

CHECKLIST: OUTIL POUR LA REFLEXION SUR LES BIAIS DE GENRE EN MEDECINE

Elisa Geiser, Carole Clair & Joëlle Schwarz

Unité Santé et Genre, Département des polycliniques, Unisanté

Cette check-list présente et discute les biais de genre fréquemment rencontrés en pratique clinique de médecine générale, à travers les étapes du raisonnement clinique (1).

Anamnèse

- Pour une même plainte les mêmes questions sont-elles posées aux patient·e·s indépendamment de leur genre ?
- Si les questions sont différentes, cela est-il justifié cliniquement ?

En général, on privilégie une prise en charge égalitaire, ce qui sous-entend de poser **les mêmes questions** pour une même plainte peu importe le genre des patient·e·s. Une différenciation doit être cliniquement justifiée (par exemple poser la question des règles abondantes dans un contexte de fatigue).

- L'**anamnèse psychosociale** a-t-elle questionné à la fois la sphère personnelle (relation familiale, conditions de logement, etc...) et la situation professionnelle ?

Il est important d'effectuer une **anamnèse psychosociale** à chaque fois que l'ont fait une anamnèse. Cela apporte de précieuses informations et ne prend que quelques minutes. Le contexte social devrait être questionné en pensant aux situations professionnelles et personnelles (travail, maison, relations familiales, loisirs, etc.) de façon **égalitaire**. Un biais fréquemment rencontré est que les hommes sont interrogés sur leur situation professionnelle et les femmes sur leurs enfants ou leur situation à domicile, alors que les sources de stress peuvent provenir des deux environnements, indépendamment du genre des patient·e·s.

- Lors de l'**anamnèse médicamenteuse**, la question de la **contraception** a-t-elle été posée spécifiquement ?

En effet beaucoup de patientes qui prennent une **contraception hormonale** peuvent ne pas la considérer comme un médicament et ne pas la mentionner spontanément. Cela est important parce qu'une contraception hormonale peut avoir des effets secondaires (par exemple des céphalées), mais aussi en raison des potentielles interactions médicamenteuses (par exemple avec les antibiotiques). Cela augmente également le risque de certaines pathologies comme les thromboses.

- Si une **anamnèse sexuelle** est faite, est-elle faite de manière inclusive ? (Êtes-vous sexuellement actif·ve? Si oui avec des femmes, des hommes ou les deux ?)
- La question de la **contraception** est-elle abordée ?

Lorsqu'on effectue une **anamnèse sexuelle**, afin d'ôter l'aspect intrusif et gênant, il est important de mettre les patient·e·s à l'aise en expliquant les raisons pour lesquelles certaines questions sensibles sont posées (relevance clinique). Poser la question "êtes-vous en couple ?" ou "avez-vous un·e partenaire ?" n'indique pas si les patient·e·s sont sexuellement actifs/ves (les personnes peuvent être en

couple sans avoir des rapports sexuels). Les pratiques sexuelles à risque peuvent concerner toute personne, quelle que soit son orientation sexuelle (éviter les amalgames). De plus, la question de la **contraception**, en prévention, devrait être discutée avec tout le monde, peu importe le genre.

Examen clinique

- Pour une même plainte le même examen clinique est-il effectué sur les patient·e·s indépendamment de leur genre ?
- Si l'examen clinique est différent cela est-il justifié cliniquement ?
- Y-a-t-il eu de la gêne durant l'examen clinique ou des précautions particulières ont-elles été prises en raison du genre des patient·e·s ?

La réalisation d'examens de la **sphère intime**, comme une auscultation cardiaque, un toucher rectal ou un examen des organes génitaux externes, peut provoquer de la gêne chez les patient·e·s comme chez les soignant·e·s peu importe leur genre. Avant de pratiquer ces gestes, les soignant·e·s doivent **expliquer leur pertinence clinique** et leur déroulement aux patient·e·s, et le **consentement oral** doit être obtenu. Lorsque les soignant·e·s identifient qu'ils/elles ressentent un malaise, cela devrait être l'occasion d'entreprendre une réflexion sur les raisons pour lesquelles cette relation patient·e - soignant·e particulière a provoqué un malaise : est-ce dû à l'âge, au genre, à la religion, à l'appartenance ethnique, à l'orientation sexuelle ou à une autre facette du/de la patient·e et/ou du/de la soignant·e ? Identifier le malaise et y réfléchir peut fournir des informations et des pistes pour améliorer les relations patient·e - soignant·e à l'avenir.

Diagnostic différentiel

- En raison du genre du/de la patient·e un diagnostic différentiel (DD) est-il exclu sous prétexte qu'il est rare pour ce genre ?
- En raison du genre du/de la patient·e l'ordre du diagnostic différentiel devrait-il être différent ?

En fonction du genre des patient·e·s il y a des **pathologies plus prévalentes**. Celles-ci peuvent orienter l'ordre des DD, mais **on ne devrait pas exclure des DD** sous prétexte qu'ils sont rares dans un groupe.

Pour certaines pathologies, **les prévalences évoluent et changent**. Par exemple, les maladies cardiovasculaires (MCV) ont été longtemps plus prévalentes chez les hommes, mais depuis plusieurs décennies la prévalence des MCV a fortement augmenté chez les femmes pour devenir la première cause de mortalité chez ces dernières. Cette évolution est en partie liée aux changements dans les comportements à risque, comme le tabagisme, adopté par les femmes comme une forme d'émancipation.

Investigations

- Le genre du/de la patient·e a-t-il influencé le choix des investigations complémentaires effectuées ? Est-ce que ces choix sont cliniquement justifiés ?

Dans le contexte des maladies cardio-vasculaires, plusieurs études montrent que les femmes sont moins systématiquement adressées pour des investigations cardiovasculaires. Les raisons sont diverses mais les plaintes sont souvent négligées en raison de méconnaissance de la prévalence des maladies cardiovasculaires chez les femmes et de symptômes parfois atypiques.

Prise en charge

- Pour une même plainte douloureuse chez deux personnes de genre différents la réponse thérapeutique aurait-elle été la même ?

En moyenne les hommes consultent moins que les femmes en raison de **douleur** et ils ont un seuil de douleur (c'est-à-dire le déclenchement d'un signal de douleur pour un stimulus équivalent) qui est supérieur à celui des femmes. Ces différences ont des explications biologiques mais sont également dues à un apprentissage social différents entre les femmes et les hommes, menant à des façons distinctes d'exprimer et de tolérer la douleur.

Les recommandations actuelles en matière de prise en charge de la douleur consistent à administrer l'échelle visuelle analogique (EVA) aux patient·e·s (sans négociation) et à suivre les guidelines pour les traiter selon cette évaluation, peu importe le genre. Le but est d'être le plus objectif et équitable possible, et que les patient·e·s se sentent pris en considération par rapport à leur douleur. Il existe cependant un grand nombre de publications qui montrent comment la prise en charge de la douleur est affectée par les biais de genre (et autres biais intersectionnels, comme indiqué ci-dessous) (2).

Intersectionnalité

- Y a-t-il d'autres caractéristiques que le genre comme l'âge, l'origine, l'ethnicité, la religion, le niveau socio-économique, l'orientation sexuelle, la taille ou le poids, le niveau de littératie, le validisme/handicap, une psychopathologie qui influencent la consultation (attitude des soignant·e·s ou des patient·e·s, relation soignant·e – patient·e) et, de ce fait, la prise en charge médicale du/de la patient·e ?

Le genre est une dimension sociale qui doit être croisée avec les autres dimensions sociales citées plus haut. L'étude du genre doit donc prendre en compte des composantes biologiques (par exemple, des symptômes différents), mais aussi socio-économiques et démographiques (par exemple, les représentations sociales des maladies) (3).

Glossaire

« Le terme **sexe** renvoie à un ensemble d'attributs biologiques retrouvés chez les humains et les animaux. Il est lié principalement à des caractéristiques physiques et physiologiques, par exemple les chromosomes, l'expression génique, les niveaux d'hormones et l'anatomie du système reproducteur. On décrit généralement le sexe en termes binaires, « femme » ou « homme », mais il existe des variations touchant les attributs biologiques définissant le sexe ainsi que l'expression de ces attributs. » (4)

« Le terme **genre** renvoie aux rôles, aux comportements, aux expressions et aux identités que la société construit pour les hommes, les femmes, les filles, les garçons et personnes de divers sexes et de genre. Le genre influe sur la perception qu'ont les gens d'eux-mêmes et d'autrui, leur façon d'agir et d'interagir, ainsi que la répartition du pouvoir et des ressources dans la société. L'identité du genre n'est ni binaire (fille/femme, garçon/homme) ni statique. Elle se situe plutôt le long d'un continuum et peut évoluer au fil du temps. Les individus et les groupes comprennent, vivent et expriment le genre de manières très diverses, par les rôles qu'ils adoptent, les attentes à leur égard, les relations avec les autres et les façons complexes dont le genre est institutionnalisé dans la société. » (4)

Biais: Des associations implicites (processus inconscients) qui influencent nos jugements (attitudes) et peuvent entraîner des biais dans la prise en charge (discriminations). Une association implicite ne représente un biais que si elle est susceptible d'avoir un impact négatif sur un groupe déjà défavorisé (5).

Références

- (1) Geiser E, Schilter LV, Carrier J-M, Clair C, Schwarz J. Reflexivity as a tool for medical students to identify and address gender bias in clinical practice: A qualitative study. *Patient Education and Counseling* 2022; 105(12): 3521-3528.
- (2) Fillingim RB B, King CD, Ribeiro-Dasilva M C, Rahim-Williams B, Riley III JL. Sex, Gender, and Pain: A Review of Recent Clinical and Experimental Findings. *The journal of pain* 2009; 10(5): 447 – 85.
- (3) Bauer G. Meet the Methods series: Quantitative intersectional study design and primary data collection. Canadian Institutes of Health Research 2021. <https://cihr-irsc.gc.ca/e/52352.html>
- (4) Instituts de recherche en santé du Canada, Institut de santé des femmes et des hommes, Définitions. <https://cihr-irsc.gc.ca/f/48642.html>, visité le 04.05.2023.
- (5) FitzGerald C, Hurst S. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Medical Ethics*. 2017;18(1):19.