 2010.¹ Malgré la prédominance féminine pendant les études, il existe toujours une ségrégation tant horizontale (entre certaines spécialisations médicales), que verticale (hiérarchique), avec cependant une amélioration récente depuis 2008 (tableau 1). La ségrégation verticale ou phénomène du «tuyau percé» est ubiquitaire en médecine où les femmes représentent la majorité des médecins en formation (53%), mais elles ne sont plus qu'un quart (25%) parmi les médecins adjoint-e-s hospitalier-ère-s et moins d'un huitième (12,4%) parmi les médecins chef-fe-s de service.² Il existe une augmentation, lente et progressive de la proportion de femmes à des positions hiérarchiques élevées mais il semble qu'à ce rythme la parité ne sera pas atteinte avant plusieurs décennies au moins.



(Adaptée de FMH, www.fmh.ch/fr/themes/statistique-medicale/indicateurs.cfm).

FIG 2

Nombre de médecins en exercice
(et pourcentage) par genre

En Suisse, pour la période 1960-2022.

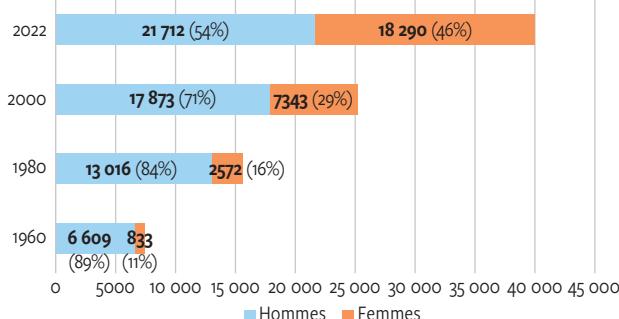
(Adaptée de FMH, www.fmh.ch/fr/themes/statistique-medicale/indicateurs.cfm).

TABLEAU 1

Proportion de femmes médecins
par spécialités en 2022 et 2008

MIG: médecine interne générale.

	2022	2008
Toutes les spécialités	46% (18290/40002)	35% (10263/29650)
MIG	47% (3974/8511)	26% (1755/6755)
Pédiatrie	68% (1446/2140)	49% (596/1225)
Psychiatrie	49% (2304/4716)	42% (1323/3121)
Chirurgie	20% (728/3633)	9% (210/2211)
Gynécologie, obstétrique	68% (1374/2015)	44% (544/1240)

(Adapté de <https://aerztestatistik.fmh.ch>).

Concernant le taux d'activité, 50% des médecins de premier recours travaillent plus de 45 heures par semaine avec encore une majorité d'hommes (65%). Notons dans le secteur ambulatoire que le taux moyen d'activité est de 65% pour les femmes contre 75% pour les hommes.³ En outre, on observe une baisse constante du taux d'activité de l'ensemble des médecins dans les secteurs ambulatoire et hospitalier entre 2010 et 2020, autant dans les disciplines de premier recours que dans les autres spécialités.³ Les changements du taux d'activité s'inscrivent dans une modification globale de l'organisation du travail, avec en ambulatoire le développement de l'activité en cabinet de groupe permettant une plus grande flexibilité dans la pratique de la profession médicale (possibilité de remplacements mutuels, octroi de semaines plus courtes).

Enfin, il faut noter que la moitié des médecins en exercice en 2018 seront à la retraite en 2030, dont 71% d'hommes travaillant majoritairement à plein temps. Si les effectifs des médecins en formation ont été augmentés ces dernières années, ceci ne permettra pas de compenser l'avalanche de départs à la retraite annoncée et la baisse du taux d'activité de leurs remplaçant-e-s. Il en résultera une pénurie de médecins tant dans les spécialités de premier recours que dans les autres spécialités, impliquant une dépendance accrue aux médecins formé-e-s dans les pays tiers, avec le lot de dilemmes éthiques évident que cela comporte.

NOUVELLES SPÉCIFICITÉS DES PRATIQUES ET CHOIX DE VIE DES MÉDECINS

Ces modifications du paysage médical s'inscrivent dans de nombreux changements sociétaux, notamment la mise en lumière des inégalités de genre au sein de la famille, dans la société en général, dans les carrières professionnelles et dans l'accession aux postes dirigeants. Ces prises de conscience ont vu émerger la mise en place du congé paternité (2 semaines) ou la possibilité d'un congé parental (18 mois).

La vision d'équilibre entre vie personnelle et professionnelle est en pleine mutation. Une volonté générale émerge depuis plusieurs années de répartir différemment son temps de travail, et notamment une demande de plus de travail à temps partiel au bénéfice de sa vie personnelle, et ce indépendamment du genre.⁴ Une enquête récente auprès des étudiant-e-s en médecine de Genève a confirmé cette tendance.⁵ La prise en compte de cette motivation par les employeur-euse-s pourrait amener à une meilleure répartition des tâches domestiques et à terme avoir un impact positif sur les carrières féminines. Une part non négligeable (8,8% selon l'Office fédéral de la statistique⁶) des 20-29 ans manifestant par ailleurs une volonté de non-parentalité, il sera important de ne pas centrer le débat sur une meilleure intégration de temps dédié à la famille mais, plus globalement, sur une meilleure prise en compte du temps lié aux activités non rémunérées.

En effet, les médecins en 2024 sont sensibles au respect de la diversité dans leur exercice de la médecine (de solo à totalement interprofessionnel) et recherchent une autonomie et une liberté de pratique plus importantes, et très différentes de celles qu'offrent le contexte d'un cabinet ou d'un service hospitalier. Ils et elles aspirent davantage à concilier les exigences de leur profession avec des engagements non professionnels. Ces nouveaux aspects de la pratique de la médecine doivent être considérés et intégrés dans les stratégies de réorganisation de la médecine du futur proche.

ENJEUX GLOBAUX ET ÉCONOMIQUES

Les enjeux cités précédemment se présentent à une ère où les systèmes de soins font face à des défis majeurs: vieillissement de la population, augmentation des maladies chroniques et détérioration de la santé mentale dans la population, notamment chez les jeunes. On note également une surconsommation des prestations de santé, l'émergence de crises sanitaires répétées, une augmentation constante des primes maladies et une renonciation aux soins pour raisons économiques au sein d'une frange croissante de la population. Ceci survient dans un contexte de marchandisation et d'ubérisation de la médecine, un excès des charges administratives, et une crise climatique dont l'impact sur la santé de la population et sur les systèmes de soins ne fera qu'accroître les besoins et diminuer les moyens d'y répondre efficacement.⁷

Du point de vue économique, il persiste une ségrégation horizontale se traduisant par une surreprésentation des femmes

dans les spécialités les moins rémunérées. Ceci est associé à un écart salarial entre les médecins de sexes différents (103.- CHF/heure travaillée pour les femmes médecins contre 122.- CHF/heure pour les hommes).^{8,9}

QUELLES SOLUTIONS PROPOSER POUR RÉPONDRE À CES DÉFIS?

La médecine de demain devra donc s'adapter pour répondre aux besoins des étudiant-e-s en médecine et des médecins, tout en maintenant un accès aux soins de qualité pour la population dans toute sa diversité et un niveau de satisfaction des médecins sur la durée. Nous présentons ici quelques pistes d'actions à différents niveaux.

Réorganisation et nouveaux modes de pratique de la médecine

Pour remédier à la pénurie annoncée de médecins, il conviendra de manière globale d'accroître les places de formation dans les filières médicales et soignantes, en augmentant particulièrement celles dans les disciplines de premier recours. En parallèle, il faudra développer l'interprofessionnalité et les nouvelles filières telles que les infirmier-ère-s clinicien-ne-s, et enfin favoriser d'autres types d'actes délégués et de les valoriser de manière inclusive. Il sera finalement nécessaire d'identifier des mesures efficaces pour réduire le temps administratif au profit du temps de soins, notamment par la saisie automatique et la mise en réseau des données, ou l'utilisation de l'intelligence artificielle.

La création de structures de soins intégrés, telles que les maisons de santé,¹⁰ ont été mises en avant pour répondre à ces défis et doivent aussi se développer de manière inclusive. Ces dernières regroupent des équipes interprofessionnelles offrant des soins de premier recours et permettent d'offrir aux patient-e-s des trajectoires de soins cohérentes et de bénéficier des soins les plus utiles et efficaces possibles. Leurs objectifs premiers sont d'améliorer la prise en charge des patient-e-s chroniques complexes en optimisant la coordination des soins et favorisant le transfert de tâches des professions médicales vers d'autres soignant-e-s comme les soins paramédicaux.¹¹ Ceci pourrait répondre partiellement à la pénurie de médecins, notamment en milieu rural, mais aussi favoriser le désengorgement des urgences, et finalement réenchanter le métier de médecin et de soignant-e, en leur faisant retrouver le sens par des soins globaux et de proximité augmentant la satisfaction autant des patient-e-s que des soignant-e-s, tout en en allégeant le travail des premier-ère-s en donnant davantage de responsabilités aux second-e-s.

Défis économiques et solutions

Une meilleure prise en considération financière du travail non rémunéré en dehors du travail (reposant majoritairement sur les femmes)¹² et un accès plus inclusif au travail à temps partiel (concernant de plus en plus d'hommes)⁵ pourrait réduire les inégalités de genre, notamment économiques.

Le modèle de rémunération des médecins mériterait d'être revu en revalorisant les consultations à domicile et le temps passé avec les patient-e-s, mais aussi le travail des médecins de premier recours par rapport aux autres spécialistes pour gommer les différences souvent très importantes de revenus.

Favoriser la place et le leadership des femmes médecins

Les processus de recrutement, de rétention et de promotion peuvent être adaptés pour favoriser une plus grande présence de femmes aux postes de cadres.¹³ Ceci implique des processus de promotion inclusifs par l'organisation de formations systématiques à la gestion des biais implicites dans le milieu académique, dans les parcours professionnels et une valorisation des activités collectives telles que le service à la cité et à l'enseignement, plus souvent réalisés par les femmes. L'engagement explicite et concret des institutions de santé contre les discriminations liées au genre et le harcèlement sexuel reste un élément essentiel. Il doit s'accompagner par la mise en place de mesures concrètes pour lutter contre les biais implicites lors des processus de nominations, la promotion du leadership féminin ainsi qu'une offre systématique de programmes de mentorat, tel que proposé par le Réseau romand de mentoring pour les femmes¹⁴ ayant toutes fait preuve de leur efficacité dans la culture du changement (tableau 2).

Améliorer le système de santé en répondant aux enjeux de genre

Les évidences suggèrent que les systèmes de santé ont tout à gagner en augmentant la part de femmes dans les milieux académiques¹⁵ et en favorisant la rétention des femmes médecins dans la profession. Ceci s'avérerait favorable sur le plan économique car la société investit du temps et de l'argent dans la formation pré et postgraduée. De plus, les équipes diverses en genre, ethnicité ou encore en âge semblent plus efficaces tant sur le plan de la prise en charge médicale que dans la recherche.¹⁶ La diversité augmente la créativité, enrichit les échanges entre professionnel-le-s et les pratiques de soins, et conduit à des publications scientifiques plus impactantes.¹⁶ Finalement, les équipes mixtes ont davantage tendance à intégrer les enjeux de sexe et de genre dans la recherche et à s'intéresser aux domaines en lien avec la santé des femmes, pouvant à terme améliorer la qualité des soins offerts.

De manière similaire, la rétention des femmes dans les carrières médicales et leur promotion à des postes de cadres devraient avoir des effets bénéfiques sur les institutions de santé.¹⁷ Les études suggèrent que les médecins cadres femmes adoptent plus fréquemment que leurs homologues masculins un leadership horizontal, centré sur la communication (collaboratif), la confiance et le développement de chaque personne et moins fréquemment des comportements qualifiés d'abusifs. Ces modes de leadership se sont montrés efficaces pour améliorer la qualité de soins et la satisfaction au travail.¹⁷⁻¹⁹ En résumé, la féminisation de la médecine, et de manière plus large l'inclusion de la diversité, mène à des avancées pour la profession et pour la population dans son ensemble.

TABLEAU 2

Solutions proposées pour améliorer le nombre de femmes cadres

Catégorie	Concept	Exemple de stratégies
Processus organisationnel	Engagement et responsabilité du leadership	<ul style="list-style-type: none"> • Communiquer une vision orientée vers l'égalité de genre • Lutter contre les attitudes discriminatoires des cadres • Déterminer des objectifs clairs en termes d'égalité des genres et de représentations et sanctionner les déviations
	Balance vie privée-vie professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des politiques pour une meilleure balance travail-famille (temps partiel, flexibilité) y compris aux postes de cadre • Offrir du support concret pour la vie parentale (crèche, congés adaptés, support financier, horaire de travail adapté à la parentalité, etc.)
	Mécanisme de recensement et d'application	<ul style="list-style-type: none"> • Récolter des données liées au genre et les communiquer de manière transparente • Mettre en place des processus de promotion robustes et objectifs
	Élimination des biais de genre	<ul style="list-style-type: none"> • Revoir le langage et les formulations autour de l'égalité de genre et du leadership • Considérer la diversité de genre à tous les niveaux
Prise de conscience et engagement	Culture de connaissance et d'amélioration	<ul style="list-style-type: none"> • S'attaquer proactivement aux biais implicites et reconnaissance des enjeux de diversités • Inclure les hommes comme alliés dans le changement
	Rôle modèle organisationnel	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir la recherche dans l'égalité de genre et la diversité • Intégrer une consultation des partenaires sur les possibles barrières, priorités et opportunités
	Inclusion et diversité	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une approche participative pour coconstruire et codévelopper • Promouvoir activement les temps partiels chez les hommes
Mentorat et réseautage	Approches formelle et informelle	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagner les mentorés (formation, temps dédiés, cahier des charges clair, etc.) • Inclure les hommes cadres dans les activités de mentorats et de réseautage
Formation et développement des leaders	Conception et approche	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir des programmes de développement professionnel pour les femmes à tous les stades de carrières, incluant des aspects pratiques de leadership • Créer des espaces d'échanges et de connexions pour les femmes
	Éléments de contenu	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la confiance en soi, l'ambition et la conscience de ses compétences • Encourager explicitement la participation des femmes
Outil de support	Recrutement, rétention et promotion	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir une approche active de recrutement • Promouvoir des politiques, des actions et des salaires supportant l'égalité de genre • Instaurer des processus de promotion conscientisant les différents parcours de carrières selon le genre
	Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Mesurer la culture, les développements de carrières, les biais et l'efficacité des interventions mises en place

(Adapté de réf.¹³).

CONCLUSION

Les défis actuels du système de santé, influencés par les changements sociétaux globaux, vont nécessiter une restructuration en profondeur. Nous pouvons notamment citer l'augmentation des places de formations, la mise en place de modèles de travail centrés sur l'interprofessionnalité et le partage des tâches, le soutien des promotions académiques féminines ou encore une adaptation du système de rémunération en faveur des activités professionnelles assurées par les femmes dans les secteurs de médecine de base en particulier. Dans ces restructurations, l'intégration des enjeux de genre, et de diversité au sens large, devrait mener à une amélioration de la satisfaction dans les professions médico-soignantes et une augmentation de la qualité des soins dispensés.

Conflit d'intérêts: A. Gayet-Ageron, S. Arsever, S. De Lucia, C. Bleeker et M. Schellongova sont membres du groupe facultaire Médecine, genre & équité pouvant représenter un conflit d'intérêts mais celui-ci est non problématique. N. Jaunin-Stalder n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements: Les auteurs remercient la Pr Johanna Sommer pour sa relecture finale de l'article.

ORCID ID:

S. Arsever: <https://orcid.org/0000-0002-3611-8321>
 N. Jaunin-Stalder: <https://orcid.org/0009-0001-4704-0478>
 C. Bleeker: <https://orcid.org/0009-0003-9403-7786>
 S. De Lucia: <https://orcid.org/0009-0006-8756-6251>
 A. Gayet-Ageron: <https://orcid.org/0000-0002-6164-9693>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La féminisation de la profession médicale s'inscrit dans un contexte de changements sociétaux majeurs qu'il faudra intégrer dans la réorganisation des soins à la population.
- Ces multiples changements constituent autant d'opportunités de réfléchir à une transformation de notre système de santé permettant de relever les défis de demain.
- Un système de santé plus inclusif et prenant mieux en compte les enjeux de diversité est désirable tant pour les patient-e-s que pour les soignant-e-s.

1 Office fédéral de la statistique. Profil des études de médecine en Suisse [En ligne]. Rapport n° 701-0300. Mai 2005.

p. 1-20. Disponible sur: <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/342220/master>

2 Hostettler S, Kraft E. Faible densité de généralistes et forte dépendance de l'étranger. Statistique médicale 2022.

Bull Med Suisses [En ligne]. 2023;104(12):24-9. Disponible sur: www.fmh.ch/files/pdf29/2023_03-22-me-

dienmitteilung-aerztestatistik-2022_fr.pdf
 3 Burla L, Widmer M, Zeltner C. Projections des besoins et des effectifs de médecins spécialistes en Suisse [En ligne]. Rapport n° 04/2022. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé, 2022. Disponible sur: www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2022-05/Ob-san_04_2022_RAPPORT.pdf
 4 Aaron M, Levenberg P. The Millennials in Medicine: Tips for Teaching the Next Generation of Physicians. *J Acad Ophthalmol* (2017). 2018;10(01):e38-40.
 5 **Bleeker C, Schellongova M, Follonier C, Sadeghipour S, Bajwa NM. Carrière et projets de famille: déterminants des choix des étudiantes et étudiants en médecine. *Rev Med Suisse*. 2022 Juil 13;18(790):1425-9.
 6 Office fédéral de la statistique. Souhait d'enfants, parentalité [En ligne]. 2019. Disponible sur: www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/familles/souhait-enfants-parentalite.html

- 7 Romanello M, Napoli CD, Green C, et al. The 2023 report of the Lancet Countdown on health and climate change: the imperative for a health-centred response in a world facing irreversible harms. *Lancet*. 2023 Dec 16;402(10419):2346-94.
 8 Clausen F. Les revenus des médecins indépendants dans les cabinets médicaux en 2019. Statistique des cabinets médicaux et des centres ambulatoires (MAS) [En ligne]. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique, 2021. Disponible sur: www.fmh.ch/files/pdf28/1804-1900.pdf
 9 **Hostettler S, Kraft E. Statistique médicale 2018 de la FMH. Peu de femmes aux postes de cadre. *Bull Med Suisse* [En ligne]. 2019;100(12):411-6. (Cité le 7 novembre 2023). Disponible sur: <https://live.fmh.ch/files/pdf23/saez-12-09f.pdf>
 10 Sommer J, Haller DM, Cohidon C, Senn N. Demain, une maison de santé? *Rev Med Suisse*. 2023 Mai 10;19(826):883.
 11 Perone N, Gillabert C, Van Leemput MC, et al. Projet pilote de maison de santé à Genève. *Rev Med Suisse*. 2023 Mai 10;19(826):906-10.
 12 Office fédéral de la statistique, Chancellerie fédérale. Inégalité salariale entre les femmes et les hommes. Saisir l'écart global de revenu du travail et d'autres indicateurs [En ligne]. Rapport n° be-f-20.01.01. Berne: Confédération suisse, 2022. Disponible sur: <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/23325425/master>
 13 **Mousa M, Boyle J, Skouteris H, et al. Advancing women in healthcare leadership: A systematic review and meta-synthesis of multi-sector evidence on organisational interventions. *EclinicalMedicine*. 2021 Aug 12;39:101084.
 14 Réseau romand de mentoring pour femmes [En ligne]. Disponible sur: www.unifr.ch/f-mentoring/fr/
 15 Plank-Bazinet JL, Heggness ML, Lund PK, Clayton JA. Women's Careers in Biomedical Sciences: Implications for the Economy, Scientific Discovery, and Women's Health. *J Womens Health (Larchmt)*. 2017 May;26(5):525-9.
 16 *Stanford FC. The Importance of Diversity and Inclusion in the Healthcare Workforce. *J Natl Med Assoc*. 2020 Jun;112(3):247-9.
 17 *Hay K, McDougal L, Percival V, et al. Disrupting gender norms in health systems: making the case for change. *Lancet*. 2019 Jun 22;393(10190):2535-49.
 18 Chu H, Qiang B, Zhou J, et al. The Impact of Transformational Leadership on Physicians' Performance in China: A Cross-Level Mediation Model. *Front Psychol*. 2021 Mar 9;12:586475.
 19 Shen W, Joseph DL. Gender and leadership: A criterion-focused review and research agenda. *Hum Resour Manag Rev*. 2021 Jun;31(2):100765.

* à lire

** à lire absolument

Testez vos connaissances...

Appliquer le consentement, dans les soins et au-delà

(voir article p. 1238)

1. Parmi les affirmations suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) correcte(s)? La recherche du consentement pendant un examen clinique doit se faire:

- A.** Uniquement lorsque celui-ci implique un examen de la région pelvienne et génitale
- B.** À chaque nouvelle étape de l'examen (réitération constante du consentement), en prêtant attention aux signes verbaux ou non verbaux de gêne, de douleur, de résistance
- C.** Uniquement lorsque l'on a du temps à disposition
- D.** Si la personne est capable de discernement, si elle ne l'est pas il est possible d'outrepasser son consentement pour tout acte médical

Égalité à tous les âges: aborder la discrimination de genre chez les patient-e-s âgé-e-s

(voir article p. 1243)

4. Parmi les affirmations suivantes concernant d'éventuelles différences de santé entre hommes et femmes âgé-e-s, laquelle (lesquelles) est (sont) correcte(s)?

- A.** Les hommes ont une espérance de vie plus longue que les femmes en raison de comportements plus favorables à la santé
- B.** Les hormones sexuelles expliquent toutes les différences de santé entre hommes et femmes
- C.** Les femmes ont une espérance de vie plus longue que les hommes, mais vieillissent en général en moins bonne santé
- D.** L'ostéoporose atteint presque uniquement les femmes

Trouble du spectre de l'autisme au féminin: comment le genre opère-t-il?

(voir article p. 1253)

2. Quel(s) élément(s) contribue(nt) à expliquer que les femmes et les filles avec un trouble du spectre de l'autisme (TSA) sont sous-diagnostiquées ou diagnostiquées plus tardivement?

- A.** Les outils de détection sont moins adaptés au genre féminin
- B.** Elles développent des stratégies de camouflage social
- C.** Elles ont moins d'atteintes cognitives et un tableau clinique moins sévère
- D.** Les professionnel-le-s de santé et l'entourage reconnaissent plus difficilement les signes et symptômes
- E.** Les gènes impliqués dans le TSA chez les femmes diffèrent de ceux identifiés chez les hommes

Recommandations de prévention chez les personnes transgenres

(voir article p. 1248)

5. Parmi les affirmations suivantes concernant la prévention auprès de personnes transgenres, laquelle (lesquelles) est (sont) correcte(s)?

- A.** L'évaluation du risque d'IST s'appuie sur les parties du corps en contact lors des rapports sexuels plutôt que le genre des personnes
- B.** Le calcul du risque cardio-vasculaire doit se faire sur la base du sexe assigné à la naissance
- C.** Il n'est pas nécessaire de proposer un dépistage du cancer de la prostate chez les femmes transgenres
- D.** L'alliance thérapeutique prévient le risque de rupture thérapeutique et renforce l'estime de soi

Enjeux de sexe et de genre dans l'organisation de la médecine de demain

(voir article p. 1258)

3. Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) correcte(s)?

- A.** Les femmes médecins délivrent des soins de moins bonne qualité du fait de leur taux d'activité souvent plus bas
- B.** Les hommes médecins sont globalement défavorisés par les normes de promotion académique en vigueur par rapport aux femmes médecins
- C.** Les hommes médecins aspirent à pouvoir partager davantage les obligations familiales avec leur partenaire
- D.** Lutter contre les discriminations et le harcèlement sexuel dans les institutions de santé est un engagement essentiel

Biais de genre dans la prise en charge médicale: que faire?

(voir article p. 1234)

6. Parmi les affirmations suivantes sur l'approche réflexive, laquelle (lesquelles) est (sont) correctes?

- A.** Elle permet aux soignant-e-s d'explorer leurs représentations sociales et biais dans la pratique clinique
- B.** Elle permet aux soignant-e-s d'identifier leur positionnement social et de comprendre l'influence qu'il peut avoir dans la construction de leur posture professionnelle
- C.** Elle permet de faire comprendre aux patient-e-s leurs propres biais
- D.** Elle permet aux soignant-e-s d'être plus rapides

Réponses correctes: 1B, 2ABD, 3CD, 4C, 5AD, 6AB

Outils d'aide à la décision pour la prévention des cancers

Synthèse pour la francophonie

OCÉANE PITTEL^a, Pré MARIE-ANNE DURAND^a, Dr KEVIN SELBY^a et Pr JACQUES CORNUZ^b

Rev Med Suisse 2024; 20: 1264-70 | DOI: 10.53738/REVMED.2024.20.880.1264

Depuis plusieurs années, la relation entre les patients et les professionnels de la santé et plus largement entre les acteurs de la santé publique et les citoyens a évolué, passant d'une approche paternaliste et top-down à une implication accrue des patients dans les décisions les concernant. La prévention primaire et secondaire des cancers présente des bénéfices mais parfois également des risques, nécessitant une décision alignée avec les valeurs et les préférences des patients et des citoyens. La prise de décision partagée, via des outils d'aide à la décision, offre aux patients des informations claires et faciles à comprendre à propos des options qui leur sont offertes, afin de prendre une décision éclairée. Cet article vise à recenser les outils créés ou traduits en français et à en définir les caractéristiques.

Patient decision aids for cancer prevention Synthesis for the francophone community

In recent years, the relationship between patients and healthcare professionals, and more broadly between public health actors and citizens, has shifted from a paternalistic, top-down approach to one of increased patient involvement in decision-making. Primary and secondary cancer prevention involve both benefits and risks, underscoring the importance of informed decision-making aligned with each patient and citizen's unique values and preferences. Shared decision-making, supported by decision aids, offers patients and citizens clear and comprehensible information about their options, enabling informed choices. This article aims to compile and define the characteristics of tools developed or translated into French for this purpose.

INTRODUCTION

Prévention primaire et secondaire des cancers

Des avancées significatives dans les domaines de la biologie et de la médecine ont révélé, ces dernières années, que malgré une exposition prolongée à des agents cancérogènes bien connus tels que le tabac ou le virus du papillome humain (VPH), le développement de lésions malignes peut prendre plusieurs années.¹ Ce constat renforce la pertinence de la détection précoce des lésions précancéreuses, offrant ainsi la possibilité de ralentir, voire d'arrêter la progression du cancer par le biais de mesures préventives.²

Les mesures préventives sont traditionnellement réparties en trois niveaux: primaire, secondaire et tertiaire. Dans le cadre de cet article, nous nous intéressons aux deux premiers niveaux. Le niveau dit primaire a pour but d'empêcher la maladie de se développer au travers, par exemple, de vaccins, de la promotion des comportements de santé ou de la prophylaxie. Le niveau secondaire, quant à lui, a pour objectif de détecter et de traiter précocement la maladie, avant l'apparition de symptômes, généralement au travers de tests de dépistage.

Ces mesures préventives comportent des bénéfices, mais parfois également des risques. Par exemple, dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate, il peut y avoir un surdiagnostic de la maladie menant à un traitement qui ne change pas le pronostic, mais dont les effets secondaires affectent la qualité de vie. Il est donc important que les patients et les citoyens aient la possibilité de prendre des décisions éclairées en lien avec leurs valeurs et leurs préférences individuelles.

Prise de décision médicale partagée

Au cours des dernières années, notamment avec l'avènement d'internet, la dynamique entre les professionnels de la santé et les patients et plus largement entre les acteurs de la santé publique et les citoyens a évolué, conduisant à un partage d'informations et parfois de responsabilités dans la prise de décision. Alors que les professionnels de la santé possèdent l'expertise de la maladie, les patients et les citoyens possèdent un savoir expérientiel issu de leur vécu, ainsi qu'une attitude individuelle concernant les risques et les bénéfices de la prévention primaire et secondaire des cancers.

Cette évolution est étayée par des données révélant que les cliniciens ont parfois du mal à appréhender pleinement ce qui est véritablement important pour leurs patients.³ De plus, une majorité de patients expriment le désir de participer activement aux décisions concernant leur santé.⁴ La prise de décision médicale partagée représente ainsi une stratégie efficace en vue de promouvoir la participation active des patients et de citoyens dans les décisions concernant leur santé, dans des situations d'équilibre clinique.

La prise de décision partagée peut être définie comme «une approche dans laquelle les cliniciens et les patients partagent les meilleures données disponibles pour prendre des décisions, et où les patients sont soutenus pour comprendre les différentes options afin de faire un choix éclairé».^{5,6} Particulièrement adaptée aux situations pour lesquelles plusieurs options raisonnables sont envisageables⁷ et où les décisions

^aDépartement des polycliniques, Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 1010 Lausanne, ^bDirection générale, Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 1010 Lausanne
oceane.pittet@unisante.ch | marie-anne.durand@unisante.ch | kevin.selby@unisante.ch
jacques.cornuz@unisante.ch

ont un impact à long terme,⁸ la prise de décision partagée trouve des applications variées, allant des soins de premier recours à la chirurgie en passant par la santé mentale. Dans certains pays, comme aux États-Unis, elle est même rendue obligatoire pour certaines décisions médicales, telles que le dépistage du cancer du poumon.⁹

En Suisse, cette approche gagne progressivement en reconnaissance, soutenue notamment par des acteurs majeurs du système de santé tels que la FMH.¹⁰ Le système de santé suisse, caractérisé par un équilibre entre autonomie individuelle et solidarité collective au travers de l'assurance-maladie obligatoire, offre un terreau favorable au développement de la prise de décision partagée.¹¹ Au niveau international, de nombreux instituts et politiques de pays tels que les États-Unis, l'Angleterre, le Canada, l'Allemagne ou encore Taïwan, défendent eux aussi l'importance de la décision médicale partagée.¹²

Toutefois, en vue de pouvoir jouer un rôle dans le processus décisionnel concernant leur santé, les patients et les citoyens ont besoin d'accéder à des informations claires et faciles à comprendre à propos des options qui leur sont offertes.

Outils d'aide à la décision

Pour soutenir les patients et les citoyens dans le processus de décision médicale partagée, l'utilisation d'outils d'aide à la décision s'avère efficace.¹³ Tels que définis par le « International Patient Decision Aids Standards (IPDAS) Collaboration »,¹⁴ les outils d'aide à la décision sont fondés sur des données probantes et conçus pour aider les patients et les citoyens à faire des choix spécifiques et réfléchis parmi les options de soins de santé. Les aides à la décision complètent (plutôt qu'elles ne remplacent) les conseils donnés par les cliniciens sur les options disponibles.¹⁵

Les outils d'aide à la décision peuvent être utilisés avant, pendant ou après un entretien clinique, pour soutenir les patients et les citoyens à prendre part aux décisions de façon active et informée. Ils peuvent se présenter sous le format d'arbre de décision, de vidéo, de site web ou encore de brochures. En général, ces outils comportent les informations suivantes:

- La décision que le patient ou le citoyen devra prendre.
- Les options existantes, leurs avantages et leurs désavantages respectifs.
- Un soutien au patient/citoyen pour qu'il prenne des décisions réfléchies, selon ses valeurs et ses préférences.

Les outils d'aide à la décision ont la capacité d'augmenter les connaissances des patients et des citoyens ainsi que de promouvoir leur participation dans la prise de décision, de clarifier ce qui est important pour eux, de réduire leurs conflits décisionnels, d'améliorer leur perception des bénéfices et des préjudices et de favoriser les échanges avec les professionnels de la santé.¹³ Des résultats similaires ont été observés dans les domaines spécifiques de la prévention et du dépistage en oncologie¹⁶ et de la médecine de premier recours.¹⁷

Dans cette perspective, et au vu de l'importance de telles ressources, cet article vise à recenser les outils d'aide à la

décision disponibles en français pour la prévention primaire et secondaire des cancers, et de relever leurs caractéristiques.

RECHERCHE DES ARTICLES DÉCRIVANT DES OUTILS D'AIDE À LA DÉCISION

Nous avons mené une revue rapide¹⁸ de la littérature pour répondre à la question de recherche suivante: combien d'outils d'aide à la décision sont disponibles en français pour la prévention primaire et secondaire des cancers, et quelles sont leurs caractéristiques?

En raison de ressources limitées, nous avons opté pour une revue rapide plutôt que systématique de la littérature, privilégiant ainsi un compromis entre exhaustivité et efficacité. Les revues rapides sont toujours plus utilisées en vue d'adresser les besoins des politiques, des institutions ou des cliniciens, en un temps plus restreint.¹⁹

Nous avons développé une équation de recherche avec l'aide d'un spécialiste en information documentaire et effectué nos recherches dans les bases de données suivantes: Medline Ovid, Embase.com, Cinahl et Web of Science Core Collection. Le choix des termes a été effectué avec l'équipe de recherche afin de s'assurer de leur exhaustivité.

Nous avons inclus les articles originaux écrits en français mais également en anglais, qui est de loin la langue la plus utilisée dans la littérature académique. Nous avons sélectionné tous les articles décrivant des outils d'aide à la décision développés ou traduits en français.

En vue de couvrir la littérature grise, nous avons complété les recherches au travers de la base de données Google Scholar (200 premiers résultats) ainsi qu'au travers du moteur de recherche Google (5 premières pages de résultats) en utilisant les mots «aide à la décision», «outil», «prévention» et «cancer», en français et en anglais.

Pour commencer, les doublons présents dans les bases de données ont été supprimés. Ensuite, l'évaluateuse principale (O. P.) a passé en revue les titres et les résumés de toutes les études afin de sélectionner celles qui répondaient à la question de recherche et aux critères d'éligibilité. Les deux évaluateuses (O. P. et M-A. D.) ont ensuite examiné ensemble les 200 premiers articles pour harmoniser leur processus de sélection et réduire les biais. Le texte intégral a été obtenu pour toutes les études ayant franchi la première étape de sélection. Par la suite, l'évaluateuse principale a procédé à une sélection supplémentaire sur la base du texte intégral. En cas de doute, l'autre évaluateuse a relu le texte intégral jusqu'à ce qu'un consensus soit atteint. L'extraction des données a été réalisée par l'investigatrice principale à l'aide d'un tableau résumant les données sur les auteurs, la date de publication, le pays d'origine, le type d'outils d'aide à la décision, les objectifs et contenus des outils ainsi que les évaluations effectuées par les auteurs.

Limites

L'approche utilisée pour répertorier les outils d'aide à la décision a certains avantages, tels que le regard compréhensif sur

une thématique, dans une langue, et des désavantages, comme l'absence de contact avec les auteurs/décideurs pour élargir la recherche de littérature grise et l'absence d'évaluation externe de la qualité des articles/outils. De plus, notre définition des outils d'aide à la décision est large, incluant certains supports qui ne rempliraient pas tous les critères de certaines définitions plus strictes.

SÉLECTION DES ARTICLES ET ANALYSE DES OUTILS D'AIDE À LA DÉCISION

Sélection des articles

Suite à l'élimination des doublons, 760 articles ont été inclus dans la procédure d'évaluation. Parmi ceux-ci, 733 ont été écartés sur la base de leur titre et abstract. Sur les 27 articles sélectionnés pour relecture du texte entier, 15 ont été éliminés. Les outils d'aide à la décision identifiés au travers des articles originaux sont résumés dans le **tableau 1**.

Analyse descriptive des outils identifiés dans les bases de données

Le **tableau 1** résume les informations présentées dans les différents articles. Les outils d'aide à la décision identifiés ont été conçus dans 4 pays: la France, la Belgique, le Canada et la Suisse et sont au nombre de 13. Les articles ont été publiés entre 2012 et 2024. Les outils d'aide à la décision traitent tous du dépistage du cancer, excepté un outil dont l'objectif est de soutenir les patients et les citoyens dans le choix d'une aide à l'arrêt pour le tabac dans le cadre du cancer du poumon. Les cancers traités par ces outils sont les cancers du sein, colorectal, du poumon, de la prostate et du col de l'utérus. La majorité des outils sont disponibles en ligne, en format imprimable ou non.

L'ensemble des outils d'aide à la décision présentent les options à disposition des patients et des citoyens ainsi que leurs avantages et inconvénients. L'information est présentée au moyen d'une vidéo ou par écrit au travers d'un texte, de scénarios ou de visuels tels que des diagrammes ou des graphiques ou encore par des grilles de comparaison ou avec des chiffres en valeurs absolues (sur 100 ou 1000 personnes), en vue de faciliter la lecture. Les brochures d'aide à la décision créées en Suisse par Unisanté intègrent également des questionnaires pour aider les patients et les citoyens à décider ce qui leur correspond le mieux.

Sur les 13 outils identifiés, 7 ont été créés ou évalués à l'aide des standards «International Patient Decision Aids» (IPDA);¹³ ces derniers indiquent le minimum d'éléments devant être présents dans les outils d'aide à la décision, tels qu'une présentation claire des options possibles ou une présentation lisible des probabilités avec l'utilisation de chiffres absolus. Quatre outils ont développé ou évalué la lisibilité et la clarté de leurs contenus à l'aide du programme Scolarius, d'entretiens avec la population cible, du score de Flesh ou du Clear Communication Index. Les auteurs de 3 outils ont mis en exergue leur volonté de créer un outil accessible au plus grand nombre, notamment les personnes à faible niveau d'éducation ou de littératie en santé. L'acceptabilité a été évaluée auprès de la population cible au travers de tests utilisateurs,

de focus group ou d'autres méthodes d'entretiens pour 7 outils.

Analyse descriptive des outils identifiés avec le moteur de recherche Google

La recherche effectuée avec le navigateur internet Google a permis d'identifier 14 outils supplémentaires. Nous avons, par exemple, exploré le répertoire d'Ottawa des outils d'aide à la décision, le site EviPrev ou les boîtes à décision de l'Université de Laval. Les outils identifiés au moyen d'une recherche Google sont résumés dans le **tableau 2**.

Les outils identifiés ont été conçus dans quatre pays: la France, la Belgique, le Canada et la Suisse. Ils traitent du dépistage des cancers du sein/ovaire, colorectal, du poumon, de la prostate ou du col de l'utérus. Tous les outils sont accessibles en ligne. La majorité des sites identifiés proposent plusieurs outils d'aide à la décision.

Les outils présentent les options à disposition ainsi que leurs avantages et inconvénients. Les informations sont proposées au travers d'une vidéo ou d'un texte, généralement complétées par des visuels tels que des diagrammes, des graphiques, des grilles de comparaison et l'utilisation de chiffres en valeurs absolues.

CONCLUSION

Au total, 27 outils d'aide à la décision en français ont pu être identifiés au travers de cette revue rapide de la littérature, dont 8 traitant du cancer du sein/ovaire, 7 du cancer de la prostate, 5 du cancer colorectal, 5 du cancer du poumon et 2 du cancer du col de l'utérus. Tous ces outils concernent le dépistage, excepté un outil visant à présenter les différentes options de traitements pharmacologiques d'aide au sevrage tabagique. Avec un premier outil développé dès 2012, on observe ensuite un développement régulier dès 2015, avec environ un outil développé chaque année, jusqu'en 2024. Le Canada a développé le plus grand nombre d'outils d'aide à la décision en français avec 11 outils identifiés, suivis par la Suisse (9), la France (5) et la Belgique (2).

La prise de décision partagée entre les professionnels de la santé et les patients est une stratégie importante pour garantir des soins de santé adaptés, qui respectent les préférences individuelles et favorisent de meilleurs résultats cliniques. Toutefois, pour que les patients puissent pleinement participer à ce processus, il est impératif qu'ils aient accès à des informations claires et compréhensibles sur les différentes options disponibles.

Dans cette optique, le développement et la promotion d'outils d'aide à la décision revêtent une importance cruciale. Ces outils, conçus pour fournir des informations objectives et exhaustives, permettent d'aider les patients à naviguer dans la complexité des choix médicaux et à prendre des décisions éclairées, en accord avec leurs valeurs et préférences individuelles. De nombreux sites internet sur le cancer sont développés mais fournissent rarement des informations jugées de bonne qualité et respectant les

TABLEAU 1 Outils d'aide à la décision décrits dans les articles originaux identifiés dans les bases de données

INCa: Institut national du cancer; Standards IPDA: International Patient Decision Aids.

Type de prévention	Nom des auteurs	Format de l'outil	Objectif de l'outil et population cible	Contenu de l'outil	Évaluation et critères utilisés par les auteurs
Dépistage du cancer du sein	Mambrourg F, et Kohn L. ²⁰	Documents PDF d'aide à la décision (disponible en ligne: https://icce.fgov.be/fr/publications/rapports/outils-d'aide-a-la-consultation-medicaire/seins)	• Outil avec des messages neutres à l'intention des femmes ayant un risque «normal» (4 tranches d'âge: 40-49 ans, 50-59 ans, 60-69 ans, 70-79 ans) • Attention particulière à la clarté des messages afin de les rendre accessibles à tout le monde	Présentation visuelle du poids du cancer du sein parmi les autres causes de la mortalité, les conséquences du dépistage ou non-dépistage, les conséquences à court ou moyen terme de mammographie, ceci en nombres absolus	• Inspiré des standards IPDA • Évaluation de la lisibilité et de l'intelligibilité (entretiens avec un échantillon de la population cible)
Dépistage du cancer de la prostate	Giguere A, et coll. ²¹	Document PDF d'aide à la décision	Boîtes à décision pour préparer le clinicien à communiquer au patient les risques et les avantages des options disponibles, pour une décision commune éclairée	• Présentation de l'intervention pour laquelle une décision est requise • Présentation des résultats d'une étude avec les bénéfices et les inconvénients de l'intervention • Informations sur la publication de l'étude présentée	Focus group et test utilisateur avec les médecins et les patients pour explorer les barrières et les facilitateurs du design de communication utilisé dans la boîte à décision
Dépistage du cancer de la prostate	Moore AE, et coll. ²²	Canada	Outil d'aide à la décision présenté sur le site web du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs: https://canadiantaskforce.ca/tools-resources/cancer-de-la-prostate?lang=fr	Outil en langage simple conçu pour orienter des discussions actives ou à des fins de consultation par le clinicien ou le patient (application passive)	• Utilisation de la synthèse des données probantes • Test de la convivialité (essais des outils par les utilisateurs finaux qui donnent leurs commentaires)
Dépistage du cancer du sein	Godko X, et coll. ²³	France	Sites web contenant des outils d'aide à la décision: • L'Institut national du cancer (INCa): mission de favoriser l'appropriation des connaissances et des bonnes pratiques par les personnes malades, les usagers du système de santé, la population générale, les professionnels de santé et les chercheurs • Site «cancer rose»: information sur le dépistage du cancer du sein	• L'Institut national du cancer (INCa): mission de favoriser l'appropriation des connaissances et des bonnes pratiques par les personnes malades, les usagers du système de santé, la population générale, les professionnels de santé et les chercheurs • Site «cancer rose»: information sur le dépistage du cancer du sein	Évaluation à l'aide des standards IPDA: livret d'information et le dossier de presse à égalité (37,5%) pour l'INCa et les documents de la rubrique études (62,5%) pour Cancer Rose
Dépistage du cancer du col de l'utérus	Selimouni F, et coll. ²⁴	France	Chatbot pour l'aide à la décision	Outil pour le dépistage du papillomavirus dans le parcours de soin du dépistage du cancer du col de l'utérus pour les femmes ayant un faible niveau d'éducation	Non communiqué dans l'article
Dépistage du cancer du sein	Bournaud A, et coll. ²⁵	France	Brochure d'aide à la décision	Outil pour le dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées entre 50 et 74 ans et participant au programme de dépistage national	Présentation des différentes options et probabilités de résultats en fonction des choix effectués, mises en évidence par des illustrations et des histogrammes
Dépistage du cancer du sein	Hild S, et coll. ²⁶	France	Outil d'aide à la décision en ligne: www.discutons-mammo.fr/	Outil pour le dépistage organisé du cancer du sein en France, destiné aux femmes et aux professionnels de santé	Informations sur les avantages et les désavantages du dépistage au moyen de texte, infographies et vidéos
Dépistage du cancer colorectal	Samsusure J, et coll. ²⁷	Suisse	Brochure d'aide à la décision	Outil adapté d'un dépliant de 6 pages préparé par le Swiss Cancer Screening sur le dépistage du cancer colorectal pour rendre le contenu plus lisible et accessible au plus grand nombre et l'adapter au contexte vaudois	• Évaluation de la lisibilité (Score de Flesh) • Évaluation de la qualité des contenus (standards IPDA) • Implication de la population cible dans la création et l'évaluation de l'acceptabilité de l'outil

TABLEAU 1 Outils d'aide à la décision décrits dans les articles originaux identifiés dans les bases de données (suite)

Type de prévention	Nom des auteurs	Pays	Année	Format de l'outil	Objectif de l'outil et population cible	Contenu de l'outil	Évaluation et critères utilisés par les auteurs
Dépistage du cancer du poumon	Selby K, ²⁸ et coll.	Suisse	2020	Brochure d'aide à la décision (disponible en ligne: www.unisante.ch/sites/default/files/inline-files/BrochureA5_CancerPoumon_Labelis%C3%A9.pdf)	Outil visant à aborder la question du dépistage en fonction des valeurs et des préférences des patients	Présentation des bénéfices (diminution de la mortalité) et des risques (faux positifs et résultats indéterminés) et des incertitudes (découvertes fortuites) du dépistage du cancer du poumon	Non communiqué dans l'article
Dépistage du cancer de la prostate	Selby K, ²⁹ et coll.	Suisse	2015	Brochure d'aide à la décision (disponible en ligne: www.unisante.ch/sites/default/files/inline-files/Unisant%C3%A9C3%A9-web_doc.aide_d%C3%A9cision.pdf)	Outil visant à aider la discussion au travers de 3 étapes: présenter le choix, discuter des options et prendre une décision pour les hommes entre 50 et 75 ans dans le canton de Vaud	<ul style="list-style-type: none"> Présenter les choix, avec les bénéfices et les inconvénients sur un dénomina- tion commun (100 hommes) avec le concept du risque absolu Présenter le surdiagnostic/effets secondaires du dépistage 	Adaptation du texte du Collège des médecins du Québec réalisé avec 7 grilles: les standards IPDA et le Clear Communication Index
Dépistage du cancer colorectal	Auer R, ³⁰ et coll.	Suisse	2015	Brochure d'aide à la décision (disponible en ligne: www.unisante.ch/fi/media/642/download)	Outil prodiguant des informations générales concernant l'importance de prendre en compte le risque de cancer colorectal, pour les personnes entre 50 et 69 ans dans le canton de Vaud	Présentation des tests de dépistage, de leurs avantages et inconvénients et présentation sous forme d'infographie sur le choix de faire un dépistage en risque absolu	<ul style="list-style-type: none"> Développement sur la base de données pro- bantes (standards IPDA) Message et mise en forme du texte selon les critères du Clear communication index Évaluation de l'outil au travers de focus group d'hommes et de femmes issus de différents milieux socioéconomiques et culturels
Prévention du cancer du poumon	Jacot Sadowski I, ³¹ et coll.	Suisse	2019	Outil PDF ou électronique d'aide à la décision (disponi- ble en ligne: www.unisante.ch/sites/default/files/inline-files/BrochureA5_CancerPoumon_Labelise2.pdf)	Outil présentant les informations sur les différentes options de traitements pharmaco- logiques d'aide au sevrage tabagique de première ligne	Présentation sous forme de grille permettant de comparer les options d'aide au sevrage	<ul style="list-style-type: none"> Outil testé et adapté durant trois cycles d'amélioration de qualité selon la méthode Plan-Do-Check-Act Test de l'aide décisionnelle lors de consulta- tions de tabacologie

TABLEAU 2 Outils d'aide à la décision identifiés avec le moteur de recherche Google

Type de prévention	Groupe/plateforme	Pays	Format et contenu du/des outils à disposition
Dépistage du cancer du poumon	PEPr la plateforme d'information pour la prévention au cabinet médical ³²	Suisse	Informations sur le cancer du poumon, le dépistage, les options et exercices pour clarifier les priorités
Dépistage du cancer du colon	KCE centre fédéral d'expertise des soins de santé ³³	Belgique	Explications des avantages et inconvénients du dépistage pour permettre aux personnes de choisir l'attitude la plus cohérente avec leurs valeurs personnelles
Dépistage du cancer du sein	Université de Laval ³⁴	Canada	Informations sur l'utilité du test, les options disponibles, l'état des connaissances avec les bénéfices et risques du dépistage ainsi que sa performance, des informations sur le résultat du test et les étapes à suivre suite à un dépistage positif
Dépistage du cancer de la prostate par PSA	Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs ³⁵	Canada	Explications des avantages et inconvénients du dépistage, notamment avec des résumés graphiques, recommandations d'un test selon le profil et évaluation des éléments importants pour les patients
Dépistage du cancer du sein (présenté dans le tableau 1)	Collège des médecins du Québec ³⁶	Canada	Explications des avantages et inconvénients du dépistage, mise en balance des avantages et des inconvénients
Dépistage du cancer colorectal	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ³⁷	Canada	Renseignements sur les options disponibles pour le dépistage ainsi que les avantages et les inconvénients liés à chacune d'elles et exercices pour clarifier les priorités
Dépistage du cancer du sein			
Dépistage du cancer du col de l'utérus			
Dépistage du cancer de la prostate			
Mutation BRCA 1/2 et risques du cancer du sein/ovaire			
Dépistage du cancer du sein			
Dépistage du cancer du poumon			
Dépistage du cancer de la prostate (présenté dans le tableau 1)			
Dépistage du cancer de la prostate			
Dépistage du cancer du poumon			
Dépistage du cancer du poumon			
Dépistage du cancer du poumon			

standards IPDA, permettant de soutenir les patients dans leurs choix.

Si les pays anglophones se distinguent par un grand nombre d'outils d'aide à la décision développés, on constate actuellement une certaine lacune en langue française, en particulier pour la prévention primaire. Rappelons cependant que pour la prévention primaire, en vue de promouvoir un changement de comportement auprès de la population, les acteurs de la santé publique et les cliniciens usent principalement d'outils visant à motiver le comportement ciblé, tels que des entretiens motivationnels ou des techniques de changements de comportement.

Il paraît ainsi impératif de développer davantage d'outils d'aide à la décision en français, en particulier dans le domaine de la prévention primaire, afin de répondre aux besoins des patients et citoyens francophones et de favoriser une participation active et éclairée de ces derniers dans les décisions relatives à leur santé. En investissant dans la création de ces outils, nous pouvons renforcer la pratique de la prise de décision partagée et contribuer ainsi à améliorer la qualité des soins de santé en Suisse romande et dans les communautés francophones à travers le monde.

Rappelons qu'il est possible d'accéder aux outils d'aide à la décision développés par Unisanté sur la page web: www.unisante.ch/fr/consultations-medicales/professionnels-sante/aides-decision

Conflit d'intérêts: Marie-Anne Durand a contribué au développement des outils d'aide à la décision «Option Grid». EBSCO Information Services vend l'accès par abonnement aux aides à la décision «Option Grid». Elle reçoit des revenus de consultation d'EBSCO Health et des redevances. Les autres auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements: Les auteurs remercient Thomas Brauchli, spécialiste en information documentaire, pour son soutien dans l'élaboration de l'équation de recherche et la collecte des articles dans les bases de données.

- 1 Nadler DL, Zurbenko IG. Estimating Cancer Latency Times Using a Weibull Model. *Advances in Epidemiology*. 2014 Aug;2014(1):1-8.
- 2 *GBD 2019 Cancer Risk Factors Collaborators. The global burden of cancer attributable to risk factors, 2010-19: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2022 Aug 20;400(10352):563-91.
- 3 Mulley AG, Trimble C, Elwyn G. Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter. *BMJ*. 2012 Nov 8;345:e6572.
- 4 Chewning B, Bylund CL, Shah B, et al. Patient preferences for shared decisions: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2012 Jan;86(1):9-18.
- 5 **Bomhof-Roordink H, Gärtner FR, Stiggelbout AM, Pieterse AH. Key components of shared decision making models: a systematic review. *BMJ Open*. 2019 Dec 17;9(e031763).
- 6 Elwyn G, Laitner S, Coulter A, et al. Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ*. 2010 Oct 14;341:c5146.
- 7 Van der Horst DEM, Garvelink MM,

- Bos WJW, Stiggelbout AM, Pieterse AH. For which decisions is Shared Decision Making considered appropriate? – A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2023 Jan;106:3-16.
- Joosten EAG, DeFuentes-Merillas L, de Weert GH, et al. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychother Psychosom*. 2008;77(4):219-26.
- Merchant FM, Dickert Jr NW, Howard DH. Mandatory Shared Decision Making by the Centers for Medicare & Medicaid Services for Cardiovascular Procedures and Other Tests. *JAMA*. 2018 Aug 21;320(7):641-2.
- Stacey D, Volk RJ, Bekker H, et al. The International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) Collaboration: Evidence Update 2.0. *Med Decis Making*. 2021 Oct;41(7):729-33.
- Woolf SH, Chan ECY, Harris R, et al. Promoting informed choice: transforming health care to dispense knowledge for decision making. *Ann Intern Med*. 2005 Aug 16;143(4):293-300.
- McAlpine K, Lewis KB, Trevena LJ, Stacey D. What Is the Effectiveness of Patient Decision Aids for Cancer-Related Decisions? A Systematic Review Subanalysis. *JCO Clin Cancer Inform*. 2018 Dec;2:1-13.
- Selby K, Durand MA, von Plessen C, et al. Shared decision-making and patient and public involvement: Can they become standard in Switzerland? *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2022 Jun;171:135-8.

ORCID ID:

O. Pittet: <https://orcid.org/0009-0001-9968-104X>
 M.-A. Durand: <https://orcid.org/0000-0002-1127-9348>
 K. Selby: <https://orcid.org/0000-0002-9096-0720>
 J. Cornuz: <https://orcid.org/0000-0003-1276-9717>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La relation entre les professionnels de la santé, la santé publique et les patients-citoyens a évolué vers un partage de responsabilités concernant les prises de décision en santé.
- La prise de décision médicale partagée est une stratégie efficace en vue de promouvoir la participation active des patients et de leurs proches dans les décisions concernant leur santé.
- Les outils d'aide à la décision permettent d'aider les patients à faire des choix spécifiques et réfléchis parmi les options de soins de santé.
- Il y a une lacune dans la disponibilité des outils d'aide à la décision en français pour la prévention primaire et secondaire des cancers.

ÉQUATIONS DE RECHERCHE DANS LES BASES DE DONNÉES

(Decision Support Techniques/ OR Decision Making/ OR Decision Making, Shared/ OR Patient Participation/ OR (decision* adj3 (aid* OR box* OR model* OR support* OR tool*)).ti,ab,kf. OR «decision making»).ti,ab,kf.) AND (exp Neoplasms/ OR neoplas*.ti,ab,kf. OR cancer*.ti,ab,kf. OR carcinom*.ti,ab,kf. OR lymphoma*.ti,ab,kf. OR malignan*.ti,ab,kf. OR melanom*.ti,ab,kf. OR oncolog*.ti,ab,kf. OR tumor*.ti,ab,kf. OR tumour*.ti,ab,kf.) AND (Preventive Health Services/ OR exp Primary Prevention/ OR Secondary Prevention/ OR Mass Screening/ OR «Early Detection of Cancer»/ OR prevent*.ti,ab,kf. OR prophyla*.ti,ab,kf. OR screen*.ti,ab,kf.) AND (French.lg. OR French.ti,ab,kf.)

- Fortbld Qual Gesundhwes. 2022 Jun;171:135-8.
- Coulter A. National strategies for implementing shared decision making. *Gütersloh: BertelsmannStiftung*, 2018.
- **Stacey D, Lewis KB, Smith M, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024 Jan 29;1(1):CD001431.
- Stacey D, Volk RJ, Bekker H, et al. The International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) Collaboration: Evidence Update 2.0. *Med Decis Making*. 2021 Oct;41(7):729-33.
- Woolf SH, Chan ECY, Harris R, et al. Promoting informed choice: transforming health care to dispense knowledge for decision making. *Ann Intern Med*. 2005 Aug 16;143(4):293-300.
- McAlpine K, Lewis KB, Trevena LJ, Stacey D. What Is the Effectiveness of Patient Decision Aids for Cancer-Related Decisions? A Systematic Review Subanalysis. *JCO Clin Cancer Inform*. 2018 Dec;2:1-13.
- Coronado-Vázquez V, Canet-Fajas C, Delgado-Marroquín MT, et al. Interventions to facilitate shared decision-making using decision aids with patients in Primary Health Care: A systematic review. *Medicine (Baltimore)*. 2020 Aug 7;99(32):e21389.
- Garrison C, Gartlehner G, Nussbaumer-Streit B, et al. Cochrane Rapid Reviews Methods Group offers evidence-informed guidance to conduct rapid reviews. *J Clin Epidemiol*. 2021 Feb;130:13-22.
- Ganann R, Ciliska D, Thomas H. Expediting systematic reviews: methods and implications of rapid reviews. *Implement Sci*. 2010 Jul 19;5:56.
- Mambourg F, Kohn L. [Breast cancer screening: a tool for informed decision making]. *Rev Med Brux*. 2018;39(4):410-5.
- Giguere A, Légaré F, Grad R, et al. Decision boxes for clinicians to support evidence-based practice and shared decision making: the user experience. *Implement Sci*. 2012 Aug 3;7:72.
- Moore AE, Straus SE, Kasperavicius D, et al. Outils d'application des connaissances en soins de santé préventifs. *Can*

Fam Physician. 2017 Nov;63(11):e466-72.
 23 Gocko X, Fondacci M, Dibi C,
 Plotton C. Information autour du
 dépistage organisé du cancer du sein.
 L'INCa et Cancer Rose répondent-ils aux
 critères des outils d'aide à la décision?
 Rev Epidemiol Sante Publique.
 2020 Feb;68(1):33-6.
 24 Selmouni F, Guy M, Muwonge R, et al.
 Effectiveness of Artificial Intelligence-Assisted
 Decision-making to Improve
 Vulnerable Women's Participation in
 Cervical Cancer Screening in France:
 Protocol for a Cluster Randomized
 Controlled Trial (AppDate-You). JMIR
 Res Protoc. 2022 Aug 2;11(8):e39288.
 25 Bourmaud A, Soler-Michel P, Oriol M,
 et al. Decision aid on breast cancer
 screening reduces attendance rate:
 results of a large-scale, randomized,
 controlled study by the DECIDEO group.
 Oncotarget. 2016 Mar 15;7(11):12885-92.
 26 Hild S, Teigné D, Fairier D, et al.

Development and evaluation of a decision
 aid for women eligible for organized
 breast cancer screening according to
 international standards: A multi-method
 study. Breast. 2024 Feb;73:103613.
 27 Samusure J, Horisberger D, Dierens C, et al. Information sur le dépistage
 du cancer colorectal adaptée pour les
 citoyens à faible littératie en santé.
 Nouveaux outils. Rev Med Suisse. 2022
 Mar 30;18(775):616-20.
 28 Selby K, Gubelmann R, Lovis A, et al.
 Dépistage du cancer du poumon: que
 dire à nos patient-e-s en attendant un
 programme organisé? Rev Med Suisse.
 2020 Nov 4;16(713):2086-91.
 29 Selby K, Auer R, Valerio M, Jichlinski P,
 Cornuz J. Dépistage du cancer de la
 prostate: partager avec le patient
 les incertitudes. Rev Med Suisse.
 2015 Nov 25;11(496):2218-20.
 30 Auer R, Selby K, Bulliard JL, et al.
 Programme cantonal vaudois de

dépistage du cancer colorectal: informa-
 tion et décision partagée. Rev Med Suisse.
 2015 Nov 25;11(496):2209-15.
 31 Jacot Sadowski I, Rat C, Selby K,
 Cornuz J. Arrêt du tabac: comment mieux
 impliquer le patient dans le choix du
 traitement? Rev Mal Respir.
 2019 May;36(5):625-32.
 32 PEPPa. La plateforme d'information
 pour la prévention au cabinet médical.
 Recommandations EviPrev et aides à la
 décision [En ligne]. 2024. (Cité le 23 mai
 2024). Disponible sur: www.pepra.ch/fr/eviprev#outils-d'aide-a-la-decision-pour-le-patient
 33 KCE Centre fédéral d'expertise des
 soins de santé. Outils d'aide à la
 consultation médicale [En ligne]. 2024.
 (Cité le 23 mai 2024). Disponible sur:
<https://kce.fgov.be/fr/publications/rapports/outils-d'aide-a-la-consultation-medicale>
 34 Université Laval. Boîtes à décision [En
 ligne]. 2024. (Cité le 23 mai 2024). Dispo-
 nible sur: www.boitedecision.ulaval.ca

35 Groupe d'étude canadien sur les soins
 de santé préventifs. Tools & ressources
 [En ligne]. 2024. (Cité le 23 mai 2024).
 Disponible sur: <https://canadiantaskforce.ca/tools-ressources/?lang=fr>
 36 Collège des médecins du Québec.
 Protéger le public en offrant une
 médecine de qualité [En ligne]. 2024.
 (Cité le 23 mai 2024). Disponible sur:
www.cmq.org/fr
 37 Gouvernement du Québec. Publica-
 tions du ministère de la Santé et des
 Services sociaux [En ligne]. 2024. (Cité le
 23 mai 2024). Disponible sur: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/>

* à lire

** à lire absolument

Annonce

TRANSPHY-24

Formation à destination des professionnels·x·les
 de santé autour des questions trans*



L'Association Suisse des
 Physiothérapeutes spécialisés en Uro-Gynécologie et
 Pelvi-Périnéologie (ASPUG-PP) et ÉPICÈNE organisent
 cette année, **du jeudi 29**
au samedi 31 août 2024
au CHUV de Lausanne, la
 nouvelle édition de la
 formation professionnelle
 autour des questions trans*: **TRANSPHY-24: Inscri-vez-vous grâce au QR Code** ou grâce au lien suivant:
<https://www.sante-trans.org/transphy-24/>

Pour toute question:

📞 +41 79 743 01 01

✉️ contact@sante-trans.org



1010317

Anémie aplasique

Dre NATACHA DEWARRAT^a, Dre MARIANGELA COSTANZA^a, Dre CLAIRE ROYER-CHARDON^b, Dr MAXIME G. ZERMATTEN^a,
Pre LAURENCE DE LEVAL^b, Pre OLAIA NAVEIRAS^{a,*} et Pre SABINE BLUM^{a,*}

Rev Med Suisse 2024; 20: 1271-5 | DOI: 10.53738/REVMED.2024.20.880.1271

L'anémie aplasique est une maladie rare avec un diagnostic différentiel large, comprenant des maladies d'origine néoplasique ainsi que les syndromes d'insuffisance médullaire congénitale. Les investigations doivent être rapides et précises. Le traitement dépend de l'âge du patient et consiste en une immunosuppression plus ou moins sévère ou une allogreffe de moelle osseuse. En raison du risque d'évolution vers d'autres maladies hématologiques, un suivi spécialisé rapproché est recommandé.

Aplastic anemia

Aplastic anemia is a rare disease with a large differential diagnosis, including neoplastic origin as well as congenital bone marrow failure syndromes. Investigations must be quick and precise. Treatment depends on the patient's age and consists of immunosuppression treatment or allogeneic bone marrow transplantation. Because of the risk of progression to other hematological diseases, a close specialized follow-up is recommended.

INTRODUCTION

L'anémie aplasique (AA) est une maladie rare (incidence de 2-3/million/année en Europe (Orphanet 182040),¹ secondaire à une destruction immune de la cellule souche hématopoïétique. Contrairement à ce que son nom indique, les trois lignées cellulaires (leucocytes, érythrocytes, plaquettes), et non seulement la lignée rouge, sont atteintes. L'AA se manifeste donc par une hypocellularité médullaire accompagnée de cytopénies périphériques, le plus fréquemment une pancytopenie.

Lors de la suspicion diagnostique, il est important d'exclure les insuffisances médullaires héréditaires (par exemple, anémie de Fanconi, dyskératose congénitale), les origines néoplasiques (syndrome myélodysplasique (SMD) hypoplasique, leucémie à tricholeucocytes, ou autres) ainsi que les origines secondaires ne nécessitant pas un traitement immunosupresseur (toxique, infectieux, grossesse). Une prompte prise en charge est vitale.

PRÉSENTATION D'UN CAS CLINIQUE

Anamnèse

Un jeune patient de 35 ans, sans antécédents notables, présente une pancytopenie (hémoglobine 48 g/l, réticulocytes

41 G/l, leucocytes 1,4 G/l avec neutrophiles à 0,3 G/l et thrombocytes à 7 G/l). Il se plaint uniquement d'une dyspnée à l'effort en progression depuis trois semaines. L'examen clinique met en évidence des pétéchies aux quatre membres. Il est de taille et de corpulence normales. Il consomme uniquement un inhibiteur de la pompe à protons à la demande. Il a une sœur en bonne santé ainsi que deux enfants. Il travaille dans une usine, sans exposition à des produits toxiques ou aux radiations. Il n'y a pas d'antécédent familial significatif.

Bilan réalisé

Le frottis sanguin périphérique démontre la présence d'une thrombopénie vraie, avec une morphologie érythrocytaire normale (figure 1). Il est noté la présence de lymphocytes mûrs, mais également stimulés. Les tests hépatiques et le bilan de lyse, notamment la LDH, sont dans la norme. Il n'y a ni troubles électrolytiques ni carence martiale ou vitaminiqne (B12, folates). Les sérologies virales démontrent d'anciennes infections (virus d'Epstein-Barr, hépatite B) ou sont négatives (hépatites A/C, VIH, cytomégalovirus, parvovirus B19). La PCR (polymerase chain reaction) pour l'hépatite B est négative. Il n'y a pas de clone HPN (hémoglobinurie paroxystique nocturne) ni d'expansion clonale des lymphocytes granulaires (T-LGL) mis en évidence par cytométrie en flux.

Au vu du jeune âge du patient, les insuffisances médullaires héréditaires doivent être exclues: la mesure des télomères (dyskératose congénitale) revient dans la norme tout comme les tests de fragilité chromosomique (anémie de Fanconi).

La ponction biopsie de moelle osseuse (PBM) met en évidence une moelle sévèrement hypoplasique (5% cellulaire) avec de rares éléments hématopoïétiques résiduels, ainsi qu'une lymphocytose mixte polyclonale à prédominance T (figure 1). Les analyses oncogénomiques ne décèlent pas d'anomalie.

TraITEMENT

La triade pancytopenie, moelle osseuse hypocellulaire et bilan étiologique normal permet de poser le diagnostic d'AA sévère. Au vu de son âge, le patient serait éligible à une allogreffe de cellules souches hématopoïétiques d'emblée. Sa sœur n'étant pas HLA identique, il est alors décidé de débuter une immunosuppression par ciclosporine et sérum antilymphocytaire équin (ATGAM) avec une stimulation de l'hématopoïèse par eltrombopag (agoniste de la thrombopoïétine) et facteur de stimulation des colonies de granulocytes (G-CSF), comme le filgrastim. Le patient devient indépendant des transfusions après 3 mois et une réponse hématologique complète est obtenue après 5 mois.

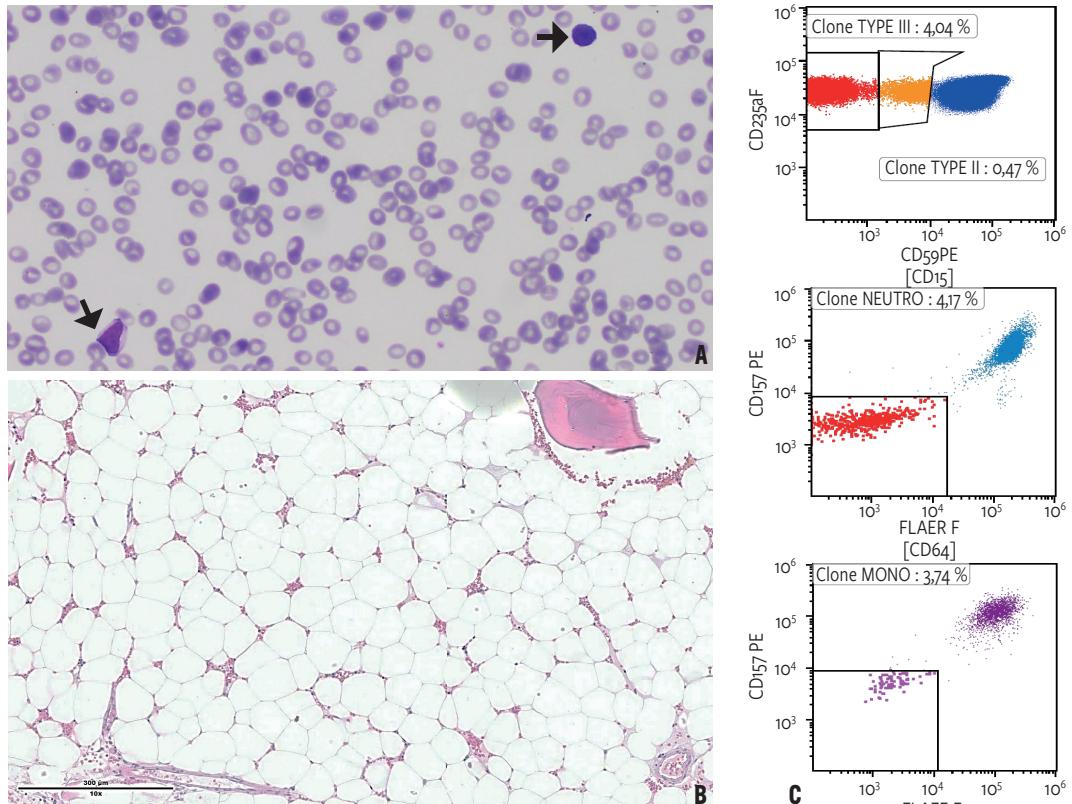
^aService et laboratoire central d'hématologie, Département d'oncologie, Centre hospitalier universitaire vaudois, et Faculté de biologie et médecine, Université de Lausanne, 1011 Lausanne,

^bInstitut de pathologie, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne
natacha.dewarrat@chuv.ch | mariangela.constanza@chuv.ch | claire.royer-chardon@chuv.ch
maxime.zermatten@chuv.ch | laurence.deval@chuv.ch | olaia.naveiras@chuv.ch
sabine.blum@chuv.ch

*Ces deux auteures ont contribué de manière équivalente à la rédaction de cet article.

FIG 1 Techniques diagnostiques de l'anémie aplasique

A.: Frottis sanguin périphérique (grossissement 100 x, coloration May-Grunwald-Giemsa). La flèche fine montre un lymphocyte activé et la flèche épaisse un lymphocyte mûr. À noter l'absence de plaquettes et de neutrophiles. **B.**: Coupe histologique de la biopsie médullaire (grossissement 10 x, coloration hématoxyline et éosine). La moelle est très hypocellulaire (< 25%), avec une majorité d'adipocytes. **C.**: L'immunophénotypisation sur le sang périphérique permet de mettre en évidence un clone HPN sur la population érythrocytaire (absence d'expression de CD59), granulocytaire (absence d'expression conjointe de CD157 et FLAER) et monocyttaire (absence d'expression conjointe de CD157 et FLAER). HPN: hémoglobinurie paroxystique nocturne.



Évolution

Après une année de traitement et la normalisation de la formule sanguine, l'eltrombopag est arrêté en premier. Le sevrage de la ciclosporine est interrompu en raison du développement d'une thrombopénie. Actuellement, le patient en reçoit encore de faibles doses. Le suivi médullaire n'a pas mis en évidence de SMD. Nous avons par contre décelé un clone HPN, asymptomatique, d'environ 4%, ne nécessitant pas d'intervention pour l'instant (figure 1). Le patient a pu reprendre son travail et sa maladie hématologique n'a pas d'impact sur sa vie quotidienne.

ANÉMIE APLASIQUE

Étiologie

La forme la plus fréquente de l'AA est idiopathique, c'est-à-dire auto-immune.^{1,2} Elle dériverait d'une expansion oligoclonale de lymphocytes T cytotoxiques ayant pour cible la cellule souche hématopoïétique et les précurseurs hématopoïétiques, induisant leur mort cellulaire.³ Le facteur déclenchant exact pour ces lymphocytes T est inconnu.³

Critères diagnostiques

L'AA immune ou idiopathique est un diagnostic d'exclusion. Une cellularité médullaire inférieure à 25% est le critère obligatoire pour l'AA. Les critères diagnostiques sont détaillés dans le tableau 1, il faut une atteinte d'au moins 2 lignées périphériques sur 3 pour retenir le diagnostic d'AA sévère.^{1,2}

Diagnostic différentiel

Une autre origine fréquente de l'aplasie médullaire est l'atteinte toxique et attendue d'une chimiothérapie ou d'une radiothérapie. Une étiologie toxique moins fréquente est l'exposition au benzène.⁴ Une hépatite séronégative précède le diagnostic d'AA chez environ 5 à 10% des patients,¹ elle sera soupçonnée en cas d'élévation des transaminases ou d'une hyperbilirubinémie.^{1,5} Très rarement, l'AA peut être associée à la fasciite à éosinophiles.⁶

Les aplasies médullaires héréditaires, les plus fréquentes étant l'anémie de Fanconi (anomalies de réparation de l'ADN) et la dyskératose congénitale (syndrome des télo-mères courts), doivent toujours être exclues chez le jeune

TABLEAU 1 Classification de l'anémie aplasiqueCritères modifiés de Camitta.¹

aMesure des réticulocytes à l'automate.

Hb: hémoglobine; Rtc: réticulocytes.

	Modérée	Sévère	Très sévère
Cellularité médullaire	< 25%	< 25%	< 25%
Neutrophiles	< 1,5 G/l	< 0,5 G/l	< 0,2 G/l
Plaquettes	-	< 20 G/l	< 20 G/l
Hémoglobine/réticulocytes^a	Hb < 100 g/l	Rtc < 60 G/l	Rtc < 60 G/l
Remarques	Ne remplit pas les critères pour une anémie aplasique sévère	Au moins deux cytopénies	

patient, notamment par un examen clinique complet (déformations osseuses ou urologiques, taches pigmentées de type café au lait, vieillissement précoce, petite taille), une anamnèse détaillée (cytopénies préexistantes, antécédents) et une anamnèse familiale (fibrose pulmonaire ou hépatique, néoplasies).^{1,4} Les défaillances héréditaires sont très importantes à dépister en raison de la toxicité augmentée du traitement qu'il s'agisse d'une chimiothérapie ou d'une immunosuppression.

Le SMD se caractérise, au niveau de la moelle, par une dysplasie et parfois une augmentation des blastes.⁴ Les analyses oncogénomiques aident à orienter le diagnostic. En effet, des anomalies cytogénétiques (trisomie 8, délétion Y, 13q-, CN-LOH du 6p) peuvent être observées dans l'AA et ne sont pas toujours synonymes de néoplasie myéloïde.^{1,2,4,7}

Le **tableau 2** détaille les autres diagnostics différentiels et le bilan à réaliser. Un nouvel algorithme diagnostique a récemment été proposé (disponible sur <https://dir.nhlbi.nih.gov/DdxAA/>).⁸

Traitemen

Le pilier du traitement de l'AA est l'immunosuppression, que ce soit une combinaison de ciclosporine et de sérum antilymphocytaire (ATGAM équin) ou de ciclosporine seule. Le mécanisme d'action et les effets secondaires possibles sont décrits dans le **tableau 3**.

Chez les patients atteints d'une AA modérée (**tableau 1**), le traitement varie entre contrôle biologique régulier, soutien

TABLEAU 2 Bilan à réaliser lors d'une suspicion d'anémie aplasique¹

ANA: anticorps antinucléaires; CMV: cytomégalovirus; EBV: virus d'Epstein-Barr; HPN: hémoglobinurie paroxystique nocturne; LMA: leucémie myéloïde aiguë; PCR: polymerase chain reaction; SLP: syndrome lymphoprolifératif; SMD: syndrome myélodysplasique; T-LGL: grands lymphocytes granuleux T.

Examen	Objectif
Formule sanguine complète avec réticulocytes	Mise en évidence des cytopénies
Historique des formules sanguines complètes	Mise en évidence de cytopénies au long cours pouvant être suggestives d'un syndrome constitutionnel
Frottis sanguin périphérique	Exclusion d'une dysplasie, de blastes ou de lymphocytes atypiques (tricholeucocytes)
Vitamine B12, acide folique, bilan martial	Exclusion d'une carence
Fonction hépatique	Signes d'hépatite immuno associée ou d'intoxication médicamenteuse
Bilan viral	Sérologies: VIH, CMV, EBV, parvovirus B19, hépatites A/B/C PCR sang: EBV, CMV, hépatites B/C
Cytométrie en flux en sang périphérique pour rechercher une HPN et immunophénotypisation lymphocytaire	Mise en évidence d'un clone HPN (informatif) ou SLP (T-LGL)
Taux d'hémoglobine fœtale	Taux augmenté suggestif d'une défaillance médullaire constitutionnelle sous-jacente
ANA, anticorps anti-ADN double brin (anti-ds-DNA)	Recherche d'auto-immunité (par exemple, lupus)
Ponction biopsie de moelle osseuse	Exclusion d'un SLP, d'un SMD et d'une LMA Mise en évidence de l'hypocellularité Exclusion d'une transformation gélatinuse (anorexie))
Bilan radiologique	Recherche d'une hépato-splénomégalie, d'adénopathies, d'une fibrose pulmonaire ou hépatique, de malformations rénales (insuffisances médullaires héréditaires) et exclusion d'un thymome associé (lymphome, autre néoplasie)
Test de fragilité chromosomique, mesure des télomères	Recherche d'une anémie de Fanconi ou d'une téloméopathie (et recherche d'antécédents familiaux de fibrose pulmonaire ou hépatique)
Microbiologie	Selon anamnèse de voyage/exposition

transfusionnel et immunosuppression. Un traitement par ATGAM et ciclosporine est instauré en cas de dépendance transfusionnelle ou de conséquences des cytopénies (infections, hémorragies).¹ L'utilisation de l'eltrombopag est en cours d'évaluation.

TABLEAU 3 Traitement de l'anémie aplasique^{1,2,5,9}

Nom	Mécanisme d'action	Dosage	Effets secondaires
ATGAM (sérum antilymphocytaire de cheval)	Déplétion en lymphocytes T	40 mg/kg 1 x/jour pendant 4 jours Avec corticostéroïdes pour la prévention de la maladie sérique	Anaphylaxie, maladie sérique (arthralgies, myalgies, rash, fièvre), frissons, hypotension, surcharge hydrique, insuffisance respiratoire
Ciclosporine	Inhibiteur de la calcineurine, suppression de la réponse immune cellulaire	Taux résiduel cible 200 ng/ml	Hypertension artérielle, hyperplasie gingivale, toxicité rénale, hirsutisme
Eltrombopag	Stimulation de l'hématopoïèse au niveau des progéniteurs	150 mg 1 x/jour	Céphalées, diarrhées, arthralgies, asthénie
Filgrastim	Stimulation des précurseurs myéloïdes	30 MioU 1 x/jour	Céphalées, diarrhées, nausées, douleurs musculosquelettiques, asthénie

Pour les formes sévères et très sévères (tableau 1), un soutien transfusionnel est instauré chez tous les patients et le choix du traitement dépend de leur âge. Chez le sujet jeune (< 40 ans), une allogreffe de cellules souches hématopoïétiques en urgence est indiquée s'il existe un donneur familial HLA identique. Le choix d'un donneur familial prioritaire se justifie par la nécessité d'une prise en charge rapide, la recherche d'un donneur dans le registre international étant trop lente par rapport à l'urgence de la situation; elle permet aussi de diminuer le risque de maladie greffon contre hôte. La limite de 40 ans pour une transplantation en première intention est posée en raison d'une forte augmentation de la mortalité et de la morbidité après cet âge.^{1,5,7} La greffe est le seul traitement curatif disponible pour l'AA.

En l'absence de donneur familial HLA identique, ou chez le sujet plus âgé (40-65 ans), une immunosuppression par ATGAM et ciclosporine à dose complète est instaurée pendant 12 mois, avec ajout de l'eltrombopag. Une étude de phase III, publiée en 2022,⁹ a confirmé que l'ajout de l'eltrombopag augmente le pourcentage et la qualité de récupération hématologique à trois mois, sans toxicité supplémentaire.

Chez les sujets dès 65 ans, l'administration d'ATGAM à but curatif reste l'objectif, mais doit être réfléchie dans le contexte global du patient. L'allogreffe n'est envisageable que dans des cas sélectionnés.¹⁰ Lorsque ce traitement est contre-indiqué, il est conseillé de procéder à un traitement par ciclosporine, malgré un taux de réponse inférieur et plus lent, avec ou sans eltrombopag, ou alternativement des androgènes (stimulation de l'érythropoïèse par augmentation de l'activité des téloméras des cellules souches hématopoïétiques).^{1,5,10} L'exclusion d'un SMD, plus fréquent que l'AA, est primordial dans cette catégorie d'âge.¹

Évolution

La réponse au traitement immunosupresseur peut nécessiter jusqu'à trois mois,⁴ le patient quitte l'hôpital dès qu'il n'est plus en agranulocytose et que le soutien transfusionnel est compatible avec les capacités ambulatoires. En l'absence de réponse hématologique adéquate à 3-6 mois, une nouvelle cure d'ATGAM ou une allogreffe de cellules souches d'un donneur non familial sont envisagées.^{1,4} La récidive à distance du traitement immunosupresseur survient chez un tiers des patients; 55 à 60% répondent à une deuxième cure de sérum antilymphocytaire (thymoglobuline de lapin).¹

Les complications au long cours redoutées de l'AA sont le développement de populations clonales, qu'il s'agisse d'une HPN ou d'une hémopathie maligne. Plusieurs hypothèses sont évoquées, notamment le terrain de l'insuffisance médullaire (prolifération clonale augmentée, diminution de l'apoptose)¹¹ ou la diminution de la surveillance immune (due à l'immunosuppression).³

Le suivi réalisé dans l'étude de la trithérapie (ATGAM, ciclosporine, eltrombopag) a démontré une expansion hématopoïétique oligoclonale avec l'ajout de l'eltrombopag. Les premiers résultats à long terme de ces études ne démontrent pas d'évolution clonale plus importante chez les patients ayant reçu l'eltrombopag.^{9,11} La prudence reste de mise, surtout chez des patients chez qui ont été observés des clones malins préexistants.

En raison de ces complications potentielles, un suivi par PBM est donc nécessaire chez les patients atteints d'une AA (à 6 mois du début de la trithérapie, puis idéalement tous les 12-24 mois si traitement en cours ou évolution clonale).^{1,5,9,10}

Hémoglobinurie paroxystique nocturne

Un clone HPN peut se développer et s'étendre dans le contexte de l'insuffisance médullaire acquise chez jusqu'à 15-20% des cas.^{3,4} L'HPN est caractérisée par une mutation acquise du gène PIGA, rendant les cellules hématopoïétiques vulnérables à la destruction médiée par le complément.³ Lorsque le clone HPN devient majoritaire ou symptomatique (hémolyse clinique, thromboses veineuses ou artérielles, cytopénies), il est nécessaire d'instaurer un traitement par inhibiteur du complément (par exemple, ravulizumab).⁴

Syndrome myélodysplasique

Chez 10 à 15% des patients, une évolution vers un SMD ou une leucémie myéloïde aiguë peut se développer.⁴ Cela va se manifester par une détérioration de la formule sanguine, ne répondant pas à une adaptation du régime immunosupresseur. Dans ces cas, il est nécessaire d'effectuer une PBM à la recherche de blastes, d'une dysplasie (pouvant également être secondaires l'immunosuppression en cours) et d'anomalies oncogénomiques. Comme mentionné précédemment, certaines anomalies cytogénétiques peuvent être observées dans l'AA et ne sont pas toujours synonymes de néoplasie myéloïde.^{1,2,9} Il est également possible de retrouver des mutations par séquençage à haut débit (par exemple, DNMT3A ou ASXL1, TP53, PIGA BCOR/BCORL1) dans le cadre d'une AA, mais la présence de ces mutations ne doit pas influencer le choix du traitement, car leur rôle dans une évolution clonale n'est pas encore clairement établi.^{2,3}

CONCLUSION

L'anémie aplasique est une maladie grave. Le diagnostic est difficile à poser et reste un diagnostic d'exclusion, notamment en raison des nombreuses causes possibles et de l'absence de marqueurs spécifiques. L'exclusion d'une défaillance médullaire constitutionnelle sous-jacente reste un important défi. Le traitement, constitué d'immunosupresseurs et de facteurs de croissance, ou alors d'une transplantation de cellules souches, doit être adapté à chaque patient, de même que le suivi, afin de détecter les complications parfois létales (transformation néoplasique, infections sévères).

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

ORCID ID:

- N. Dewarrat: <https://orcid.org/0000-0002-0237-1505>
- M. Constanza: <https://orcid.org/0000-0003-1824-9886>
- M. Zermatten: <https://orcid.org/0000-0002-9298-8268>
- L. De Leval: <https://orcid.org/0000-0003-3994-516X>
- O. Naveiras: <https://orcid.org/0000-0003-3434-0022>
- S. Blum: <https://orcid.org/0000-0003-2275-3081>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'identification rapide de la maladie est nécessaire afin d'éviter les conséquences de cytopénies graves prolongées (infections fongiques, hémorragies, mortalité).
- Un suivi au long cours par un hématologue permet de dépister les complications tardives ainsi que les adaptations du traitement nécessaires.
- La durée du traitement est longue (minimum 2 ans), comprenant une immunosuppression majeure jusqu'à normalisation de la formule sanguine puis un sevrage lent dans le but de limiter une récidive des cytopénies, ou alors une transplantation des cellules souches, avec également une reconstitution immunitaire lente.

1 **Killick SB, Bown N, Cavenagh J, et al. Guidelines for the diagnosis and management of adult aplastic

anaemia. Br J Haematol. 2016 Jan;172(2):187-207.
2 **DeZern AE, Churpek JE.

- Approach to the diagnosis of aplastic anemia. Blood Adv. 2021 Jun 22;5(12):2660-71.
3 Ogawa S. Clonal hematopoiesis in acquired aplastic anemia. Blood. 2016 Jul 21;128(3):337-47.
4 Young NS. Aplastic Anemia. N Engl J Med. 2018 Oct 25;379(17):1643-56.
5 Bacigalupo A. How I treat acquired aplastic anemia. Blood. 2017 Mar 16;129(11):1428-36.
6 de Masson A, Bouaziz JD, de Latour RP, et al. Severe aplastic anemia associated with eosinophilic fasciitis: report of 4 cases and review of the literature. Medicine (Baltimore). 2013 Mar;92(2):69-81.
7 Scheinberg P, Young NS. How I treat acquired aplastic anemia. Blood. 2012 Aug 9;120(6):1185-96.
8 Gutierrez-Rodrigues F, Munger E, Ma X, et al. Differential diagnosis of bone marrow failure syndromes guided by machine learning. Blood. 2023 Apr 27;141(17):2100-13.
DOI: 10.1182/blood.2022017518.
9 *Peffault de Latour R, Kulasekara-raj A, Iacobelli S, et al. Eltrombopag Added to Immunosuppression in Severe Aplastic Anemia. N Engl J Med. 2022 Jan 6;386(1):11-23.
10 Contejean A, Resche-Rigon M, Tamburini J, et al. Aplastic anemia in the elderly: a nationwide survey on behalf of the French Reference Center for Aplastic Anemia. Haematologica. 2019 Feb;104(2):256-62.
11 *Patel BA, Groarke EM, Lotter J, et al. Long-term outcomes in patients with severe aplastic anemia treated with immunosuppression and eltrombopag: a phase 2 study. Blood. 2022 Jan 6;139(1):34-43.

* à lire

** à lire absolument

Announce

JURA CH REPUBLIQUE ET CANTON DU JURA


La République et Canton du Jura met au concours le poste suivant:

**CHEF-FE DU SERVICE
DE LA SANTE PUBLIQUE
à 80-100%**

Département de l'économie et de la santé

Intéressé-e ?

Consultez notre site Internet www.jura.ch/emplois pour de plus amples renseignements et transmettez-nous votre dossier de candidature.

1010337



Service des ressources humaines

LU POUR VOUS Quel impact de l'empathie dans le traitement des douleurs chroniques?

L'empathie joue un rôle essentiel dans la relation thérapeutique et pourrait avoir un impact sur la prise en charge des patients souffrant de douleurs chroniques. Licciardone et coll. ont mené une étude de cohorte aux États-Unis pour tenter d'étudier cet impact lors de la prise en charge de patients avec des douleurs dorsales chroniques. Au début de l'étude, les patients évaluaient l'empathie de leur médecin à l'aide d'une échelle validée. Sur la base de ce score, les patients étaient séparés en un groupe avec un médecin très empathique ($n = 1133$) et un autre avec un médecin peu empathique ($n = 337$). Les issues

d'intérêts étaient l'intensité de la douleur évaluée sur une échelle de Likert (0-10), le handicap lié aux douleurs et l'impact sur la qualité de vie évalués par questionnaire. Durant douze mois suivant l'inclusion dans l'étude, les patients avec un médecin très empathique présentaient des douleurs moins intenses (5,7 vs 6,2; $p < 0,01$), moins de handicap et moins d'atteintes de la qualité de vie (fatigue, anxiété, dépression, etc.). Cette association persistait après l'ajustement pour plusieurs facteurs confondants comme le niveau d'éducation, les comorbidités, l'étiologie, la durée des douleurs dorsales ainsi que les traitements

reçus. Ces résultats suggèrent qu'une relation empathique est associée à de meilleurs résultats lors de la prise en charge de ces patients. **Commentaire:** la signification clinique de la différence mise en évidence reste incertaine et l'hétérogénéité des groupes au début de l'étude limite la validité des résultats. De plus, la différence au niveau des douleurs et du handicap était présente dès le début de l'étude, réduisant la plausibilité d'un lien causal. Finalement, le niveau d'empathie étant évalué par le patient, l'association porte plus sur une perception du patient que sur une qualité intrin-

sèque du médecin. D'autres études sont nécessaires pour confirmer cette association et identifier les facteurs influençant la perception d'empathie. Cette étude a toutefois le mérite de s'intéresser à cet aspect primordial de la relation thérapeutique.

Dr Gaël Grandmaison
HFR Fribourg

Coordination: Dr Jean Perdrix
Unisanté (jean.perdrix@unisante.ch)

Licciardone JC, et al. Physician empathy and chronic pain outcomes. *JAMA Netw Open*. 2024 Apr 1;7(4):e246026. DOI 10.1001/jamanetworkopen.2024.6026.

CARTE BLANCHE

DÉMÉNAGER SON BUREAU



Pr Christophe Luthy
Service de médecine interne et de réadaptation de Beau-Séjour Hôpitaux universitaires de Genève 1211 Genève 14 christophe.luthy@hcuge.ch

C'est fou tout ce qu'un individu amoncelle au cours de son exercice professionnel. Mais à quoi donc peut nous renvoyer le déménagement de son bureau ? Je bénéficie d'un service de nettoyage régulier mais il y a pourtant de la poussière. Elle recouvre surtout le dessus de nombreux livres de la bibliothèque. Des précis que je me souviens avoir appris par cœur. Des ouvrages parfois dédicacés sur toutes sortes de sujets: physiologie, pathologies, thérapeutique, psychologie, sciences sociales. Des monographies parfois lourdement annotées.

D'autres qui, elles, semblent avoir été glissées sans jamais être sorties de leurs emballages. Sur ce même meuble est également disposé un vase en pierre solennellement remis par la famille d'une patiente dont je me souviens si bien. J'aperçois encore des objets divers, parfois en papier mâché. Les petites reproductions en fer de bateaux que m'avait offertes ma dernière cheffe de service. Des cartes postales et des cartes de vœux colorées avec des signatures dont les noms ne me disent parfois rien. Un flacon de sirop d'érable dont le donateur doit se rappeler? Des classeurs. Des badges usagés. Des notices de podomètres. Des piles d'imprimés de colloques auxquels j'ai participé. Une bouteille (vide) de champagne dont l'étiquette a été trafilée à l'occasion d'une nomination. Une pile de cartes de visite reçues lors de diverses rencontres. Et puis, parfois scotchées sur la paroi du fond, plusieurs photos privées et professionnelles qui se confondent: des soirées de service avec des collègues



© gettyimages/Ivan-Balvan

hilares, des sorties en montagne, des courses à pied en forêt. Mais aussi des captures d'écran marquées au crayon qui sont devenues illisibles. La liste des mentorats assurés par les cadres du service. On dirait que le propriétaire souffre de cette maladie d'accumulation massive qui s'assortit d'une certaine négligence relative à l'hygiène! Je prends une grande inspiration et j'ouvre le troisième tiroir du meuble situé sous le bureau. Il contient des documents administratifs dans d'histoires fourres cartonnées: des demandes de fonds, des évaluations professionnelles, des schémas et des notes qui renvoient à des épisodes passés. Je remarque encore un chargeur de téléphone multifonction. Des enveloppes vides pré-affranchies à quatre-vingt-cinq centimes. Un tube de crème. Une tasse marquée que j'avais cherchée partout. Pour le deuxième tiroir, c'est une autre affaire. Je retrouve des stylos démembrés. Un paquet de bonbons. Des chewing-gums mentholés en vrac. Plusieurs porte-clés avec des scoubidous.

Un ophtalmoscope dans une boîte rectangulaire. Des carnets de poche plastifiés qui servaient d'agendas avant que l'électronique ne vienne faire basculer les pratiques. Presque aucune page vierge, les rendez-vous sont griffonnés, raturés, les sept couleurs de l'arc-en-ciel y sont bien représentées avec des notes jusque dans les marges. Le tiroir du haut est un tiroir plat. Sur le haut, il y a une glissière avec des alvéoles qui contiennent du matériel de bureau, des choses insignifiantes que je peux pourtant raccrocher à des épisodes de ma vie hospitalière. En dessous, des formu-

laires d'arrêt de travail obsolètes, une seringue à gazomètre, ainsi qu'une collection de lettres reçues de patients, de leurs proches ou de collègues. Ces documents sont une mine de souvenirs: d'affables remerciements, des lettres de plaintes, des promesses, des anecdotes, des réflexions sur l'expérience hospitalière, d'insondables chagrin, des deuils impossibles. En bref, d'essentiels échanges sur la vie de l'espèce humaine et autant de rappels très signifiants pour *l'homo medicus*. Dans les semaines à venir, je devrai encore retirer les cadres photos sur les murs. Débarrasser

le mini réfrigérateur. Désenfumer l'armoire où je mets notamment en vrac du linge qui ne sent pas toujours bon, des baskets de running, des verres de champagne et de la vaisselle en carton. Je ne suis pas défait ni nostalgique. Non, la tristesse ne convient pas non plus. Il y a cependant comme des tiraillements et des pincements suscités par les descriptions des paragraphes précédents. Mais à quoi peut bien servir l'inventaire (un brin) longuet de cette carte blanche? Dans mon expérience, les principaux défis du soignant ne sont pas sa

formation continue ni la motivation qu'il doit entretenir pour sa carrière. Non, je crois que les principaux défis sont de ressentir sa responsabilité pour son existence et pour celle des autres, et aussi de réussir la rencontre avec la souffrance - la sienne et celle des autres. L'empaquetage des affaires de son bureau, c'est l'expérience multiforme condensée de nos vies de soignants. Et c'est peut-être un signe lorsque nos médecins juniors en fin de rotation rechignent à faire de l'ordre dans leurs affaires et à vider les tiroirs de leurs bureaux?

ZOOM

Et maintenant les inhibiteurs du SGLT2 dans l'infarctus du myocarde?

Les inhibiteurs du SGLT2 (iSGLT2) diminuent les événements cardio-vasculaires chez les diabétiques, les patients avec une insuffisance cardiaque et une maladie rénale chronique. Leur bénéfice chez les patients ayant subi un infarctus du myocarde (IM) aigu est en discussion. Pour l'instant, l'étude DAPA-MI (RMS 2024;20(863):459) a suggéré que les patients avec un IM récent associé à une fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) diminuée pourraient bénéficier d'un traitement de dapagliflozine, qui conférerait certains avantages cardiométaboliques. L'étude actuelle, EMPACT-MI, s'intéresse aux bénéfices-risques de l'empagliflozine chez les patients avec un IM récent et un risque d'insuffisance cardiaque élevé.

Méthode: étude randomisée, contrôlée, en double-aveugle et multicentrique (451 centres, 22 pays). Inclusion: patients de ≥ 18 ans, hospitalisation pour IM récent (survenu dans les 14 jours avant la randomisation) avec FEVG récemment diminuée ($< 45\%$) et/ou tableau clinique de décompensation cardiaque récente et au moins un facteur de risque (âge avancé, diabète de type 2, maladie coronarienne connue, fibrillation auriculaire, maladie rénale chronique). Exclusion: insuffisance cardiaque connue, traitement habituel d'iSGLT2. Intervention: empagliflozine 10 mg/jour versus placebo surajouté au traitement standard. Issue primaire: composite incluant insuffisance cardiaque nouvelle et mortalité de toute cause.

Résultats: 6522 patient-e-s randomisé-e-s selon un rapport 1:1. Groupes homogènes à l'inclusion,

suivi médian de 18 mois. Au total, 78,4% de participants avec FEVG $< 45\%$ et 57% avec décompensation cardiaque aiguë. Issue primaire observée chez 8,2% dans le groupe empagliflozine et 9,1% dans le groupe placebo (hazard ratio (HR): 0,90; IC 95%: 0,76-1,06; $p = 0,21$), ce qui était statistiquement non significatif. Concernant les paramètres individuels de l'issue primaire, 118 (3,6%) et 169 patients (5,2%) dans le groupe empagliflozine versus 153 (4,7%) et 178 patients (5,5%) dans le groupe placebo ont été hospitalisés pour une décompensation cardiaque (HR: 0,77; IC 95%: 0,60-0,98) ou sont décédés (HR: 0,96; IC 95%: 0,78-1,19), respectivement.

Discussion: l'initiation de l'empagliflozine dans la phase aiguë d'un IM n'a pas démontré apporter un bénéfice clinique concernant les hospitalisations pour décompensation cardiaque et la mortalité de



© gettyimages/johann63

toute cause. Il est donc suggéré que les iSGLT2 n'agissent pas sur les mécanismes incriminés en phase aiguë dans les complications post-IM. De même, la dépagliflozine dans l'étude DAPA-MI n'avait pas été associée à un risque plus bas de survenue de l'issue primaire comparée au placebo. Cependant, notons que le risque d'hospitalisation pour décompensation cardiaque seule était significativement plus bas avec l'empagliflozine qu'avec le placebo.

Conclusion: les résultats de cette étude révèlent que l'utilisation des iSGLT2 dans la phase aiguë post-IM n'apporterait pas de bénéfice cliniquement significatif. Toutefois, ces médicaments améliorent les critères de jugement cardiovasculaires chroniques et sont recommandés dans l'insuffisance cardiaque à FEVG préservée et à

FEVG réduite. La question qui persiste cependant est la suivante: dans quel délai après un IM faut-il instaurer ce traitement et quelles sont les populations qui vont en bénéficier?

Dre Vera Chatzipetrou

Avec la collaboration du groupe
MIAjour, Service de médecine interne
Centre hospitalier universitaire vaudois
Lausanne

Butler J, et al. Empagliflozin after acute myocardial infarction. *New Engl J Med*. 2024 Apr 25;390(16):1455-66. DOI: 10.1056/NEJMoa2314051

NB: pour des commentaires intéressants additionnels, lire les « News » de la Cardiovascular Research Foundation, www.ctcmr.com/news/early-empagliflozin-doesnt-curb-hf-hospitalizations-deaths-post-mi-empact-mi

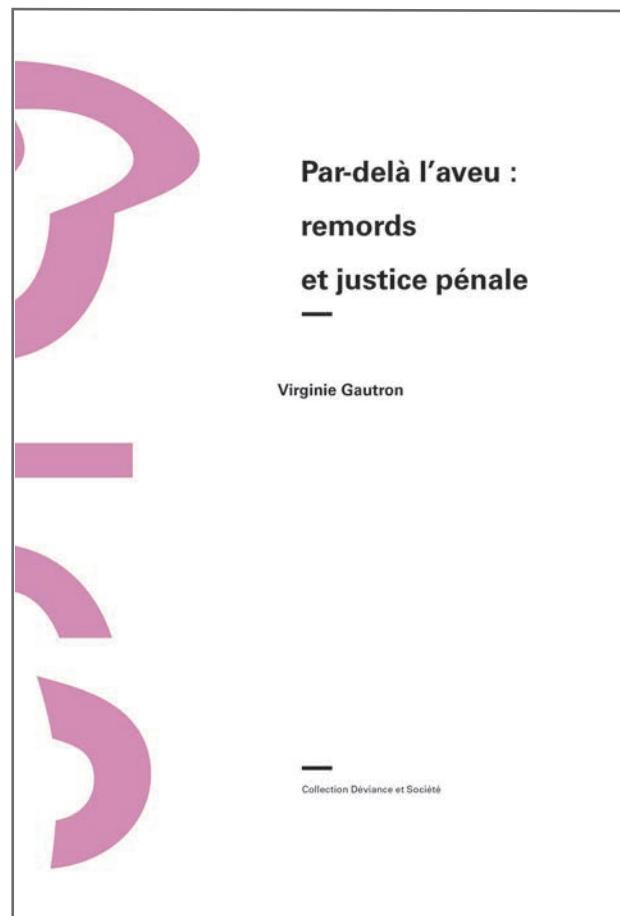
Par-delà l'aveu : remords et justice pénale

Virginie Gautron

Collection Déviance & Société

RMS
EDITIONS

264 pages
Format: 16 x 24 cm
Prix: 15 CHF, 12 €
ISBN: 9782880495633
© 2024



Par-delà l'aveu: remords et justice pénale

Cet ouvrage a pour point de départ une énigme: divers indices suggèrent que les sentiments qu'éprouvent les délinquants vis-à-vis de leurs victimes et des infractions reprochées infléchissent les décisions des magistrats, alors que les normes pénales relatives à la détermination et à l'exécution de la peine n'y font jamais référence. Historiquement, ces ressorts émotionnels ont été progressivement euphémisés, mais l'ouvrage, au croisement de la sociologie du droit, de la déviance et des émotions, décrypte l'influence souterraine des remords et d'autres sentiments moraux apparentés (regrets, culpabilité, honte, etc.) à tous les stades du processus pénal.

Déjà parus dans la collection Déviance & Société :

- Pénologie, science sociale
- Participation et privation de liberté: un projet paradoxal?
- Comprendre l'insécurité personnelle
- Le bracelet électronique: action publique, pénalité et connectivité
- Comment sort-on de la délinquance?

COMMANDE



Je commande:

____ ex. de **Par-delà l'aveu: remords et justice pénale**

CHF 15.-/12 €

Frais de port: 3.- pour la Suisse (offerts dès 30.- d'achat);
autres pays: 5 €

En ligne: www.revmed.ch/livres

e-mail: commande@medhyg.ch

tél: +41 22 702 93 11

ou retourner ce coupon à:

RMS Editions | Médecine & Hygiène

CP 475 | 1225 Chêne-Bourg

Vous trouverez également cet ouvrage chez votre libraire.

Timbre/Nom et adresse

Date et signature

Je désire une facture

Le syndrome de l'imposteur, une question de genre?

Pendant vos études de médecine, avez-vous déjà été convaincu-e que la réussite à l'un de vos examens était due à la chance? Alors vous répondez déjà à un critère de l'échelle de Clance sur le syndrome de l'imposteur.¹

Ce syndrome est un phénomène psychologique où une personne, malgré des preuves tangibles de ses compétences et réussites, doute de sa propre légitimité en les attribuant à des facteurs externes, tels que la chance. Il semblerait être fréquemment retrouvé auprès de la gent féminine, mais également des étudiant-es de médecine.

Selon un article paru en décembre 2023 dans la *Revue Médicale Suisse*,² entre 22 et 60% des étudiant-es en médecine et des médecins souffrent du syndrome de l'imposteur. Un sondage mené auprès de 120 étudiant-e-s en médecine de l'UNIGE fin 2023 le confirme et souligne une tendance plus importante des femmes à se sentir illégitimes contrairement aux hommes, qui auraient plus confiance en leurs capacités. Ces résultats sont conformes aux données publiées, soulignant un syndrome de l'imposteur prépondérant chez les femmes et associé avec une moindre confiance à endosser un rôle de leader ainsi qu'un risque augmenté de burnout.^{3,4}

Paradoxalement, 90% des hommes questionnés dans notre sondage n'estiment pas que leur genre influence leur sentiment de légitimité. Comment peut-on expliquer cette discrépance entre les perceptions des étudiants masculins et les résultats des études scientifiques?

Une première piste pourrait être l'éducation genrée que nous recevons, encourageant les garçons à s'affirmer et à prendre une plus grande place dans l'espace public et professionnel, renforçant de ce fait leur sentiment de légitimité.

Ainsi, les hommes peuvent se permettre d'ignorer ces inégalités sociétales et nier leurs priviléges par confort, souvent de manière inconsciente. Effectivement, il est difficile de se sentir concerné par ces disparités lorsqu'on n'en souffre pas et

vouloir faire évoluer les choses. Une autre piste pourrait se situer dans la valeur attribuée à certaines compétences. On remarque que notre société considère l'empathie ou encore l'altruisme comme des qualités «féminines». Très valorisées dans le monde médical, ces qualités sont considérées comme innées chez les soignantes et ne sont pas valorisées comme des qualités professionnelles là où elles sont saluées chez un homme.

Ce manque de reconnaissance a aussi été relevé dans notre sondage. En effet, de nombreuses étudiantes rapportent se sentir moins prises au sérieux que leurs camarades masculins. Pour pallier cela, elles ont l'impression de devoir fournir plus d'efforts pour que leurs compétences professionnelles et qualités intellectuelles soient reconnues. Le syndrome de l'imposteur est aussi lié au sentiment d'un manque de valorisation du travail d'étudiant-e ou de stagiaire dans nos institutions hospitalo-universitaires.

Parmi les explications possibles, il y a l'image encore ancrée dans notre société que le médecin est forcément un homme. Il nous arrive également de nous sentir mises en avant en premier lieu par notre physique, plutôt que d'être considérées comme des professionnelles de santé en formation et valorisées pour nos capacités intellectuelles et humaines.

En parallèle, la croyance collective selon laquelle la femme ne saurait pas gérer des responsabilités ou une équipe simplement en raison de son genre subsiste dans le monde professionnel. Celui de la médecine n'y échappe pas, notamment à travers le plafond de verre, c'est-à-dire la ségrégation verticale des femmes dans la hiérarchie. À titre d'exemple, on compte seulement 17 cheffes de service dans les 74 services des HUG, tout comme au CHUV, avec 6 femmes parmi 48 chef-fes de service, alors que paradoxalement 60% des médecins assistant-es sont des femmes.

Tout ceci pourrait contribuer à nourrir le syndrome de l'imposteur, particulièrement chez les femmes et minorités de

IL EST DIFFICILE DE SE SENTIR CONCERNÉ PAR CES DISPARITÉS LORSQU'ON N'EN SOUFFRE PAS

genre qui ne se sentent pas à leur place compte tenu de ce manque de représentativité dans les postes à responsabilités.

On peut certes remarquer que les mentalités évoluent et tendent vers plus d'égalité des genres et plus de tolérance. Mais il reste nécessaire, et même crucial, d'impliquer les hommes dans cette remise en question du système et de soutenir collectivement les mesures institutionnelles de lutte contre le sexism et le harcèlement sexuel. Seul ce travail collectif permettra une égalité des chances pour tous-tes les futur-es médecins et une meilleure prise en charge de tous-tes les patient-es.

1 IPTestandscore.pdf [Internet]. [cité 24 févr 2024]. Disponible sur: www.paulineroseclance.com/pdf/IPTestandscore.pdf

2 Souffrons-nous toutes et tous d'un syndrome d'imposture? [Internet]. [cité 24 févr 2024]. Disponible sur: www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2023/revue-medicale-suisse-851/souffrons-nous-toutes-et-tous-d-un-syndrome-d-imposture

3 Impostor syndrome and burnout among American medical students: a pilot study - PMC [Internet]. [cité 24 févr 2024]. Disponible sur: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5116369/

4 Frontiers | Gender differences in perceived legitimacy and status perception in leadership role [Internet]. [cité 24 févr 2024]. Disponible sur: www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2023.1088190/full

AURÉLIA HEPNER

AVA DUBESSET-EPINEY

MARIE FAESSLER

Faculté de médecine – Université de Genève

1211 Genève 4

aurelia.hepner@etu.unige.ch

ava-jeanne.dubesset@etu.unige.ch

marie.faessler@etu.unige.ch

MINNA CLOITRE

INÈS METTRAUX

LAURA BERISHA

Faculté de médecine – Université de Lausanne

1015 Lausanne

minna.cloitre@unil.ch | ines.mettraux@unil.ch

laura.berisha@unil.ch

BLOC-NOTES

Cinq mariages et un couffin

Plus de 30 ans passés à la tête de Médecine et Hygiène d'abord puis, dès 2005, de la *Revue médicale suisse* (RMS): il est temps de passer la main. L'aventure a été extraordinaire, portée par une multitude de rencontres, d'échanges, d'amitiés. Ce fut un mélange de passion et d'intranquillité. Des tentatives de raconter la science médicale, en la soutenant tout en la critiquant. Ce fut aussi l'exploration du curieux dispositif humain, culturel, institutionnel et technologique qu'on appelle système de santé, et qui ne cesse d'essayer d'accoucher de lui-même, dans une maïeutique qui, désormais, saisit la société entière d'intenses secousses. Parce que tout cela forme une matière peu assurée, se sont organisés, dans la revue, et parfois malgré elle, des débats, des controverses et même des combats. Le doute et l'argumentation n'ont cessé d'y avoir leur place, ils furent les garants de la science et de l'éthique. En arrière-fond – ou plutôt sur le devant de la scène – se tenaient la maladie, la mort, et surtout, sans cesse présents, mais comme invisibilisés, les humains souffrants. L'aventure de la RMS, ce fut l'effort, souvent maladroit, toujours insuffisant, de les imposer, eux, ce qu'ils vivent et ce qu'ils signifient, à un projet sanitaire piloté par l'efficacité et la performance.

Quelques mots sur le futur. Les défis sont immenses. Le monde se polarise. Les ressources disponibles diminuent, l'environnement et le climat se dégradent rapidement. Les inégalités croissent. La pauvreté, la précarité, la violence et les conflits flambent, alors que des pénuries commencent à s'installer. Elle-même, la médecine, est en crise. Elle n'est pas prête à faire face au vieillissement de la population, à l'explosion de maladies chroniques et, de manière bien plus vaste, aux immenses bouleversements climato-environnementaux qui, partout, impactent la santé. Elle doit apprendre à s'organiser de manière résiliente, à penser dans un monde contraint, à négocier avec une société fragilisée. Impossible, pour une revue médicale, de ne pas examiner ces thèmes.

En même temps, la médecine doit gérer un bouillonnement d'avancées. Par leur troublante efficacité, les nouvelles technologies et biotechnologies renouvellement l'anthropologie et la sociologie de la maladie. D'elles émerge un nouveau monde de possibles soulevant des questions radicalement nouvelles. Qu'est-ce que la maladie, et la santé? Où se trouvent le normal et le pathologique, jusqu'où est-il

humain de technologiser l'humain, comment, dans tout cela, penser la solidarité? Aucun critère absolu ne permet de répondre, il n'y a que le cheminement à tâtons, les arbitrages éthiques, culturels et démocratiques.

En s'hybridant aux soins et aux patients eux-mêmes, les technologies ont comme effet indésirable d'être déshumanisantes. Elles tendent à se substituer aux relations, à mettre à distance le soignant du soigné, à réduire la complexité des personnes, de leurs vécus, de leurs besoins humains. Mais elles sont très efficaces. Il ne s'agit pas de les combattre, mais de réhumaniser sans cesse la médecine prise dans leur flux: d'imposer des finalités là où elles tendent à s'imposer d'elles-mêmes.

De manière urgente, il s'agit de questionner la place croissante prise par les données. Les bénéfices sont évidents, mais les dangers ne le sont pas moins. L'IA et les réseaux sociaux sont les machines qui fabriquent les êtres humains contemporains. Ils façonnent leurs métiers, leurs désirs et leurs visions du monde. Ceux qui les maîtrisent – les Big Tech et certains États, surtout – détiennent une puissance entièrement inédite. Ils ne visent pas le bien commun ou la santé publique, mais le profit ou des formes de domination, ou encore la construction d'ersatz de civilisation. L'insouciance n'est plus de mise. Une nouvelle dynamique de réflexion et d'action s'impose.

L'époque est à une fragilisation du savoir scientifique, à une inquiétante équivalence de toute parole. Ce qui rend les mauvaises habitudes de la recherche médicale plus inacceptables que jamais. Comme l'écrivait en 2015 Richard Horton, le rédacteur en chef du *Lancet*:¹ «Une grande partie de la littérature scientifique, peut-être la moitié, pourrait tout simplement être fausse. Affectée par des études avec des échantillons de petite taille, des effets minuscules, des analyses exploratoires invalides et des conflits d'intérêts flagrants, ainsi que par une obsession de suivre des tendances d'importance douteuse à la mode, la science a pris un tournant vers l'obscurité...» Près de dix ans après, rien n'a changé. Il y a urgence à ne plus négliger cette pathologie collective.

Le défi n'est pas seulement de créer un nouveau système de santé, assurant la continuité des soins, plus interprofessionnel, plus intégratif, moins centré sur la médecine aiguë, visant la construction d'une société plus juste et préventive. Il est de changer les interrogations, les conceptions, les priorités. Non seulement le vocabulaire de la santé, mais la grammaire du discours. Ce n'est qu'à cette condition que le système de santé sera centré sur les patients et, plus important encore, intégrera leur savoir

dans son expression propre.

Il s'agit aussi de prendre au sérieux la souffrance des soignants. Les jeunes en formation sont toujours plus nombreux à exprimer leur désarroi, voire à décider de quitter le système de santé en raison d'un cynisme et d'un machisme insupportables, de conditions de travail trop dégradées et surtout d'un manque de sens. Plus que du modèle d'organisation, ils se plaignent de sa manière de traiter les humains.

La responsabilité d'une revue est d'enseigner et de transmettre du savoir et des pratiques. Mais aussi de ne pas se détourner des immenses enjeux sur lesquels s'ouvre le futur. Cette responsabilité, nul doute que la RMS est prête à l'assumer. Elle sera désormais menée par une dream team de cinq corédacteur-trice-s en chef aux compétences, intérêts et engagements d'un rare niveau: Carole Clair, Melissa Dominicé Dao, Omar Kherad, Sanae Mazouri et Nicolas Senn. Ils seront accompagnés par un Comité de rédaction d'une quarantaine d'experts, enthousiastes et débordant d'idées. Afin d'assumer et de représenter le leadership, l'un des membres de la coréaction en chef sera désigné chaque 6 mois, à tour de rôle (le tournus commence en juillet par Omar Kherad).

La RMS, c'est aussi un secrétariat de rédaction ultra-compétent, avec Chantal Lavanchy, Joanna Szymanski et Fred Michiels, sous la direction de l'omniscient rédacteur en chef adjoint, Pierre-Alain Plan.

Et c'est aussi vous, lectrices et lecteurs, vous les abonnés toujours plus nombreux à la revue et à la plateforme internet, vous qui faites exister une véritable communauté autour de la revue, avec les centaines, les milliers même d'auteurs qui y écrivent et y ont écrits, et avec la SMSR ainsi que la FMH, qui en sont des soutiens indéfectibles.

Peu de revues peuvent se targuer d'avoir, pour les stimuler et les soutenir, une association des Amis. C'est le cas de la RMS. Que soient ici remerciés ses fondateurs, Gilbert Abetel et Ivan Nemitz.

Enfin, il y a l'éditeur de la RMS: la coopérative Médecine et Hygiène. Si l'on considère l'incroyable dynamisme, l'ouverture visionnaire et l'intelligence de son directeur, Michael Balavoine, et de sa directrice adjointe, Marion Favier, on se dit qu'il est impossible de rêver meilleure structure pour accompagner une revue médicale vers son avenir.

¹ Horton R. Offline: What is medicine's 5 sigma? *Lancet* 2015 April 11;385(9976):1380.

Bertrand Kiefer

L'ESSENTIEL

DÉMENCE

Maladie d'Alzheimer
et syndromes apparentés

Sous la direction
de Gilles Allali
et Giovanni B. Frisoni

Collection L'Essentiel
192 pages
Format: 11.5 x 18 cm
Prix: 15 CHF, 12 €
ISBN: 9782880495435
© 2024

L'ESSENTIEL
DÉMENCE

Maladie d'Alzheimer
et syndromes apparentés

Sous la direction
de Gilles Allali
et Giovanni B. Frisoni

RMS
EDITIONS

DÉMENCE

Maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés

La maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés représentent un problème de santé publique qui ne peut plus être uniquement l'apanage de spécialistes. Nous sommes rentrés dans une nouvelle phase dans le traitement de ces maladies, qui ne laissent plus la place à un fatalisme lié à des symptômes inéluctables en lien avec le vieillissement.

Les récents progrès en neurosciences, neurobiologie et nouvelles technologies ont largement contribué à l'amélioration des conditions de vie de nos patients. Ce nouveau livre de la collection L'Essentiel propose une synthèse des dernières découvertes concernant le diagnostic et la prise en charge de ces maladies. Il offre également des conseils pratiques pour les proches.

COMMANDE



Je commande:

ex. de **DÉMENCE** Maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés

CHF 15.-/12 €

Fais de port: 3.- pour la Suisse (offerts dès 30.- d'achat);
autres pays: 5 €

En ligne: www.revmed.ch/livres
e-mail: commande@medhyg.ch

tél: +41 22 702 93 11

ou retourner ce coupon à:

RMS Editions | Médecine & Hygiène

CP 475 | 1225 Chêne-Bourg

Vous trouverez également cet ouvrage chez votre librairie.

Timbre/Nom et adresse

.....

.....

Date et signature

Je désire une facture

ASSISES DE LA MÉDECINE ROMANDE #7

BEAULIEU – LAUSANNE

14 NOVEMBRE 2024

8H30 - 17H30

6 CRÉDITS SSMIG (À CONFIRMER)

- Colloque de médecine de premier recours
- Colloque et ateliers autour de la santé intégrative
- Escape Game interprofessionnel



WWW.ASSISESMED.CH

