



Thèse

2023

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

Curriculum caché en matière de genre dans les vignettes cliniques
utilisées pendant les années Master de la formation pré-graduée de la
Faculté de médecine de l'Université de Genève

Arsever, Sara

How to cite

ARSEVER, Sara. Curriculum caché en matière de genre dans les vignettes cliniques utilisées pendant les années Master de la formation pré-graduée de la Faculté de médecine de l'Université de Genève. 2023. doi: [10.13097/archive-ouverte/unige:168651](https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:168651)

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch//unige:168651>

Publication DOI: [10.13097/archive-ouverte/unige:168651](https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:168651)



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

FACULTÉ DE MÉDECINE

Section de *médecine Clinique*

Département de médecine de premier recours

Service de médecine de premier recours

Thèse préparée sous la direction de la Professeure Barbara Broers et de la Dre
Melissa Dominicé Dao

" Curriculum caché en matière de genre dans les vignettes cliniques utilisées pendant les années Master de la formation pré-graduée de la Faculté de médecine de l'Université de Genève "

Thèse

présentée à la Faculté de Médecine

de l'Université de Genève

pour obtenir le grade de Docteur en médecine

par

Sara Cécile ARSEVER

de

Genève (GE)

Thèse n° 11155

Genève

Mai 2023

Tables des matières

Remerciements	5
Glossaire	6
1. Contexte	8
1.1 <u>Inégalités de genre et santé</u>	8
1.2 <u>Stéréotypes de genre en éducation médicale</u>	9
1.3 <u>Intégration de la notion de genre en éducation médicale</u>	10
1.4 <u>Vignettes cliniques et curriculum caché</u>	11
1.5 <u>Processus de rédaction des vignettes cliniques</u>	12
1.6 <u>Questions de recherche</u>	13
1.7 <u>Hypothèses</u>	13
1.8 <u>Objectif final</u>	13
2. Méthodologie	14
2.1 <u>Contexte de la recherche</u>	14
2.2	
<u>Vignettes cliniques</u>	15
2.2.1 <u>Design</u>	15
2.2.2 <u>Collecte des données</u>	15
2.2.3 <u>Analyse quantitative</u>	16
2.2.4 <u>Analyse qualitative</u>	17
2.3 <u>Processus d'écriture et de relecture des vignettes cliniques</u>	17
2.3.1 <u>Design</u>	17
2.3.2 <u>Collecte des données</u>	18
2.3.3. <u>Analyse</u>	18
2.4 <u>Réflexivité</u>	18
3. Résultats	19
3.1 <u>Inclusion et exclusion des données</u>	19
3.2 <u>Vignettes cliniques</u>	19
3.2.1 <u>Analyse quantitative</u>	19

a. <u>Répartition des patient·es</u>	19
b. <u>Caractéristiques des patient·es</u>	20
c. <u>Répartition des proches</u>	23
d. <u>Répartition des professionnel·les de la santé</u>	23
3.2.2 <u>Analyse qualitative</u>	24
a. <u>Rôles de genre</u>	24
b. <u>Expression de genre</u>	27
c. <u>Comportements liés à la santé : l'exemple de la sexualité</u>	30
e. <u>Formulations exemplaires en matière de genre</u>	32
3.3 <u>Processus</u>	34
3.3.1 <u>Résultats des entretiens</u>	34
a. Réalisation des entretiens.....	34
b. Organisation des groupes AMC.....	34
c. Vignettes cliniques d'examen.....	34
d. Vignettes cliniques d'enseignement.....	36
3.3.2 <u>Attention portée aux enjeux de genre</u>	36
4. <u>Forces et limitations</u>	37
5. <u>Discussion</u>	38
5.1 <u>Vignette clinique : un curriculum caché biaisé en matière de genre</u>	38
5.2 <u>Contextualisation des résultats : la reproduction d'un système inégalitaire</u>	39
5.3 <u>Un risque de prise en charge biaisée des patient·es</u>	41
5.4. <u>Un curriculum caché renforçant les inégalités entre étudiant·es en médecine</u>	42
5.5. <u>Résonance avec les processus de rédaction et de relecture</u>	45
5.6 <u>Implication pratique – recommandations</u>	47
5.6.1 <u>Conscientiser les personnes impliquées dans la rédaction des vignettes clinique</u>	47
5.6.2 <u>Des formulations limitant les biais de genre</u>	49

6. Conflits d'intérêts.....	50
7. Bibliographie.....	50
8. Annexes.....	58

Remerciements

Je tiens à remercier tout d'abord mes co-directrices de thèse, la Docteure Dominicé Dao et la Professeure Broers, pour leur soutien, leur disponibilité, leur rigueur et leur conseil tout au long de ce projet de recherche et de la rédaction de ma thèse. Sans elles, je n'aurais jamais pu mener à bien ce travail. Un grand merci en particulier pour le chalet de Saas-Fee qui m'a permis de m'isoler le temps de la rédaction.

Je remercie aussi fortement les autres membres de notre groupe de recherche. Je remercie donc Bernard Cerutti, qui réalisa toutes les analyses statistiques et m'épaula dans la sélection des données à présenter dans cette thèse et Joanne Wiesner qui apporta son œil critique et son expertise sur les ECOS.

Je remercie le fonds MIMOSA du Département de santé et de médecine communautaire de m'avoir donné la possibilité de libérer du temps de travail pour débiter ce travail de recherche.

Je remercie aussi les collègues du groupe Médecine, genre et équité, avec qui j'ai partagé et échangé sur les résultats de notre recherche. Un grand merci en particulier à la Professeure Angèle Gayet-Ageron, qui nous a conseillé sur les aspects quantitatifs.

Je remercie aussi mes proches et ma famille, qui m'ont soutenu durant ce processus, et en particulier ma mère, qui m'a apporté son regard extérieur, avec beaucoup de bienveillance.

Glossaire

Concept	Définition
Biais de genre	Action ou pensées, positive ou négative, basée sur la croyance que les femmes et les hommes ne sont pas égaux ¹
Biais implicite	Action ou pensée, positive ou négative, à propos d'une catégorie de personne réalisée de manière inconsciente ²
Biais explicite	Action ou pensée, positive ou négative, à propos d'une catégorie de personne réalisée de manière consciente ²
Division sexuée du travail	Séparation des rôles entre homme et femme, ou les hommes sont assignés aux tâches de production, à l'extérieur du foyer, et les femmes aux tâches de reproduction, à l'intérieur du foyer, menant à une appropriation par les hommes des rôles de pouvoir ³
Dysphorie de genre	Diagnostic médical décrivant la souffrance en lien avec l'incongruence entre le genre assigné à la naissance et le genre ressenti d'une personne (DSM V)
Expression de genre	Représente la manière dont les personnes expriment leur genre (ex : vêtements, gestuelle etc.)
Femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF)	Acronyme utilisé pour faire références à toutes les femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes, sans considération de leur orientation sexuelle ou de leur identification
Fluide du point de vue du genre (ou <i>gender fluid</i>)	Identité de genre pouvant fluctuer chez la même personne au cours du temps (vécu d'une identité de genre masculine, féminine, ou n'entrant dans aucune de ces catégories)
Genre	Construction sociale de ce qui peut être considéré comme masculin, féminin ou n'entrant dans aucune de ces deux catégories
Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH)	Acronyme utilisé pour faire référence à tous les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, sans considération de leur orientation sexuelle ou de leur identification
Identité de genre	Sensation profonde et personnelle de se sentir homme, femme, ni l'un, ni l'autre ou les deux

LGBTIQ+	Acronyme utilisé pour faire références aux personnes Lesbiennes, Gay, Bisexuelles, Trans* ou non binaires, Intersexes, Queer ou en questionnement
Non-binaire	Adjectif faisant référence à une identité de genre se comprenant en dehors de la binarité de genre homme-femme
Rôle de genre	Attentes sociales (aspect normatif) envers les individus pour valider leur statut d'homme ou de femme et comportement et intérêt en découlant Par exemple, il est attendu des femmes qu'elles s'investissent dans le soin aux personnes (enfants, parents, métier du « care »), alors qu'il est attendu des hommes qu'ils aient un travail rémunéré.
Queer	Adjectif faisant référence à une identité de genre ou une orientation sexuelle ne correspondant pas aux modèles dominant
Ségrégation horizontale	Ségrégation d'une partie de la population (fréquemment utilisé pour les femmes) qui est limité à certain type de profession
Ségrégation verticale	Ségrégation d'une partie de la population (fréquemment utilisé pour les femmes) qui est limité à certaine sphère hiérarchique. Par exemple, dans la médecine, les femmes sont sur- représentées dans les positions de médecin internes, alors qu'elles sont sous-représentées dans les positions de cheffes de services.
Sexe	Construction biologique de ce qui peut être considéré comme masculin, féminin ou n'entrant dans aucune de ces deux catégories (ex : hormones, chromosomes, etc.)
Stéréotype de genre	Attribution de certaines caractéristiques personnelles à une personne basées uniquement sur son appartenance à un genre
Transgenre ou trans*	Adjectif faisant référence à une personne dont l'identité de genre ressentie n'est pas aligné avec le sexe biologique.

1. Contexte

1.1 Inégalités de genre et santé

L'influence du sexe et du genre sur la santé a pendant longtemps été minimisée, voir ignorée, par les sciences biomédicales, créant un système aveugle au genre.⁴⁻⁶ Bien que souvent utilisé de manière interchangeable, ces deux termes englobent des concepts différents. Le sexe est premièrement compris comme une construction biologique de ce qui peut être considéré comme masculin, féminin ou n'entrant dans aucune de ces deux catégories.^{4,7} Il est souvent déterminé sur la base des caractères sexuels primaires et/ou secondaires, des chromosomes ou encore du niveau des hormones sexuelles. Le genre, lui, est la construction sociale de ce qui peut être considéré comme masculin, féminin ou n'entrant dans aucune de ces deux catégories.^{4,7} Par exemple, le fait que les personnes de sexe féminin puissent être enceintes est attribuable à leur sexe, mais le fait qu'elles soient encore majoritairement responsables des soins non rémunérés apportés aux enfants est en lien avec leur genre.⁸ Il est important de noter que, bien que les notions de sexes et de genre soient régulièrement traitées de manière binaires, il a été suggéré qu'elles sont en fait mieux comprises sous la forme d'un continuum.⁹

Pourtant, le sexe et le genre influencent la santé et la maladie de multiples manières.⁶ Les différences biologiques de sexe peuvent influencer la physiologie et la physiopathologie.⁶ Il peut en découler une différence dans la présentation d'une maladie, l'efficacité de certains examens diagnostiques ou encore le fonctionnement de certains médicaments.^{5,10} D'un autre côté, le genre influence les comportements en santé et l'interaction avec le système de santé.^{5,6} De plus, le genre des médecins peut aussi influencer leur attitude avec les patient.es.¹¹ La non prise en compte des aspects de sexe ou de genre par les médecins risque d'introduire des biais dans la prise en charge des patient-es.^{5,12}

Les caractéristiques du genre sont fortement influencées par le contexte culturel et social ; les attributs des catégories féminins ou masculins vont être différents en fonction du lieu et de l'époque. Cependant, la majorité des systèmes attribuent de manière différencié le pouvoir et les ressources entre hommes et femmes, le plus souvent en défaveur des femmes.⁴ Ceci se retrouve dans les institutions, dont les institutions médicales, menant à une asymétrie de pouvoir entre homme et femme, notamment dans le système de hiérarchie.^{4,13}

Les inégalités de genre et les normes restrictives en matière de genre sont d'importants déterminants de la santé.⁴ Celles-ci interagissent avec les autres systèmes de pouvoir (classe, ethnie, orientation sexuelle...) pour former un système inégalitaire influençant la santé des individus tout au long de leur vie dans une dynamique intersectionnelle.⁴ Les systèmes de santé tendent à renforcer ces inégalités de genre et sociales, plutôt que de les atténuer¹³. Les discriminations envers les

personnes LGBTIQ+, qui ne se conforment pas aux normes de sexe et/ou de genre, sont fréquentes dans les systèmes de santé.^{14,15}

Plusieurs auteurs/trices ont relevé la responsabilité des systèmes de santé d’agir sur ces normes dans une optique transformative du point de vue du genre.^{13,16}

L’organisation mondiale de la santé (OMS) propose dans ce sens un canevas pour analyser les programmes et les politiques du point de vue de leur prise en compte du genre dans un spectre allant d’une inégalité de genre à une approche transformative du point de vue du genre (Figure 1)¹⁷. Ce dernier terme implique qu’un programme prenne non seulement en compte les normes et rôles de genre, mais cherche aussi à modifier ceux qui peuvent être nuisible pour la santé. Cette approche permettrait d’agir à la racine et donc de mieux prendre en compte l’impact négatif sur la santé des normes de genre restrictives.^{8,13,16,17}

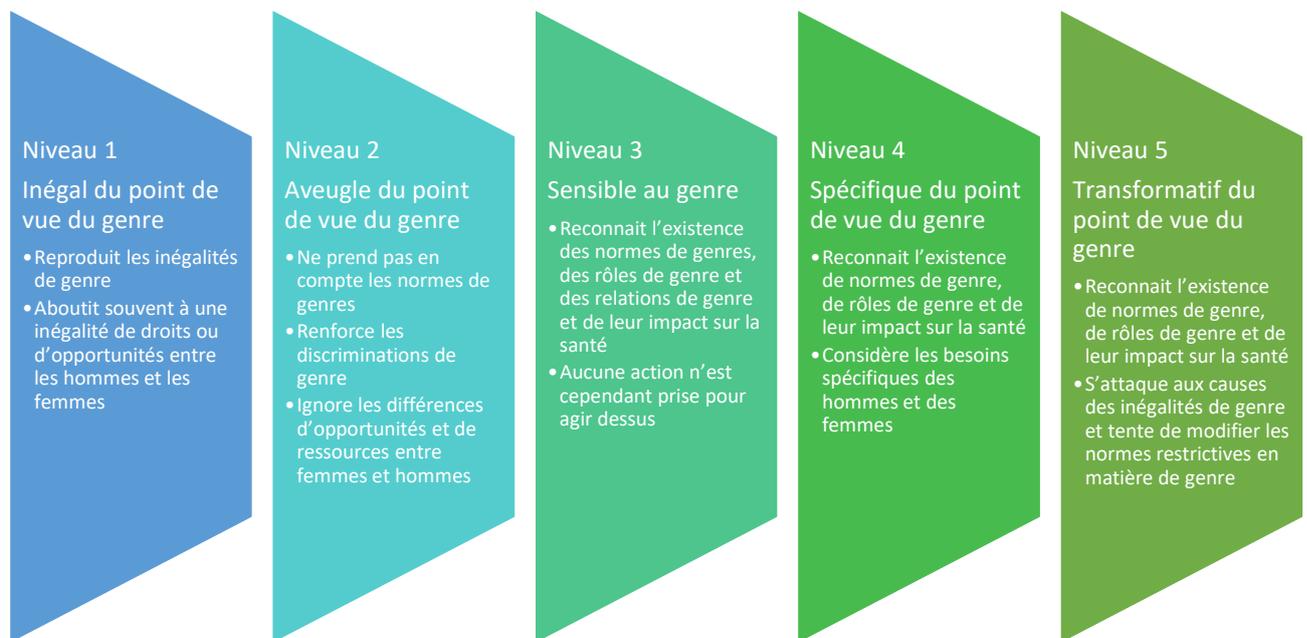


Figure 1 Echelle d’évaluation de la prise en compte du genre (adapté de Gough et Novikova¹⁷, traduction libre)

1.2 Stéréotypes de genre en éducation médicale

De nombreuses études ont identifié que le milieu de l’éducation médicale est truffé de stéréotypes en matière de genre.¹⁸⁻²¹ Des stéréotypes de genre sont retrouvés chez tous les intervenant·es et lors de toutes les activités.¹⁸⁻²¹ Le comportement des enseignant·es peut être ressenti comme différents envers les étudiant·es en fonction de leur genre, par exemple en s’adressant de manière systématiques aux étudiants, négligeant les étudiantes.²¹ Certain·es étudiant·es relèvent l’utilisation

de la part des enseignant·es de blagues sexistes et ce durant l'enseignement formel, ou l'évitement de certains sujets ayant trait à l'anatomie féminine, par manque de confort.²¹ Les échanges entre étudiant·es sont eux aussi teintés de sexisme. Certains de ces gestes ou commentaires peuvent être pensé par leurs auteur·es comme bienveillant (sexisme bienveillant) –comme des remarques proposant aux étudiants masculins d'aider leurs collègues féminins, sous-entendant que ces dernières auraient des difficultés en informatique –ou hostile. Il n'en reste pas moins délétère pour les étudiant·es.¹⁸ Les étudiant·es de leur côté semblent interagir de manière différenciée selon le genre de l'enseignant·es, par exemple en remettant plus facilement en question la parole des enseignantes femmes.^{20,21} Ces comportements hostiles et inadéquats ne sont pas uniquement dirigés envers les personnes de sexe féminin. En effet, il a été démontré que les personnes s'identifiant comme lesbiennes, gay, bisexuelle, trans* ou non binaire, queer ou en questionnement (LGBTIQ+) sont plus à risques d'être la cible de mauvais traitement durant leurs études de médecine.^{22,23} Les blagues ou commentaires homophobes ou transphobe sont légions dans les interactions entre étudiant·es.^{18,23} L'impact sur les personnes LGBTIQ+ est d'autant plus important qu'il a été démontré que celles-ci présentent un moins bon état de santé que leurs homologues hétérosexuel·les, notamment en termes de santé mentale.

De manière générale, l'expérience des étudiant·es tout au long de leurs études de médecine, puis par la suite dans leur carrière professionnelle est marquée de manière fondamentale par leur appartenance à un sexe ou un genre, ainsi que par leur orientation sexuelle ou leur identité de genre.^{18,19,21,24,25} Ceci peut avoir un effet défavorable sur le bien-être et le développement professionnel des étudiant·es, en particulier celles et ceux de la diversité sexuelle ou de genre.¹⁸ Il est d'ailleurs important de relever que malgré une féminisation des études de médecine, les femmes représentent toujours une part moindre des cadres supérieur·es, faisant souvent face à un « plafond de verre ».²⁶ De telles statistiques n'ont pas été identifiées concernant les personnes LGBTIQ+.

1.3 Intégration de la notion de genre en éducation médicale

L'intégration systématique de la dimension de genre (« gender mainstreaming ») dans l'éducation médicale est un moyen de diminuer les disparités en santé en lien avec le genre.²⁷ Elle semble avoir un impact favorable sur les biais en matière de genre du personnel soignant et favoriser l'égalité entre femme et homme dans les carrières médicales.^{27,28} Un tel processus doit s'intéresser à remodeler le curriculum afin d'y introduire de manière transversale des éléments sur les différences liées au sexe biologique et aux aspects socio-culturel de genre. Mais une réforme du curriculum n'est en elle-même pas suffisante. En effet, la structure même des facultés de médecine, notamment à

travers les règles et les programmes, doivent être modifiée afin de garantir l'égalité des chances entre femmes et hommes.^{27 4,29}

L'introduction de la dimension de genre dans le curriculum de médecine rencontre cependant plusieurs barrières.^{20,27} En effet, le concept de genre est parfois perçu à travers une perspective politique ou idéologique pouvant freiner certain·es membres de la hiérarchie facultaire. De plus, il manque aussi un consensus sur les principaux aspects du curriculum devant être modifiés en priorité.³⁰ En Suisse, un programme pour intégrer les notions de sexe et de genre dans le curriculum des facultés de médecine bénéficie d'un fond par l'organisation faitière des hautes écoles Suisses, Swissuniversities, pour les années 2021 à 2024 dans le cadre de son programme « Diversité, inclusion et égalité des chances ».³¹ Certaines études effectuées dans d'autres lieux ont mis en évidence que le thème de la médecine basée sur le sexe et le genre était peu abordé, et le plus souvent sous l'angle des différences biologiques uniquement, les aspects de présentation de la maladie ou de prise en charge étant souvent peu discutés.^{32,33} Jusqu'à présent, le curriculum de la faculté de médecine de l'Université de Genève n'a pas été revu sous cet angle.

1.4 Vignettes cliniques et curriculum caché

Le curriculum formel et explicite n'est cependant qu'une partie de ce qui est transmis au travers des études de médecine. Le concept d'un « curriculum caché » en éducation médicale, agissant aux côtés du curriculum formel et informel, a été conceptualisé par Hafferty il y a plus de 20 ans.³⁴ Ce dernier le décrit comme « a set of influences that function at the level of organizational structure and culture ». ³⁴ Plusieurs facteurs peuvent influencer ce curriculum caché, que ce soit au niveau de l'environnement d'apprentissage, des personnes impliquées ou du curriculum formel.³⁵

Le curriculum caché transmet régulièrement des messages contradictoires à l'enseignement formel, souvent négatifs pour certains groupes de personnes. Plusieurs auteurs et autrices soulignent comment le curriculum caché peut avoir un impact important sur le développement de l'identité professionnelle, l'attitude professionnelle et le comportement des médecins en formation.³⁵⁻³⁷

Mettre en exergue le curriculum caché a plusieurs avantages. Tout d'abord, formaliser les aspects cachés de la transmission dans le cursus médical permet aux enseignant·es et aux étudiant·es de les critiquer.³⁸ Ensuite, lorsque le contenu de ce curriculum est jugé délétère, notamment lorsqu'il transmet une vision stéréotypée du monde ou des valeurs nocives au développement professionnel, des tentatives de redressement peuvent être entreprises.³⁹

L'enseignement médical prégradué est divisé en diverses activités, notamment des cours ex-cathedra, des enseignements interactifs en petits groupes, des ateliers pratiques ou des périodes d'exposition clinique. L'utilisation de vignettes cliniques est devenue centrale dans l'enseignement

médical pré gradué, surtout au niveau master, tant dans les situations d'enseignement que d'évaluation.⁴⁰⁻⁴² Les vignettes cliniques sont par essence une simplification d'une situation médicale permettant à travers une description brève et un nombre limité de caractéristique de transmettre une problématique de santé ou d'évaluer un savoir. Elles incluent dans ce sens régulièrement des informations sur le genre, l'âge, la profession, l'orientation sexuelle ou l'origine ethnique. Bien que ces informations soient parfois pertinentes cliniquement (facteurs de risque pour certaines maladies, pronostic), elles peuvent aussi transmettre des représentations stéréotypées de certains groupes de patients ou de maladies. La manière dont sont rédigées les vignettes cliniques d'enseignements et d'évaluations et leur contenu véhiculent leur propre curriculum caché.^{39,41,43}

Identifier le contenu du curriculum caché en matière de genre dans une institution d'enseignement est une étape importante dans une dynamique d'intégration de la dimension du genre.

1.5 Processus de rédaction des vignettes cliniques

Quelques auteurs se sont penchés sur la manière de rédiger ou revoir des vignettes cliniques en minimisant les biais pouvant être transmis. Par exemple, en 2019, Krishnan et al ont revu un corpus de plus de milles vignettes cliniques afin de mettre en exergue les principales erreurs dans la représentation de la race, la culture et les inégalités structurelles⁴⁴. Basés sur ces résultats et une recherche de littérature, ils proposent un guide pour les personnes impliquées dans la rédaction ou la révision de vignette clinique afin d'améliorer la manière dont la race, la culture et les inégalités structurelles sont représentées. Caruso et al ont de leur côté développé une checklist dont l'objectif est d'améliorer les biais transmis en éducation médicale, notamment à travers les vignettes cliniques.^{45,46} Pour les aspects de sexe et de genre, les questions abordent la représentation (présence de tous les genre dans la vignette, manière dont le genre est représenté (binaire ou continuum)), la différenciation du sexe et du genre (ou son alignement implicite), la promotion de rôle de genre traditionnel (par ex. femmes au foyer et homme travaillant à plein temps) et la manière dont sont décrites les différences de présentations cliniques entre homme et femme (symptômes dit « atypiques » pour les femmes).

Ces références sont des outils intéressants pour penser la rédaction de vignette clinique, mais ne thématisent pas les enjeux structurels et de processus. A notre connaissance, aucune recherche ne s'est penchée ni sur une analyse spécifique du genre dans les vignettes d'enseignement et d'évaluation prégraduée, ni sur les processus de rédaction ou de relecture des vignettes clinique afin de minimiser les biais pouvant être transmis.

1.6 Questions de recherche

Nos questions de recherches sont :

- Comment sont représentés les hommes et les femmes dans les vignettes cliniques d'enseignement et d'évaluation utilisées dans les branches en lien avec la médecine de premier recours (médecine interne générale, médecine de premier recours, pédiatrie et psychiatrie) durant les années master de la faculté de médecine de l'université de Genève ?
- Est-ce que la manière dont les hommes et les femmes sont représentés peut transmettre des stéréotypes de genre pouvant participer à un curriculum caché biaisé en matière de genre ?
- Comment est-ce que les processus mis en place pour rédiger et relire les vignettes cliniques d'enseignement et d'évaluation prennent en compte les enjeux de sexe et de genre en matière de représentation des hommes et des femmes ?

1.7 Hypothèses

Mes hypothèses sont basées sur mon expérience d'enseignante menant à une connaissance du corpus de vignettes cliniques utilisées dans des contextes d'enseignement et d'évaluation au sein de la rotation d'apprentissage en milieu clinique (AMC) de médecine de premier recours et sur une première lecture d'un choix aléatoire de matériel des autres spécialités de médecine de premier recours. Je fais l'hypothèse que la manière dont les personnes sont représentées dans les vignettes cliniques comporte des stéréotypes de genre, notamment dans la sphère professionnelle et familiale (place plus importante du travail pour les hommes, place plus importante de la famille pour les femmes). Je suppose aussi que les médecins sont plus souvent représentés par des hommes et le personnel soignant non médical est plus fréquemment représenté par des femmes, et cela de manière ubiquitaire dans les différents types de vignette clinique (examen et enseignement) et dans les différentes branches (médecine interne, médecine de premier recours, pédiatrie et psychiatrie).

J'anticipe aussi que le patient « de référence » soit pensé comme un homme. Dans ce sens, il est fort probable que les hommes soient surreprésentés de manière générale dans les vignettes cliniques.

En termes de processus, mon hypothèse est que les enjeux de sexe et de genre ne sont que peu pensés lors de la rédaction et la relecture de vignettes cliniques, notamment par rapport à la représentation des hommes et des femmes.

1.8 Objectif final

Au final, l'objectif de cette thèse est de pouvoir, sur la base des problématiques identifiées dans l'analyse du corpus de vignettes d'enseignement et d'évaluation pré-gradués des spécialités de médecine de premier recours à la Faculté de médecine de Genève, établir des recommandations de

bonnes pratiques rédactionnelles afin de mieux prendre en compte les aspects de sexe et de genre dans les vignettes cliniques d'enseignement et d'évaluation utilisées durant les années master. Ceci afin de contribuer à diminuer les stéréotypes de genre de l'enseignement prégradué en médecine et par là participer à renforcer l'équité dans les soins et dans les carrières médicales.

2. **Méthodologie**

2.1 Contexte de la recherche

Les années master de la faculté de médecine de l'université de Genève sont organisées sous la forme de rotation par spécialité, nommé apprentissage en milieu clinique (AMC), durant lesquels les étudiant·es sont exposé·es à des stages en milieu clinique et des enseignements formels. Chaque rotation est organisée par un groupe AMC. Ce groupe AMC comprend un·e responsable (médecine interne, médecine de premier recours, psychiatrie) ou deux co-responsables (pédiatrie, chirurgie, gynécologie/obstétrique) et des membres plus ou moins nombreux. Les membres sont des clinicien·nes de la branche concernée, dont certain·es ont une spécialisation en éducation médicale.

Les vignettes cliniques sont utilisées de manière récurrente durant les enseignements de ces rotations, que ce soit lors de sessions de type apprentissage par problème ou lors de séminaires. Après l'identification des problématiques cliniques à traiter par une commission qui regarde l'ensemble du programme master, le matériel d'enseignement est rédigé et relu par des membres du groupe AMC de la branche concernée. Les sessions de type apprentissage par problèmes sont ensuite animées par des tuteurs/trices qui n'appartiennent pas nécessairement au groupe AMC, principalement des chef·fes de clinique et médecin adjoint·es de la spécialité concernée. L'enseignement des rotations AMC contient aussi des séminaires de branches transversales, tel que la radiologie ou la pharmacologie. Ce matériel est rédigé et relu par des représentant·es de ces branches.

Les évaluations de ces mêmes années se regroupent en deux types. Les examens écrits, où nombre de questions se basent sur des vignettes cliniques, et les examens cliniques objectifs et structurés (ECOS) qui sont des rencontres entre un·e étudiant·e et un·e patient·e standardisé·e. Lors de cet ECOS, l'étudiant·e doit alors réaliser un entretien médical où le/la patient·e standardisé·e joue un scénario basé sur une vignette clinique, le tout étant évalué par un·e examinateur/riche selon une checklist structurée.⁴⁰ La rotation de pédiatrie n'utilise pas d'examens oraux de type ECOS, mais plutôt un entretien avec un·e vrai·e patient·e, le plus fréquemment en présence des parents.

Les examens écrits ont lieu sous la forme de questionnaire à choix multiple (QCM) dont certains fonctionnent sous la forme de vignette clinique déroulante (en pédiatrie, psychiatrie et médecine de

premier recours) et d'autres sous la forme de question unique, pouvant être des vignettes cliniques ou des questions de connaissance seule (principalement médecine interne).

Les ECOS sont organisés conjointement par les responsables des AMC et le centre interprofessionnel de simulation (CIS). Les patient·es standardisé·es sont recruté·es et entraîné·es par le CIS. Dans les faits, une large majorité des patient·es standardisé·es sont des femmes. Lorsque la situation clinique le permet, le CIS encourage la rédaction de vignettes « neutres » pouvant être incarnées par des hommes ou des femmes. Une partie de ces vignettes « neutres » a été rédigée pour un genre, puis reformulée comme « neutre » dans un deuxième temps, ce qui peut mener à des incohérences dans la rédaction en termes de genre.

Le contenu des examens écrits et les scénarios des ECOS sont rédigés et relus principalement par des clinicien·nes, dont certain·es ont une spécialisation en éducation médicale. La faculté de médecine de l'université de Genève possède une unité de développement et de recherche en éducation médicale (UDREM) qui joue un rôle de soutien au curriculum, de méthodologie pédagogique et de formation des enseignant·es.

2.2 Vignettes cliniques

2.2.1 Design

Nous avons utilisé une méthodologie mixte avec des aspects quantitatifs et qualitatifs pour analyser les vignettes cliniques utilisées dans le contenu d'enseignement et d'évaluation des années Master 1 et 2 de la faculté de médecine de l'Université de Genève, Suisse. Ces années ont été choisies au vu de leur attention sur les aspects cliniques, allant de pair avec un grand nombre de vignettes cliniques. Nous avons restreint notre analyse aux contenus des rotations de médecine interne, médecine de premier recours, pédiatrie et psychiatrie. Nous avons ciblé ces branches car il s'agit des branches les plus pertinentes pour la médecine de premier recours. De plus, d'autres branches, comme la chirurgie, utilisent plus de questions techniques pures, et la gynécologie a été exclue car elle ne contient que des patientes femmes.

2.2.2 Collecte des données

Les vignettes cliniques d'enseignement ont été collectées sur la plateforme Moodle de l'université de Genève de chaque spécialité (médecine interne, médecine de premier recours, pédiatrie et psychiatrie). Le matériel d'enseignements pouvait se trouver sous forme de cahier d'enseignement, de présentation PowerPoint ou de vidéos. Nous avons utilisé le matériel d'enseignement présent lors du début de notre recherche, c'est-à-dire l'année académique 2019-2020. Hormis quelques adaptations mineures, notamment dans les références ou au niveau de certaines recommandations,

le matériel d'enseignement ne change que peu d'année en année, nous motivant à ne garder qu'une année de matériel d'enseignement.

Les vignettes cliniques d'évaluation ont été collectées sur deux types de matériel, les examens écrits et le script des examens oraux de type ECOS des années 2009 à 2019. Ces données ont été obtenues dans la base de données des examens de la faculté (IMS2, Umbrella Consortium for Assessment Networks UCAN, Heidelberg, Germany) et via le Bureau de la Commission d'Enseignement (BUCE).

Tout le matériel d'enseignement et d'évaluation disponible a été relu afin d'extraire les vignettes cliniques. Nous avons défini une vignette clinique comme un texte ou une vidéo incluant un·e patient·e présenté·e avec un minimum de 2 caractéristiques sociodémographiques (par exemple l'âge et le sexe). Certaines vignettes d'évaluation peuvent être réutilisées plusieurs années d'affilées. Pour l'analyse, nous avons exclu ces doublons, sauf s'ils différaient de manière significative. Pour l'âge, une différence de >10% de l'âge a été déterminée comme significative. Pour les autres caractéristiques, les doublons n'ont été gardés que si les modifications menaient à une différence dans le codage (p.ex. différence dans le statut relationnel ou le type de travail).

2.2.3 Analyse quantitative

Pour définir la grille de codage quantitative, tous les membres de l'équipe de recherche lurent une sélection représentative des vignettes cliniques pour identifier et catégoriser les caractéristiques principales des patient·es, de leurs proches et des professionnel·les de la santé. Ces caractéristiques furent discutées en réunion de groupe jusqu'à ce qu'un consensus émerge autour d'une grille de codage quantitative. Cette grille de codage fut appliquée à une portion du matériel par SA, puis les résultats furent discutés en réunion de groupe et la grille adaptée en fonction. Ce processus eu lieu à plusieurs reprises avant de finaliser la grille de codage définitive (Annexe 1).

Le sexe/genre des personnes représentées dans les vignettes cliniques a été déterminé sur la base des appellations (prénom, Monsieur ou Madame) et/ou des signes grammaticaux utilisés (déterminant, accord). Lorsque la rédaction d'une vignette ne permettait pas de distinguer entre ces deux catégories, elle a été codée comme neutre. Nous nous référons à ces catégories avec le mot « genre », bien qu'il représente de fait un concept englobant à la fois le sexe et le genre.

La profession a été codée sur la base de la nomenclature suisse des professions CH-ISCO-19⁴⁷. Les catégories « étudiant·e » et « femme ou homme au foyer » ont été rajouté à notre grille de codage. Les personnes dont le travail ne pouvait être clairement identifié ont été codé « travail, non précisé ». La répartition selon le sexe des professions apparaissant dans nos données a été comparée aux données de l'office fédéral des statistiques suisses.⁴⁸ Une répartition de >70% d'hommes a été

codée comme typiquement masculine, une répartition de > 70% de femmes a été codée comme typiquement féminine et une répartition entre 30 et 70% d'homme et de femmes a été codée comme mixte. Ces critères ont été fixés sur la base de démarche similaires dans la littérature sur les professions et le genre.⁴⁹

SA coda l'entièreté des données. Les doutes de SA ont été discutés en plénière. MDD réalisa un double codage sur 10% des données. Les items n'atteignant pas un kappa de 0.8 furent discutés en groupe. Les codes ont alors été redéfinis, puis recodés par SA. Le tableur Excel a été utilisé pour organiser le codage quantitatif. Toutes les analyses statistiques ont été réalisées par BC avec le logiciel R, version 3.6.3 (The R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria). L'association entre les variables qualitatives a été testée via des tables de contingences avec test de Chi-carré.

2.2.4 Analyse qualitative

En ce qui concerne l'analyse qualitative, le même procédé a eu lieu. Les membres de l'équipe de recherche lurent un sous-groupe des données, et des réunions de groupe ont eu lieu régulièrement jusqu'à ce qu'un consensus soit obtenu sur la grille de codage. Celle-ci fut appliquée à un échantillon de données par tous les membres de l'équipe de recherche, puis revue en réunion pour résoudre les différences. SA coda l'entièreté des données et ses doutes ont été discutés en plénière. MDD double-coda 10% pour exclure des différences majeures dans le codage. Les résultats du codage qualitatif furent revus en groupe afin d'identifier les thèmes principaux. Ce cadre d'analyse thématique a été enrichi par de la littérature scientifique identifiant des stéréotypes de genre, soit dans le domaine de l'éducation médicale, soit dans d'autres domaines. Le logiciel MAXQDA (VERBI Software, 2019) a été utilisé pour organiser le codage des données.

Un journal de bord a été tenu par SA tout au long de la recherche afin de garder une trace des réunions de groupe et de documenter les questions et hypothèses émergeant durant le projet.

2.3 Processus d'écriture et de relecture des vignettes cliniques

2.3.1 Design

Nous avons utilisé une méthodologie qualitative avec des entretiens semi-structurés pour identifier les processus de rédaction et de relecture des vignettes cliniques dans les différentes rotations touchées par notre étude sur les vignettes cliniques (médecine interne, médecine de premier recours, pédiatrie et psychiatrie). Pour chaque branche, nous avons identifié les responsables ou co-responsables des groupes AMC, ces dernier·ères étant les mieux placés pour identifier les processus en lien avec la rédaction et la relecture des vignettes cliniques. Pour la pédiatrie, les vignettes des examens écrits sont rédigées par les deux co-responsables du groupe AMC conjointement avec

une membre facultaire. Cette dernière a donc été intégrée aux côtés des co-responsables du groupe AMC de pédiatrie.

2.3.2 Collecte des données

Un guide d'entretien semi-structuré fut élaboré en groupe, en se basant sur la littérature sur le sujet et sur les hypothèses émergentes en réalisant le codage du corpus de vignette clinique. SA réalisa des entretiens semi-structurés auprès des personnes identifiées dans chaque rotation. Tous les entretiens ont été réalisés avec un seul responsable, sauf pour la pédiatrie où une co-responsable fut interviewée en même temps que la membre facultaire. Les entretiens furent enregistrés, puis une grille de résumé fut remplie par SA pour chaque entretien. Les entretiens n'ont pas été transcrits car l'objectif n'était pas de faire une analyse précise des verbatims.

Cette étape a eu lieu après la fin du codage quantitatif et qualitatif des vignettes cliniques, mais avant la finalisation des analyses quantitatives et de l'analyse thématique qualitative.

2.3.3 Analyse

Une analyse de contenu des entretiens et des grilles a été réalisée par SA, puis partagée en réunion de groupe avec MDD, BB, BC et JW. Les similarités et les différences de processus entre les différentes rotations ont été mises en exergues.

2.4 Réflexivité

L'équipe de recherche est composée de trois médecins femmes - certaines avec activités académiques, toutes faisant partie du groupe AMC de l'AMC de médecine de premier recours-, d'une chargée de formation et de recherche du Centre Interprofessionnel de Simulation (CIS) et d'un statisticien de l'Unité de Développement et de Recherche en éducation médicale (UDREM). Cette équipe pluridisciplinaire offre une multiplicité de point de vue sur la question des vignettes cliniques en situation d'enseignement et d'évaluation. Aucun·e étudiant·e en médecine n'a participé au groupe de recherche, ce qui aurait pu enrichir encore davantage la lecture des vignettes. Néanmoins les résultats préliminaires ont été présentés à plusieurs groupes de travail hospitalo-facultaires, incluant des étudiant·es en médecine, qui ont pu les commenter. De plus, une membre du groupe de recherche est conseillère académique pour les années Master, possédant ainsi une vision large de l'enseignement à ce niveau.

Le fait que 3 membres du groupe de recherche, dont l'investigatrice principale et les deux co-responsables de la thèse, fassent partie du groupe AMC de l'AMC de médecine de premier recours pourrait introduire des biais dans le codage et l'analyse du matériel. Une anonymisation des

vignettes n'a pas pu être réalisée, car la spécialité concernée aurait pu facilement être devinée via le format des vignettes et leur contenu. La création d'une équipe interdisciplinaire permet cependant de mitiger ce biais. De plus, une attitude réflexive sur nos représentations face aux différentes vignettes a été tenue tout au long du processus de recherche, tant en groupe, que de manière individuelle.

3. Résultats

3.1 Inclusion et exclusion des données

Un total de 2369 vignettes a été identifié dans le matériel d'enseignement et d'évaluation. 518 ont été éliminées car elles ne remplissaient pas la définition de vignette clinique décrite plus haut. Pour la majorité de celles-ci, il s'agissait de vignettes de connaissance technique, pour une minorité de vignettes dont le patient ou la patiente était décrite avec seulement une caractéristique. 896 vignettes ont été exclues car elles constituaient des doublons. 955 vignettes cliniques ont finalement été retenues pour analyses. (Figure 1)

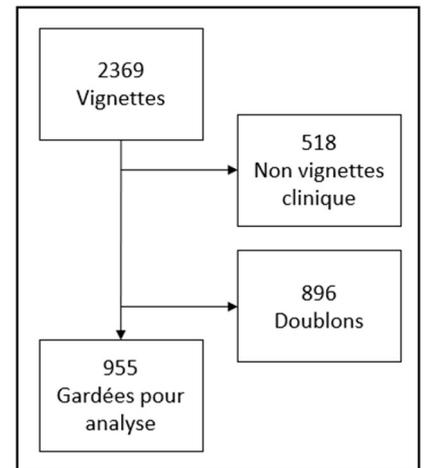


Figure 1: Inclusion et exclusion des vignettes cliniques

3.2 Vignettes cliniques

3.2.1 Analyse quantitative

a. Répartition des patient·es

Dans les vignettes cliniques analysées, 50.5% concernent des hommes (différence non significative $p=.3393$, voir tableau 1). La répartition femme-homme est relativement similaire entre les vignettes d'enseignement et celles trouvées dans les examens écrits.

Dans les ECOS, presque un quart des patient·es représenté·es sont neutres sur le plan du genre. Le plus fréquemment, il s'agit de vignettes rédigées au féminin ou au masculin, mais dont le contenu précise que la vignette peut être jouée par un patient ou une patiente standardisée. L'information sur le genre définitif du patient ou de la patiente standardisée n'étant pas disponible (comme elle dépend de la disponibilité des patient·es standardisé·es à la date de l'examen) nous avons codés ces vignettes comme neutres. Alors que la proportion de femmes est similaire dans les trois catégories de vignettes, on observe statistiquement moins de vignettes masculines dans les ECOS en faveur des vignettes neutres (25.6% vs 55.1 % et 53.4%; $p \chi^2 \text{ test} < .0001$). Ceci peut être mis en lien avec la proportion plus importante de femmes patientes standardisées.

L'analyse de la répartition du genre par spécialité ne montre pas de différence majeure selon les spécialités ($p=.1900$).

Tableau 1 : Patient·es par genre et par type de vignettes clinique

	Femme n (%)	Homme n (%)	Neutre n (%)	Total n
ECOS	56 (47.9%)	30 (25.6%)	31 (26.5%)	117
Enseignement	116 (44.1%)	145 (55.1%)	2 (0.8%)	263
Examen écrit	267 (46.4%)	307 (53.4%)	1 (0.2%)	575
Total	439 (46%)	482 (50.5%)	34 (3.5%)	955

b. Caractéristiques des patient·es

Les caractéristiques attribuées aux patient·es, comme la profession, le statut relationnel et la présence ou non d'enfants varient énormément selon le type de vignette clinique et la spécialité étudiée. Toutes ces caractéristiques sont plus fréquemment mentionnées dans les vignettes de médecine de premier recours, suivi par la psychiatrie et finalement la médecine interne générale. Ces données étant codées pour les patient·es et non leurs proches, elles ne sont presque jamais décrites dans les vignettes de pédiatrie. Ce type de différence se retrouve aussi entre le type de vignette analysée. Par exemple, la profession est mentionnée dans 80.4% des ECOS, 24.7% des vignettes d'enseignement et seul 11.9% des questions d'examen écrits.

De plus, les caractéristiques sociodémographiques des patient·es représenté·es dans les vignettes cliniques tendent à différer selon leur genre.

Age

Après exclusion des vignettes pédiatriques (vignettes restantes n=734), les patientes femmes sont plus jeunes (âge médian 47, moyen 49.7) que les patients hommes (âge médian 55, moyen 53.5, p student t-test .0067) et que les patients neutres (âge médian 60 moyen 56,7, p student t-test .0490).

Mention de la profession, du statut relationnel et de la présence ou non d'enfant

La profession, le statut relationnel et la présence ou non d'enfants sont plus fréquemment cités chez les patientes femmes que chez les patients hommes (tableau 2). Ces caractéristiques sont largement plus souvent mentionnées chez les patients neutres du point de vue du genre. Afin de déterminer si cette différence était due à une plus grande présence de patient neutre dans les ECOS, ces analyses ont été répétées sans les vignettes des examens ECOS. Ces analyses mettent en évidence que seule la mention d'enfant reste plus fréquente de manière significative chez les patientes femmes.

Tableau 2: Caractéristiques principales des patient.es (vignettes non pédiatriques, N=734)

	Mention de la profession n (%)	Mention du statut relationnel n (%)	Mention d'enfant(s) n (%)
Femme (n =344)	103 (30.0%)	98 (28.5%)	85 (24.7%)
Homme (n =357)	78 (21.8%)	76 (21.3%)	48 (13.4%)
Neutre (n=33)	25 (75.8%)	26 (78.8%)	24 (72.7%)
Total (n=734)	206 (28.1%)	200 (27.2%)	157 (21.4%)
P	0.014	0.027	0.0001

Type de profession

Le type de profession exercé par les patient.es montre une répartition très clairement genrée pour certaines profession (tableau 3, p=0.0015). Les positions dirigeantes sont majoritairement attribuées aux hommes, et les métiers de l'industrie et de l'artisanat le sont exclusivement aux hommes. En parallèle, les emplois de type administratif sont majoritairement féminins (importante quantité de secrétaire), tout comme le fait d'être étudiante. Les rares vignettes de personnes « au foyer » sont attribuées à des femmes. Cette distribution représente un homme sur dix dans une position de cadre et près d'une femme sur trois dans un emploi de type administratifs.

Tableau 3: Type de profession par genre (vignettes non pédiatriques, hors vignettes neutres)

Profession	Femme n (%)	Homme n (%)	Total n
Directeur/trices	4 (33.3%)	8 (66.7%)	12
Profession intellectuelle	28 (57.1%)	21 (42.9%)	49
Profession intermédiaire	14 (53.8%)	12 (46.2%)	26
Employé-es de type administratifs	29 (78.4%)	8 (21.6%)	37
Personnel des services directs aux particuliers, commerçant et vendeur	6 (50%)	6 (50%)	12
Métiers qualifiés de l'industrie et de l'artisanat	0 (0%)	7 (100%)	7
Profession élémentaire	4 (40%)	6 (40%)	10
Étudiant-es	14 (70%)	6 (30%)	20
Au foyer	3 (100%)	0 (0%)	3
Travail non précisé	1 (20%)	4 (80%)	5
Total	103 (56.9%)	78 (43.1%)	181

Les femmes sont plus souvent représentées dans des professions typiquement féminines (54.4%) alors que les hommes sont plus souvent représentés dans des professions mixtes (50%) (tableau 4, $p < 0.0001$). Moins de 10% des femmes sont représentées dans des professions typiquement masculines.

Tableau 4: Genre des professions selon le genre des patient.es (vignettes non pédiatriques, hors vignettes neutres)

Genre des professions	Femme n (%)	Homme n (%)	Total n (%)
Profession typiquement féminine ¹	56 (54.4%)	15 (19.2%)	71 (39.2%)
Profession typiquement masculine ²	9 (8.7%)	20 (25.6%)	29 (16.0%)
Profession mixte ³	37 (35.9%)	39 (50%)	76 (42.0%)
Profession non précisée	1 (1%)	4 (5.1%)	5 (2.8%)
Total	103 (100%)	78 (100%)	181

Temps de travail

Très peu de vignettes cliniques spécifient le taux d'occupation des patient.es. Cependant, toutes les vignettes mettant en scène des personnes travaillant à temps partiel sont attribuées à des femmes (N=10) et la seule vignette où le taux d'occupation est spécifié être à temps plein est attribuée à un homme ($p \chi^2 \text{ test} < .0009$).

Désignation

Le type de vocabulaire utilisé pour décrire les patient.es diffèrent aussi en fonction du genre. Par exemple, parmi les vignettes pédiatriques, les enfants de sexe féminin sont plus fréquemment désignés par l'adjectif « petite » ou le mot « fillette » (14.7% pour les filles, vs 0.8% pour les garçons ; $p \chi^2 \text{ test} < .0001$). Cette différence se retrouve dans une moindre mesure dans les vignettes adultes, où les femmes sont plus souvent désignées comme « jeune » (4.8% vs 2.1% ; $p \chi^2 \text{ test} .0230$). A noter qu'un total de 6 vignettes utilise encore la dénomination « mademoiselle ».

¹ Répartition de > 70% de femmes dans la profession

² Répartition de > 70% d'hommes dans la profession

³ Répartition entre 30 et 70% d'homme et de femmes

c. Répartition des proches

Les proches aidant·es ou accompagnant·es représenté·es dans les vignettes cliniques sont majoritairement des femmes, et ce tant dans les vignettes pédiatriques que de la médecine adulte (tableau 5, $p \chi^2 \text{ test} < .0001$). Ces proches sont le plus souvent des membres de la famille (parents, enfants) ou des partenaires, mais peuvent dans de rares occasions être d'autres personnes (par exemples des ami·es). Dans les vignettes pédiatriques, une seule vignette (0.9%) met en scène un père seul accompagnant son enfant en consultation, contre 75 vignettes (70.1%) où la mère est la seule personne représentée au côté de son enfant.

Tableau 5: Genre des proches selon le type de vignette

	Féminin n (%)	Masculin n (%)	Mixte n (%)	Non précisé n (%)	Parents n (%)	Total n
Vignettes pédiatriques	75 (70.1%)	1 (0.9%)	0 (0%)	0 (0%)	31 (29.0%)	107
Vignettes adultes	34(66.7%)	13 (25.5%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	2 (3.9%)	51
Total	109	14	1	1	33	158

d. Répartition des professionnel·les de la santé

Les professionnel·les de la santé sont aussi représenté·es de manière biaisée en fonction du genre. Les médecins sont en grande majorité représentés par des hommes, alors que les professionnel·les de la santé non médicaux (personnel infirmier, sage-femme, diététicien·ne ou assistant·e médical·e) sont presque uniquement des femmes (Tableau 6, $p \chi^2 \text{ test} < 0.001$).

Tableau 6: Genre des professionnel·les de la santé

	Femme n (%)	Homme n (%)	Non spécifié n (%)	Total n
Professionnel·les de la santé	82 (96.5%)	2 (2.3%)	1 (1.2%)	85
Parmi lesquels :				
• Infirmier·es	45 (97.8%)	0	0	46
• Assistant·e médical·e	27 (93.1%)	1 (3.4%)	1 (3.4%)	29
• Sage-femme	9 (100%)	0	0	9
• Diététicien·ne	1 (100%)	0	0	1
Médecin	25 (11.9%)	182 (86.7%)	3 (1.4%)	210
Total	107	184	4	295

3.2.2 Analyse qualitative

a. Rôles de genre

Notre analyse qualitative met en exergue que les rôles de genre sont également représentés de manière stéréotypée.

Division genrée du travail (rémunéré et non rémunéré)

La répartition du travail rémunéré ou non est fortement influencée par le genre des personnes représentées dans les vignettes cliniques. Le rôle professionnel des hommes est fortement mis en avant, alors que leur rôle dans la sphère domestique est relégué au second plan, voir invisible. A l'inverse, la place des femmes dans la sphère professionnelle est minimisée, alors que leur place dans le monde domestique est systématiquement mise en avant.

Par exemple, de nombreuses vignettes représentent des femmes ayant fortement diminué leur taux d'occupation, voir renoncé à leur travail, suite à l'arrivée de leurs enfants. Parfois, les informations sur la profession de la femme ou de la mère sont simplement omises. A l'opposé, les hommes sont soit uniquement décrits à travers leur rôle de pourvoyeur, soit comme n'investissant explicitement pas leur rôle dans la gestion du foyer. De plus, ces visions stéréotypées de répartition du travail et leur impact ne sont à aucun moment critiquées ou discutées.

« Elle travaille à 30% comme secrétaire dans une ONG. Elle est mariée depuis 12 ans et a deux garçons de 8 et 10 ans. Elle décrit son mari comme très pris par son travail et peu disponible pour elle et la famille. »

(Examen écrit, psychiatrie, 2012)

Pour illustrer davantage ce phénomène, il faut examiner une vignette ECOS qui existe dans une version double destinée à des patient·e standardisé·e homme ou femme. Les deux scénarios sont presque identiques, hormis la raison évoquée pour l'arrêt de travail de longue durée du ou de la partenaire. Lorsque la partenaire est une femme, elle est décrite comme ayant arrêté de travailler suite à la naissance de son deuxième enfant. Alors que lorsque le partenaire est un homme, la raison évoquée est un grave accident. Ceci met en avant la difficulté d'imaginer qu'un homme puisse renoncer à son travail pour élever ses enfants. D'ailleurs, à travers tout le corpus de vignettes, aucun homme n'est représenté premièrement dans son rôle de père.

« Il s'est marié à 22 ans avec sa compagne qu'il a rencontrée au collège. Elle est enseignante en histoire au cycle mais s'est arrêtée de travailler à la naissance du 2ème enfant. »

(ECOS, psychiatrie, 2011 – version femme)

« Elle s'est mariée à 22 ans avec son compagnon qu'elle a rencontré au collège. Il est enseignant en histoire au cycle mais s'est arrêté de travailler il y a 4 ans, suite à son grave accident de voiture. »

(ECOS, psychiatrie, 2011 – version homme)

Une autre vignette illustre ce phénomène en mettant en scène une personne souffrant de lombalgie causée par une fracture tassement de vertèbre secondaire à un traumatisme. Lorsque la patiente est une femme, le traumatisme a eu lieu en chutant d'une balançoire en jouant avec ses enfants, alors que lorsque le patient est un homme, il s'agit d'un homme travaillant dans le bâtiment dont le motif du trauma n'est pas explicité.

La parentalité comme prérogative maternelle

En parallèle d'être bien plus fréquemment représentée au côté de leurs enfants dans les vignettes pédiatriques, les mères se voient explicitement ou implicitement attribuer tous les aspects de soin envers les enfants. Elles sont systématiquement décrites comme remarquant les signes suggestifs de maladie chez l'enfant, en charge de l'alimentation, ou changeant les habits des enfants en bas âge. Les pères ne sont jamais impliqués dans les soins aux enfants dans ces vignettes. Et même lorsque la situation à domicile semble difficile avec l'enfant, les pères restent quasiment absents du récit. De nouveau, ces situations stéréotypées où le père est absent de la sphère familiale sont représentées sans en discuter l'impact potentiel sur la dynamique familial, les rôles parentaux et la santé des parents et de l'enfant.

« La mère décrit que Fabrice recrache du lait sans faire de l'effort. Le lait recraché a une odeur « acide », mais la mère n'a jamais remarqué du sang ou du contenu biliaire »

(Enseignement, pédiatrie, 2019)

Le vocabulaire utilisé pour décrire cette responsabilité peut être parfois très fort. Dans une vignette sur une anémie liée à une carence en fer secondaire à une alimentation inadaptée, la situation à domicile semble très compliquée pour la mère. Pourtant, les formulations utilisées sont très culpabilisantes. Le père, encore une fois, n'est aucunement cité, renforçant le message implicite que cela ne fait pas partie des attributions paternelles.

*« La mère **avoue au pédiatre** que les repas à la cuillère ne se passent pas bien, qu'elle **abandonne facilement** et qu'elle **préfère** lui donner le biberon de lait de vache 3-4x/jour et 1 dernier pour le calmer avant de s'endormir. (...) Elle **n'en peut plus**, il est souvent malade et ces derniers 6 mois il a reçu à 4 reprises une antibiothérapie en raison d'otites à répétition »*

(Enseignement, pédiatrie, 2019)

Il est intéressant de noter que, bien que plus fréquentes dans les vignettes pédiatriques au vu de la place prépondérante des enfants, cette injonction aux soins envers les petits enfants se retrouve dans toutes les spécialités et à travers toutes les classes d'âge.

« Il ne sait pas dire depuis combien de temps il va moins bien, peut-être depuis la naissance de sa petite-fille l'été précédent, qui a demandé beaucoup d'investissement à son épouse et qui a bousculé les habitudes du couple. »

(ECOS, psychiatrie, 2015)

L'impossibilité d'être une femme cadre

Quant aux descriptions d'activité professionnelle, très peu de vignettes mettent en scène des femmes ayant des postes à responsabilités. Alors que pour les hommes, le statut de cadre est mentionné comme un élément banal, pour les femmes l'impact d'un tel poste est régulièrement thématiqué avec un impact négatif sur la santé. Deux femmes cadres présentent un problème de santé au moins partiellement lié à leur poste à responsabilités. Une cadre infirmière présente une majoration de ses céphalées dans le mois suivant son changement de poste. Une fondée de pouvoir se voit développer un trouble obsessionnel compulsif en lien direct avec son emploi.

« Madame X, 38 ans, fondée de pouvoir dans une banque, mariée et mère d'une petite fille, consulte en raison de troubles du sommeil et d'une angoisse envahissante. Elle ne parvient plus à assumer son travail, ses arrivées sont de plus en plus tardives et le retard s'accumule. Questionnée sur ses symptômes, elle répond avec gêne qu'elle est assaillie de doutes et que lorsqu'elle se couche, elle passe en revue mentalement sa journée pour s'assurer qu'elle n'a pas fait d'erreur, bien qu'elle vérifie chaque opération à plusieurs reprises. »

(Enseignement, psychiatrie, 2019)

De plus, lorsqu'une femme occupe une position de cadre sans effet négatif sur sa santé, ceci est formalisé de manière explicite, comme s'il s'agissait d'une exception assez importante pour le notifier.

« A vécu en couple concubin puis marié durant 25 ans. Divorcée depuis 2 ans

2 enfants adultes âgés de 24 et 22 ans, indépendants

Cadre bancaire. Promotion il y a 4 ans. Elle aime son métier et ne rencontre pas de difficultés particulières dans son travail, notamment pas de stress ni de conflit. »

(ECOS, MPR, 2015)

De leur côté, les hommes cadres ne semblent pas rencontrer de problème en lien avec cette responsabilité. Ils présentent des diagnostics sans lien direct avec leur position, comme une pyélonéphrite ou un sepsis sévère. Lorsque le travail de cadre impacte la santé des patients hommes, ceci est dû à des modifications structurelles (mutation) ou lorsque leur rôle de pourvoyeur est mis à mal (mise en faillite de l'entreprise dont le patient est directeur), mais jamais en raison d'une fragilité inhérente à l'homme.

Dévalorisation des modèles familiaux alternatifs : l'exemple des mères célibataires

La famille est encore majoritairement représentée dans son modèle traditionnel de famille nucléaire, avec une femme, en charge des enfants, et la présence, explicite ou implicite, d'un père, souvent fortement occupé par son rôle professionnel. Des modèles de parentalité alternatives, comme des familles recomposées ou encore des parents de même genre, ne sont jamais explicitement mis en scène.

La seule exception est la présence de vignettes représentant des mères célibataires. Cependant, la manière dont sont rédigées ces vignettes tend à suggérer que cette rupture du modèle traditionnel représente un risque pour la santé de l'enfant. En effet, deux des trois vignettes de pédopsychiatrie représentent un enfant élevé par une mère célibataire. La vignette sur le syndrome du bébé secoué est elle aussi exemplifiée par une mère célibataire. Aucune vignette de mère célibataire lors du bas âge des enfants n'est représentée en lien avec un diagnostic purement somatique de l'enfant.

De plus, une partie de ces mères célibataires sont représentées avec un cumul de cliché : parcours chaotique, consommation de substances, relation intrafamiliale conflictuelle. Cette représentation exclut la possibilité d'être mère célibataire comme un choix rationnel et pouvant être vécu de manière positive et engendrer un enfant en bonne santé mentale et physique.

« grossesse non-désirée, consommation de cannabis et de tabac. Mère adolescente, seule. Accouchement à terme, PN 3080gr. »

(Enseignement, pédopsychiatrie, 2019)

Dans leur ensemble, ces vignettes ne font que souligner l'importance portée au modèle de famille traditionnel.

b. Expression de genre

De la même manière que pour les rôles de genre, l'expression de genre des hommes et des femmes représentées dans notre corpus de vignette sont aussi stéréotypées.

Femme attentionnée, homme dominant

La surreprésentation des femmes dans le « care » aux enfants et à la famille dans l'analyse quantitative trouve un écho dans l'analyse qualitative avec une expression de genre des hommes et des femmes qui tend à être stéréotypée. Dans de nombreuses occasions, les femmes sont décrites comme discrètes, raisonnables et surtout attentionnées, l'attention portée aux besoins des autres étant mise en avant. Les hommes, de leur côté, sont volontiers décrits comme enclin à prendre des risques et dominant. De plus, les comportements violents sont majoritairement portés par des hommes.

« Mère timide et soumise Père dominateur et tyrannique, parfois violent. »

(Enseignement, psychiatrie, 2019)

Une vignette met par exemple en scène une adolescente sage, raisonnable et un adolescent qui consomme de l'alcool de manière dangereuse. Quand ce dernier perd connaissance, l'adolescente s'occupe de lui et organise les secours.

« Morgane vient d'avoir 17 ans et elle organise une fête chez elle. Ses parents lui ont laissé la maison pour la soirée. Elle prévoit une soirée sans alcool. Mais certains amis amènent bière, vin et alcools forts. Au cours de la soirée Alex qui a un faible pour Morgane mais n'a pas osé se déclarer, commence à consommer de l'alcool pour se donner du courage. Au fil de la soirée il boit plusieurs bières, quelques verres de vin et pas mal de vodka-orange. Il perd soudainement connaissance. Morgane, très inquiète, appelle le 144. (...)

(Examen écrit, MPR, 2009)

Femmes aux comportements non conformes

Les femmes dont l'expression de genre va à l'encontre de ces visions stéréotypées sont rares, et exclusivement représentée comme souffrant de pathologies psychiatriques. De plus, le vocabulaire utilisé dans ces vignettes est très familier et péjoratif, sous-tendant un jugement moral de leurs agissements plutôt qu'une description clinique.

*« Elle s'est battue avec des personnes dans la discothèque où elle est allée danser et **a fait un scandale.** »*

(Examen écrit, psychiatrie, 2011)

*« Elle a de la peine à planifier ses journées et arrive souvent en retard aux rendez-vous ou toujours en courant, au dernier moment et n'arrive pas à se détendre, elle a toujours besoin de faire quelque chose, de bouger, de parler, **un vrai moulin à parole...son mari devient fou.** »*

(Enseignement, psychiatrie, 2019)

Dans cette vignette, il est aussi intéressant de relever, outre l'utilisation de langage familier et non médical, que la patiente souffrant d'une pathologie psychiatrique (trouble du déficit d'attention avec ou sans hyperactivité) est responsable de la santé mentale de son mari qui « devient fou ».

De plus, ces femmes sont souvent représentées dans des vignettes cumulant les stéréotypes et les comportements irrationnels.

*« La veille de la consultation, à la suite d'un nouveau conflit avec son mari qui refuse de sortir en boîte de nuit avec elle, elle quitte le domicile conjugal, va **boire quelques verres d'alcool** dans des bars du quartier, et « **s'invite** » chez son **amant** pour y passer la nuit. Il la découvre le matin très endormie, titubante, ayant de la peine à s'exprimer, et l'amène en urgence à votre consultation »*

(Enseignement, psychiatrie, 2019)

De tels exemples n'ont pas été retrouvés dans les vignettes représentant des hommes souffrant de pathologie mentale. Certes, ces derniers sont plus fréquemment mis en scène dans des situations de violences, mais celles-ci sont décrites avec du vocabulaire clinique, exprimé comme des symptômes d'une condition médicale.

*« Un homme d'une trentaine d'années environ, sans papiers d'identité, est amené par la police à 3 heures du matin aux urgences d'un hôpital général, après avoir été retrouvé errant sur la voie publique, **tenant des propos incohérents**, avec par moments des **phases d'agitation et d'hétéro-agressivité**. »*

(Enseignement, psychiatrie, 2019)

Les femmes superficielles

Une autre vision stéréotypée de l'expression de genre féminine est le fait que les femmes sont fortement intéressées par leur apparence physique. Bien que minoritaires, des vignettes cliniques mettent en scène des femmes recourant à des interventions pour modifier leur apparence physique, sans que ceci n'apporte d'élément clinique utile à la pathologie présentée. Aucune vignette de ce type n'existe pour des hommes.

« Une employée de banque de 57 ans sans antécédent notoire en dehors d'une plastie mammaire consulte aux urgences en raison d'une fièvre, d'une toux grasse et d'expectorations jaunâtres depuis 24 heures. »

(Examen écrit, médecine interne, 2011)

c. Comportements liés à la santé : l'exemple de la sexualité

Les comportements sexuels des patient·es sont aussi représentés de manière stéréotypée en regard du genre et ceci à la fois en termes de problème sexuel que de prise de risque.

L'angle d'approche de la sexualité diffère selon le genre du ou de la patient·e. Chez les patients masculins, une emphase toute particulière est portée aux enjeux de fonction sexuelle, alors que celle-ci n'est mentionnée que dans de rares vignettes féminines. La fonction sexuelle est abordée principalement dans les vignettes de psychiatrie pour les deux genres. Cependant, bien que quelques vignettes de médecine interne ou de premier recours abordent la fonction sexuelle des hommes, ceci n'est jamais le cas pour les femmes, suggérant que la fonction sexuelle féminine n'est en aucun cas impactée par les enjeux de santé physique, mais uniquement psychique. Au-delà de la fonction sexuelle, la notion de satisfaction ou d'insatisfaction des rapports sexuels, ou l'impact des dysfonctions sexuelles sur la santé globale, n'est mentionné que pour les vignettes où le patient est un homme.

« Depuis, rien n'irait plus normalement : après avoir beaucoup attendu, il s'est résolu à une opération de la prostate dont il garde une impuissance qui le rend honteux. »

(Enseignement, psychiatrie, 2019)

Chez les femmes, presque toutes les mentions de la sexualité sont pour confirmer ou infirmer un risque pour une infection sexuellement transmissible. L'enjeu de la présence ou l'absence d'une contraception n'est mentionné que très rarement, et uniquement dans les vignettes féminines.

Les hommes vivant une relation de couple sont régulièrement présentés comme ayant des rapports sexuels avec des partenaires occasionnelles en dehors de leur relation principale, ce qui n'est presque jamais le cas des femmes. Ces dernières sont décrites comme ayant des rapports sexuels dans le cadre de relations occasionnelles uniquement lorsqu'elles sont célibataires. De plus, les femmes vont plus souvent avoir des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels dans le cadre d'une consommation importante d'alcool, comme si la prise de risque n'était possible qu'en cas de perte de contrôle liée à un élément externe, contrairement aux hommes où cela est normalisé.

« Hétérosexuel, épouse = partenaire habituelle, occasionnelles relations extra-conjugales en voyage, dont certaines sans préservatif, la dernière il y a 2 mois »

(Enseignement, MPR, 2019, vignette avec patient homme)

« Pas de partenaire régulier ; j'ai eu un rapport sexuel il y a 4 jours avec un copain que je connais vaguement, lors d'une soirée arrosée. Je ne me rappelle pas s'il a utilisé un préservatif. »

(ECOS, MPR, 2016, vignette avec patiente femme)

Les formulations indiquant l'absence de rapports sexuels à risque d'infection sexuellement transmissible chez les personnes en couple varient entre les hommes et les femmes. Chez les hommes, l'accent est mis sur la présence de rapport sexuel dans le cadre d'une relation stable, alors que chez les femmes c'est l'absence de rapport sexuel qui est mis en avant.

« Activité sexuelle : Hétérosexuelle, sans prise de risque. Pas d'activité depuis 2 mois »

(Enseignement, MPR, 2019, vignette avec patiente femme)

« Je suis marié depuis 5 ans et on a des rapports sexuels réguliers ; je n'utilise pas le préservatif. »

(ECOS, MPR, 2018, vignette avec patient homme)

Diversité sexuelle et de genre

Les personnes LGBTIQ+ sont quasiment absentes du corpus de données. Sur les 955 vignettes analysées, seules deux vignettes cliniques représentent des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH). Ces deux vignettes concernent une primo-infection au VIH.

Dans ces deux vignettes cliniques, les patients sont représentés comme ayant des rapports sexuels non protégés avec un ou des partenaires occasionnels, n'étant pas connu du patient. En comparaison, les rapports hétérosexuels ne sont que rarement représentés entre personnes sans aucune relation autre que sexuelle. Les infections sexuellement transmissibles hors VIH sont représentées dans des vignettes incarnées par des hommes ayant eu une relation sexuelle avec une femme ou avec un·e partenaire de genre non précisé.

« Jeune patient de 28 ans qui a eu ces derniers mois plusieurs relations sexuelles non protégées avec des partenaires hommes parfois inconnus »

(Examen écrit, médecine interne, 2011)

Cette association entre homme ayant de relations sexuelles avec les hommes et le VIH est bidirectionnelles. En effet, parmi les deux autres vignettes abordant le VIH, une représente un homme, sans mention de son orientation sexuelle ou de ces comportements sexuels, l'autre est une vignette mettant en scène un bébé, avec une probable transmission fœto-maternelle. A noter que dans cette vignette la mère est originaire d'Afrique sub-Saharienne, un autre type de stéréotype.

Aucune vignette clinique ne met en scène de manière explicite une femme ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF).

La seule vignette représentant une personne trans* est celle sur le diagnostic clinique de dysphorie de genre.

d. Formulations exemplaires en matière de genre

Nous avons également identifié dans ces données quelques formulations que nous avons catégorisées comme exemplaires, parce qu'elles évitent les stéréotypes en matière de genre. La stratégie utilisée pour la rédaction de ces vignettes est alors soit une formulation neutre ou qui invisibilise le genre du ou des protagonistes, soit le choix d'une représentation genrée qui soit contraire aux stéréotypes.

Formulation neutre du point de vue du genre

Des formulations neutres du point de vue du genre ont été retrouvées régulièrement dans notre corpus de vignette. De telles formulations, appelées aussi formulations épiciènes, n'attribuent pas de genre aux personnes représentées et donc implicitement permettent l'inclusion de toutes les personnes.

« **Selon ses proches, il se plaignait de céphalées depuis la veille.** »

(Examen écrit, médecine interne, 2015)

« **Lors du repas familial, apparition d'une déviation du regard à gauche, accompagné de "mouvements bizarres de la bouche". Par la suite, l'enfant tombe de sa chaise, il perd connaissance et il présente des mouvements cloniques des 4 membres.** »

(Examen écrit, pédiatrie, 2010)

Invisible ou ensemble : pour une parentalité conjointe

Certaines formulations ont été retrouvées spécifiquement dans les situations où les soins aux enfants sont traités. L'une d'entre elle est de se focaliser sur le vécu et les besoins de l'enfant, en invisibilisant les parents. Ce type de formulation permettent non seulement une inclusion de toutes les personnes, mais mettent aussi en avant le comportement de l'enfant plutôt que celui des parents.

« **Quand il est réveillé, il pleure souvent et veut être porté.** »

(Examen écrit, pédiatrie, 2016)

D'autres situations cliniques font références aux deux parents. L'inclusion des deux parents comme entité parentale pourrait être simplement considérée comme une formulation épiciène. Cependant, elle met en avant la responsabilité et l'implication des deux parents dans les soins aux enfants. Cette formulation évite aussi de mentionner le genre des parents et donc permet théoriquement d'y inclure des couples parentaux de même genre.

« Les parents sont épuisés, ils doivent parfois le porter pendant plusieurs heures. »

(Examen écrit, pédiatrie, 2016)

Représentation anti-stéréotypique

Finalement, certaines vignettes représentent des personnes dont le comportement ou les actions contreviennent explicitement aux stéréotypes de genre, mais d'une manière positive. Pour les patientes femmes, une mise en avant du rôle professionnel, notamment dans le cadre de poste à responsabilité ou de profession traditionnellement masculine, est parfois retrouvée. Chez les hommes, le rôle de soin aux proches est parfois mis en avant. Ces représentations positives valorisent les comportements et les expressions de genre non stéréotypées.

« Votre mère est en traitement pour un cancer du sein, diagnostiqué il y a 3 mois. Elle a été opérée et va maintenant commencer une radiothérapie. Elle est chez elle et vous allez la voir presque tous les jours. Elle se sent seule et vous voulez l'accompagner. Vous êtes inquiet pour elle »

(ECOS, MPR, 2013, vignette destinée à un patient homme)

« Marie a 37 ans et travaille comme cadre dans un établissement bancaire. Elle est mariée et a deux enfants en bas-âge (4 et 6 ans). Son mari exerce la profession d'infirmier. »

(Enseignement, psychiatrie, 2019)

Formulation exemplaire en matière de sexualité

Certaines formulations évoquant une prise de risque pour les IST et le VIH signifient la présence ou l'absence d'un tel risque sans pour autant cibler un type de comportement ou une orientation sexuelle. Elles ont en commun de faire référence à des événements passés peu explicités, pouvant suggérer une prise de risque ou son absence. Mais elles ne se focalisent pas sur le genre du ou des partenaires, évitant donc de d'associer IST et un certain type de sexualité.

« J'ai eu quelques rapports sexuels non protégés et ce serait peut-être bien de faire des tests pour vérifier que je n'ai rien attrapé. »

(ECOS, Médecine de premier recours 2018)

« Vous vivez une relation amoureuse stable depuis 2 ans. Vous n'avez pas eu de rapport non protégé depuis et votre test HIV fait il y a deux ans était négatif. »

(ECOS, Médecine interne, 2018)

Cette dernière formulation offre aussi une manière plus inclusive et moins hétéronormée de parler d'une relation. En effet, une relation amoureuse peut avoir lieu entre personnes de tout sexe / genre.

3.3 Processus

3.3.1 Résultats des entretiens

a. *Réalisation des entretiens*

Les résultats ci-dessous se basent sur 4 entretiens individuels et un entretien avec deux personnes. Les 4 entretiens individuels ont eu lieu avec 4 hommes, responsable ou co-responsable de l'AMC de leur spécialité, ayant tous une fonction de médecin adjoint, certains agrégés, d'autres pas. L'entretien conduit à plusieurs a été réalisé avec une femme, médecin adjointe, co-responsable de l'AMC de sa spécialité, avec une membre facultaire.

b. *Organisation des groupes AMC*

L'AMC de pédiatrie est organisé par les deux médecins responsables de l'AMC (1 homme et 1 femme, les deux médecins adjoint·es), sans l'appui d'autres médecins du service. Une membre facultaire épaula cependant ce binôme lors de la rédaction des vignettes clinique. L'AMC de psychiatrie est organisé par le responsable de l'AMC. Il est entouré par un bureau AMC, représentant 7 à 8 médecins adjoints responsables des différents secteurs hospitaliers. L'AMC de médecine interne est organisé par le responsable de l'AMC. Ce dernier est entouré par un groupe AMC composé d'une vingtaine de médecins, soit spécialistes en médecine interne générale hospitalière soit représentant·es des spécialités de médecine, travaillant aux HUG. La majorité est constituée de médecins adjoint·es et la minorité de chef·fes de cliniques. L'AMC de médecine de premier recours est organisé par le responsable de l'AMC. Ce dernier est entouré par un groupe AMC composé d'une quinzaine de membres, médecin adjoint·es et chef·fes des cliniques, travaillant aux HUG ou à l'IUGP.

c. *Vignettes cliniques d'examen*

Les vignettes d'examen sont rédigées par un nombre restreint de personnes. En pédiatrie, seuls les co-responsables du groupe AMC et la membre facultaire rédigent les vignettes cliniques d'examen. En médecine interne, deux ou trois membres du groupe AMC, incluant toujours un·e représentant·e de la médecine interne et un·e des spécialités de médecine, sont en charge de rédiger les nouvelles

vignettes. Ces personnes changent d'une session d'examen à l'autre. Dans ces deux branches, chaque session d'examen inclut la réutilisation de vignettes précédentes et la rédaction de nouvelles vignettes. En psychiatrie et en médecine de premier recours, ce sont les membres du groupe AMC qui rédigent les nouvelles vignettes. Ceci n'a cependant lieu que de manière ponctuelle, la plupart des examens étant réalisé sur la base d'un corpus de vignette utilisé lors de sessions précédentes. Le responsable AMC choisit alors les vignettes, et en médecine de premier recours, propose une relecture aux autres membres du groupe AMC.

Le point de départ d'une vignette est en règle générale le sujet à traiter (diagnostic, présentation clinique), et est élaboré en suivant certains éléments clés (par ex. critères diagnostique, examen recommandé...). Les vignettes peuvent être inspirées d'une situation clinique réelle. Un format de vignettes générique existe pour chaque domaine traité (vignette déroulante, ou question unique), mais celui-ci n'est pas explicité formellement. Certain·es responsables AMC portent une attention à présenter des situations cliniques considérées comme typiques, et excluent donc de manière proactive des éléments socio-démographiques ou de contexte, car ceux-ci sont pensés comme pouvant distraire les étudiant·es lors de l'examen.

Une fois rédigées, les vignettes cliniques sont revues de manière individuelle par les membres du groupe ou du bureau AMC, lorsque celui-ci existe. Dans l'AMC de pédiatrie, ce sont les spécialistes de branches concernées qui les revoient de manière individuelle. Les critères utilisés pour cette révision sont la concordance avec les recommandations actuelles, l'approche clinique, la clarté. Aucun·e (co)-responsable du groupe AMC ne décrit de mécanisme pour régler de possible désaccord sur une vignette, autre que l'échange verbale ou par mail. Ceux-ci sont cependant décrits comme étant très rares.

La sélection d'un corpus de vignette pour un examen est en règle générale chapeauté par un ou deux membres du groupe AMC, pouvant changer d'une itération à l'autre. Les vignettes déjà utilisées dans le passé sont sélectionnées selon les diagnostics ou les situations cliniques que les personnes souhaitent aborder dans l'examen, avec une attention à intégrer différentes parties de la prise en charge (diagnostic, examen complémentaire, traitement...).

Les vignettes sélectionnées pour un examen sont alors revues par certains membres du groupe AMC. En pédiatrie, les vignettes sont revues par les deux co-responsables et la membre facultaire. De manière périodiques, elles sont aussi revues par des spécialistes des branches concernées. En médecine de premier recours, médecine interne et psychiatrie, les vignettes sont revues de manière individuelle par quelques membres du groupe AMC. Dans tous les AMC, le critère principal de relecture est de vérifier qu'elles correspondent au contenu de l'enseignement actuel. Les résultats

obtenus par les étudiant·es lors de leur dernière utilisation sont aussi pris en compte. Si certains items semblent trop facile, ou alors trop difficile, ils peuvent alors être adapté. De plus, certaines spécialités testent la faisabilité de l'examen, en le faisant réaliser par des médecins hors groupe AMC.

d. Vignettes cliniques d'enseignement

Les vignettes cliniques d'enseignement sont rédigées par un nombre plus large de personnes, incluant des personnes hors groupe AMC. En pédiatrie, des représentant·es des spécialités de pédiatrie rédigent les vignettes d'enseignement. Les deux co-responsables du groupe AMC offrent un appui pédagogique et effectuent une relecture. Dans les autres AMC, ce sont des membres du groupe AMC qui ont rédigé les vignettes d'enseignement. Le point de départ d'une vignette clinique est le sujet à traiter, l'approche pédagogique étant discutée dans un second temps (session de type apprentissage par problème, séminaire, entretien avec patient·es standardisé·es.). Les vignettes peuvent s'inspirer de situations cliniques réelles.

Le matériel d'enseignement a été rédigé dans son ensemble à un moment donné. Les révisions sont par la suite réalisées annuellement, mais de façon minime. Lors de ces révisions, certaines vignettes sont revues entièrement, par exemple lors d'un changement de format ou suite à des modifications majeures dans les recommandations cliniques.

Une révision complète et plus profonde du matériel d'enseignement est réalisée de manière ponctuelle. La psychiatrie venait de le faire lors de cette recherche (année académique 2019-2020), alors que la pédiatrie était au décours d'une telle démarche (résultat non inclut dans notre recherche car finalisée après notre récolte de données).

3.3.2 Attention portée aux enjeux de genre

Les enjeux de genre dans les vignettes clinique sont abordés de manière très différente selon les branches.

En pédiatrie, il semble que certains stéréotypes de genre aient récemment été relevés par des étudiant·es, et rapporté aux co-responsables AMC. La répartition inégale des genres des professionnel·les de la santé ainsi que la place prépondérante des mères auprès de leurs enfants font parties des aspects signalés. Ces réflexions ont été entendues et une démarche visant à porter une attention sur ces aspects venait d'être débutée dans le groupe AMC. L'intégration de modèle de famille alternatif (famille arc-en-ciel, famille recomposée) a aussi été pensée plus récemment.

En pédiatrie, de manière générale, l'ajout de caractéristiques sociodémographiques n'est réalisé que pour certaines situations où le contexte psychosocial semble relevant (par ex. situation d'un bébé qui pleure beaucoup). Aucune attention particulière n'est portée au genre des enfants.

En psychiatrie, aucune attention particulière n'est portée au genre des patient·es, des professionnel·les de la santé ni des proches, dans l'idée que cette attitude permettrait une répartition spontanée.

En médecine de premier recours, une attention est portée lors de la création d'un examen de faire figurer environ une moitié de patientes et une moitié de patients, quitte à changer le genre du patient ou de la patiente de certaines vignettes cliniques. Lors de la création du corpus d'enseignement (version de 2008), le genre, l'âge et l'origine ethnique des patient·es ont été pensés spécifiquement pour chaque pathologie représentée. Lors des révisions annuelles, ces caractéristiques n'ont pas été modifiées.

En médecine interne, le genre est pensé comme non relevant pour une pathologie. Dans ce sens, hormis quelques situations spécifiques au sexe biologique (prostatite, cancer du sein), chaque vignette clinique pourrait être rédigée tant au féminin qu'au masculin. Aucune attention particulière n'est portée au genre des patient·es, des professionnel·les de la santé ni des proches.

4. Forces et limitations

Le point fort de cette recherche est l'importance du corpus de données et l'approche méthodologique. Nous avons inclus une grande base de données (près de mille vignettes analysées). La méthodologie mixte nous a permis d'avoir à la fois un point de vue qualitatif et quantitatif sur les stéréotypes de genre. La concordance des résultats quantitatifs et qualitatifs augmente leur crédibilité. De plus, nous avons double-codé 10% des données, avec obtention d'une grande concordance entre les deux codeuses ($\kappa > 0.8$). Notre groupe de recherche interdisciplinaire était composé d'homme et de femmes, d'âge variés et venant de milieu professionnel divers. Il incluait des personnes impliquées à différents niveaux dans l'enseignement des années Master. Cependant, aucun·e étudiant·e n'a participé au groupe de recherche, ce qui aurait permis d'obtenir le regard des personnes exposées au matériel d'enseignement. Cela aurait toutefois posé un problème d'accès à des questions d'examens avant l'évaluation pour les étudiant·es, ce qui n'aurait pas été acceptable.

Une des limites de notre recherche est le fait que nous n'avons eu accès qu'à des données de la faculté de médecine de Genève, limitant ainsi la généralisabilité des résultats. Cependant, ceci est contrebalancé par le fait que nous ayons eu accès à un large corpus de vignette, venant de contextes

différents (enseignement, examen écrit et oraux), de diverses spécialités, et ce sur une longue période.

Une autre limite est que nous n'avons pas inclus les vignettes cliniques d'enseignement et d'évaluation des AMC de gynécologie et obstétrique ni d'urologie. L'analyse du contenu de l'enseignement de ces spécialités représentant des patient·es d'un seul sexe/genre aurait potentiellement pu apporter des visions différentes des hommes et des femmes et montrer un traitement différent des thématiques abordées dans notre projet de recherche (p.ex comportements sexuels ou diversité sexuelle ou de genre). Toutefois, nous avons souhaité inclure des spécialités où les hommes et les femmes pouvaient être équitablement représentés afin de pouvoir analyser comment ils y étaient représentés. De plus, les quatre branches incluses dans notre analyse représentent une large majorité des enseignements auxquels les étudiant·es sont exposé·es (28 semaines sur un total de 40, correspondant à 70%). Finalement, nous n'avons pas d'argument pour penser que les médecins responsables de la rédaction et de la révision des vignettes cliniques d'enseignement et d'évaluation de gynécologie et d'obstétrique et d'urologie ne partagent pas les mêmes biais implicites que leurs confrères et consœurs des AMC étudiés.

Une autre limite est le fait que nous ayons analysé notre corpus de vignette comme un tout, sans prise en compte de l'année de production et de l'impact des changements dans les équipes de rédacteurs ou les processus de rédaction. Ceci limite les possibilités d'étudier de possible changement avec le temps.

5. Discussion

5.1 Vignette clinique : un curriculum caché biaisé en matière de genre

Cette recherche permet de mettre en évidence que les femmes et les hommes représentés dans les vignettes cliniques d'enseignement et d'évaluation des années master utilisées dans les branches en lien avec la médecine de premier recours le sont de manière différenciée selon leur genre. Cette représentation différenciée transmet une vision stéréotypée des rôles et des expressions de genre au travail, dans la sphère familiale et dans les professions de santé. Elle s'exprime tant à travers la fréquence et la manière dont sont représentées les personnes que dans le vocabulaire utilisé pour les mettre en scène. Ceci est le cas pour les patient·es, pour leurs proches et pour les professionnel·les de la santé. Ces trouvailles sont soutenues tant par les résultats de l'analyse quantitative que qualitative qui convergent sur les principaux aspects. Ces résultats confirment que les vignettes cliniques utilisées dans les années master des quatre branches étudiées transmettent un curriculum caché biaisé en matière de genre. Ceci est à mettre en parallèle avec le fait que les

processus de rédaction et de relecture des vignettes cliniques d'évaluation et d'enseignements ne prennent pas assez en compte les enjeux de sexe et de genre de manière explicite et structurée.

5.2 Contextualisation des résultats : la reproduction d'un système inégalitaire

Ces résultats ne sont pas surprenant car les personnes impliquées dans la rédaction et la relecture des vignettes cliniques font partie d'une société qui transmet des normes, valeurs et pratiques créant des conditions inégalitaires entre hommes et femmes avec, en particulier, une répartition différenciée du pouvoir en défaveur des femmes.^{4,13} Il a été démontré que les médecins partagent les mêmes biais implicites que la population générale.⁵⁰ En matière de biais de genre spécifiquement, les données sur les professionnel·les de la santé montrent qu'une majorité présente des biais explicites et/ou implicites associant les hommes à la carrière professionnelle et les femmes à la famille.^{51,52}

Dans notre corpus de vignettes, les patientes de sexe féminin sont plus souvent décrites comme petites ou jeunes ou qualifiées par le suffixe « -ette ». Plusieurs vignettes font encore référence à des patientes en les nommant « Mademoiselle » alors que ce terme a été aboli de l'administration suisse par la Chancellerie fédérale depuis 1973.⁵³ Les recherches en psycholinguistiques tendent à démontrer que le langage participe à reproduire les biais de genre et renforce les stéréotypes de genre.⁵⁴⁻⁵⁶ L'infantilisation des femmes dans le langage, comme le fait d'appeler une personne Mademoiselle au lieu de Madame, ou de s'adresser à une femme comme une fille, fait partie d'un ensemble de pratique paternaliste du langage, qui renforce la place de la femme comme subordonnée de l'homme.^{54,56}

Dans notre base de données, les rôles de genre des hommes et des femmes sont représentés de manière fortement stéréotypée. Le rôle professionnel des patients hommes est mis en avant, alors que celui des patientes femmes est secondaire. Le type d'occupation est aussi réparti de manière différenciée selon le genre, que ce soit pour les patient·es que pour les professionnel·les de la santé. Le soin, principalement aux enfants, et les sphères familiales et domestiques au sens large sont principalement attribuées aux femmes. Cette division sexuée du travail, décrite dans une majorité des sociétés connues, implique une séparation des tâches, mais aussi leur hiérarchisation, ou les tâches reproductives et de soins, réalisées par les femmes, sont moins valorisées, notamment en terme de pouvoir et d'argent.³ Malgré les avancées en matière d'égalité entre hommes et femmes, les femmes restent largement responsable des tâches domestiques et de soins aux enfants.^{57,58}

Les rôles de genre, comme toute norme sociale, sont localement et temporellement situés.⁹ Ils ne sont donc pas naturels, même s'ils peuvent être internalisés par les membres d'une société.⁹ Ce processus d'internalisation commence dans le jeune âge au sein de la famille, mais peut être renforcé ou au contraire remis en cause lors de la socialisation étendue, notamment dans le

cursus de formation et/ou le milieu professionnel.⁵⁹ Les messages transmis par les facultés de médecine et le système de santé au sens large, ont donc un rôle central dans la production des normes de genre.

En parallèle, les expressions de genre des hommes et des femmes sont aussi représentées de manière stéréotypée. Les femmes sont plus souvent décrites comme raisonnables et attentionnées, les hommes comme violents. En effet, selon les théories de psychologie sociale, nous attribuons aux femmes des traits de caractères tournés vers la communauté (générosité, désintérêt personnel, amitié, compassion) et aux hommes des traits de caractères tournés vers l'action et le contrôle (indépendance, sûreté de soi, initiative).⁶⁰

Les femmes transgressant ces expressions et rôles de genre stéréotypés sont sanctionnées par l'utilisation dans une vignette clinique de vocabulaire familier voir même jugeant. De plus, elles ne sont représentées comme transgressant ces expressions de genre que dans des vignettes de psychiatrie, ce qui peut donner l'impression qu'il faut souffrir d'une pathologie mentale pour se comporter ainsi. La transgression des rôles de genre par les femmes est, elle, représentée comme un risque pour la santé.

Les comportements sexuels des hommes et des femmes sont représentés de manière différenciée, sous réserve de l'absence d'inclusion de vignettes de gynécologie et d'obstétrique ni d'urologie. Les comportements sexuels des hommes sont majoritairement décrits sous l'angle de la fonction sexuelle, alors que ce n'est que rarement le cas pour les femmes. Ceci pourrait être expliqué par le fait que le processus de médicalisation des dysfonctions sexuelles s'est construit autour de la dysfonction érectile et donc autour du masculin.⁶¹ Cependant, les études tendent à montrer que les femmes et les hommes souffrent de manière équilibrée de dysfonction sexuelle, les sous-type variant cependant selon le genre.⁶²

Les relations sexuelles occasionnelles sont plus fréquemment attribuées à des hommes en couple ou des femmes célibataires. De plus, les femmes ayant des relations sexuelles occasionnelles sont régulièrement représentées comme ayant agi sous l'emprise de l'alcool, ce qui n'est pas le cas des hommes. Ces représentations tendent à valider un double standard en matière de sexualité hétérosexuelle. Ce phénomène, bien documenté, montre que les comportements sexuels sont évalués de manière différenciée si la personne qui les réalise est une femme ou un homme ; les premières étant jugées plus durement que les derniers.^{63,64} Ce double standard n'est cependant pas neutre. Il a été suggéré que les femmes soutenant de manière plus large ces doubles standards pourraient être plus à risque d'avoir des rapports sexuels non protégés et moins à même d'identifier les violences sexuelles à leurs égards.^{65,66} Cette représentation biaisée des comportements sexuels

dans le matériel d'enseignement pourrait transmettre l'idée que ces doubles standards sont validés par la faculté de médecine et donc avoir un impact délétère sur les étudiant·es et les enseignant·es.

Dans notre corpus, les personnes de la diversité sexuelle et de genre sont presque invisibles, hormis dans de rares occurrences où des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes sont représentés avec des comportements sexuels à risque et uniquement pour traiter du VIH.

Pour contextualiser ces résultats, il est intéressant de noter qu'une partie importante du corpus des vignettes étudiées a été produit il y a plus de 10 ans, ou les questionnements sur les stéréotypes de genre étaient moins répandus qu'aujourd'hui. Ceci ne permet toutefois pas de justifier le statu quo, au contraire. Aujourd'hui, ces visions stéréotypées des femmes et des hommes transmises dans les vignettes cliniques sont problématiques et doivent évoluer. Ceci tant en raison de leur impact sur les patient·es et leur prise en charge que les étudiant·es en médecine et leurs carrières professionnelles.

5.3 Un risque de prise en charge biaisée des patient·es

La répétition d'une vision stéréotypée des rôles et expression de genre tendent à les naturaliser.⁴³ Ces stéréotypes sont largement répétés dans le matériel d'enseignement et d'évaluation des 4 branches examinées. Ceci est d'autant plus problématique que les systèmes de santé sont inégaux en matière de genre, dans le sens qu'ils tendent à perpétuer les inégalités en matière de genre.^{13,16} Un exemple est le peu de place donnée aux pères dans les suivis de grossesse ou dans les soins pédiatriques, alors que les évidences scientifiques démontrent l'importance pour la santé de la mère et de l'enfant de soutenir leur implication.^{13,67} Le fait de souligner l'importance des femmes dans les soins des enfants et la non pertinence des hommes dans cette même sphère encourage de telles visions et ralentissent les possibles changements des systèmes de santé. Ce matériel d'enseignement va donc implicitement légitimer la répartition traditionnelle des rôles familiaux et façonner les attitudes des futurs médecins envers leurs patient·es dans ce sens. Un autre exemple est le fait que la santé féminine a pendant longtemps été pensée presque exclusivement sous le prisme de la santé reproductive, ne développant que trop tardivement les enjeux de santé cardiovasculaire, qui sont pourtant en Suisse la première cause de mortalité chez les femmes.^{13,68}

De plus, les stéréotypes des soignant·es, en matière de genre, mais aussi de diversité au sens large, sont une sources admises de biais ou de discrimination dans les soins, diminuant ainsi la qualité des soins offerts.^{12,50,69} Un curriculum caché répétant ces stéréotypes pourrait ainsi renforcer les stéréotypes des médecins, ou du moins restreindre la possibilité de le questionner. Ceci pourrait avoir un impact particulièrement délétère sur les patient·es dont les rôles ou expressions de genre divergent de cette norme (par ex. un homme au foyer ou une femme travaillant à temps plein

comme cadre). La représentation particulièrement négative des femmes bousculant ces stéréotypes est suggestive d'un tel phénomène.

Dans ce sens, la quasi-absence de représentation des personnes de la diversité sexuelle est particulièrement problématique. En effet, leur invisibilisation presque totale pourrait renforcer la croyance qu'il s'agit d'une infime minorité de la population et donc d'un sujet peu relevant en termes de santé publique. Une récente étude en Suisse montre cependant que près d'une personne sur six peut être considérée comme non exclusivement hétérosexuelle.⁷⁰ Il est maintenant bien documenté que la santé des personnes LGBTIQ+ est moins bonne que celle des leurs homologues hétérosexuelles. De nombreuses études soulignent qu'elles sont régulièrement victime de discrimination dans les soins, notamment de la part des médecins, et sont plus à même de recevoir des soins de moindre qualité. Les professionnel·les de la santé sont mal formé·es aux enjeux d'orientation sexuelle et d'identité de genre, et tendent à sous-estimer le risque de discrimination envers les personnes LGBTIQ+. Ces facteurs impactent négativement l'accès aux soins des personnes LGBTIQ+.^{13-15,71}

En parallèle, les rares représentations de personnes HSH transmettent une vision négative et stéréotypée, les limitant à des comportements à risque (rapports sexuels multiple et anonyme) et les rendant ainsi responsables de leur problématique de santé. Ceci risque d'augmenter les biais et les attitudes négatives des médecins envers ces personnes. De plus, le fait de limiter les vignettes sur le VIH à des situations impliquant des personnes HSH transmet un message erroné. En effet, en 2020 en Suisse, une source hétérosexuelle est rapportée par un quart des hommes et près de 70% des femmes présentant un nouveau diagnostic du VIH.⁷²

Finalement, le genre des personnes représentées dans les vignettes cliniques est non seulement introduit dans sa conception binaire, et non dans un continuum, mais surtout implicitement aligné sur le sexe. Cette représentation du sexe et du genre, comme déterminant naturel des actions des personnes, ne prend pas en compte la réalité des personnes s'identifiant comme trans*, queer, non-binaire ou fluide du point de vue du genre. Ceci est accentuée par le fait que la seule personne trans* représentée dans notre corpus de vignette est utilisée pour discuter la dysphorie de genre, pathologisant ainsi la disruption de cet alignement implicite entre sexe et identité de genre. Ces messages pourraient participer au grand nombre de discrimination dans les soins vécus par les personnes trans*.¹⁵

5.4 Un curriculum caché renforçant les inégalités entre étudiant·es en médecine

Les vignettes cliniques d'enseignement et d'évaluation des quatre branches étudiées représentent de manière inégalitaire les hommes et les femmes dans le monde professionnel. Ceci est

particulièrement vrai dans les professions de la santé, où la profession médicale est réservée aux hommes, et les professions soignantes aux femmes. Ce curriculum caché validant une vision stéréotypée de rôles et des expressions de genre peut avoir un impact négatif sur les étudiant·es, tant sur leurs choix de carrière que sur leur satisfaction. Les facultés ont le devoir de garantir l'égalité des chances entre femmes et hommes, ce devoir étant notamment inscrit dans la loi genevoise sur l'université de 2008 (art.3, al.2). Ceci est d'autant plus important au niveau de la faculté de médecine, au vu de l'importante ségrégation tant verticale qu'horizontale dont souffrent les femmes.

En effet, selon les statistiques de la FMH de 2018, les femmes représentent la majorité des médecins en formation (52.8%), mais ne représentent qu'un quart (24.5%) des médecins adjoint·es et moins d'un huitième (12.4%) des médecins chef·fes.⁷³ Et ce malgré le fait que les étudiant·es en médecine soient majoritaires depuis plus d'une décennie.⁷⁴ Ce phénomène du « tuyau percé » - décrivant le fait que les femmes médecins soient majoritaires en début de carrière, puis disparaissent le long de la carrière académique- est documenté dans la médecine académique de manière internationale.^{28,75,76}

Plusieurs raisons peuvent expliquer cela. Tout d'abord, les rôles de genre traditionnels, et la division sexuée du travail, impactent négativement les carrières féminines. Les femmes scientifiques ont plus fréquemment des partenaires avec un niveau de formations au moins équivalent au leur, qu'inversement, et ont plus souvent un partenaire qui travaille plus de 46h par semaine. Elles suivent plus fréquemment leur partenaire lorsque celui-ci obtient un poste de recherche à l'étranger, ce qui peut pénaliser l'avancée de leur propre carrière.⁷⁷ De plus, elles passent plus d'heures à s'occuper des tâches domestiques, ceci se répercutant sur le nombre d'heure qu'elles peuvent investir dans leur travail, notamment de recherche.⁷⁷ L'arrivée d'un enfant est une période particulièrement à risque dans les carrières féminines, alors que celle-ci n'a que peu d'impact, voir un impact positif, sur les carrières masculines.^{78,79}

Il a aussi été démontré que la structure des organisations peut influencer la culpabilité parentale en lien avec la balance travail-famille.⁸⁰ Pour les femmes, ceci pourrait même avoir un impact plus important que les croyances sur les rôles de genre. L'élément ayant l'impact le plus favorable sur la culpabilité ressentie par les femmes est l'étendue du soutien organisationnel du rôle parental du père.

Les expressions de genre stéréotypées peuvent aussi avoir un impact négatif sur les carrières féminines. Les études sur le sujet tendent à montrer que les personnes qui examinent les demandes de fonds pour des recherches scientifiques préfèrent utiliser des mots décrivant des traits de caractère stéréotypés masculins, comme « indépendant » ou « exigeant », que des mots stéréotypés

féminins comme « rigoureux ». ⁶⁰ Ce processus peut désavantager les femmes, étant donné que ces traits stéréotypés masculins leur sont moins fréquemment attribués. ⁶⁰

Malgré le fait que plus de 50% des jeunes médecins soient maintenant des femmes, la réalité montre une importante ségrégation horizontale dans les carrières médicales. En Suisse, les femmes sont surreprésentées dans les spécialités comme la gynécologie-obstétrique (84%), la pédiatrie (79%) et la pédopsychiatrie (77%), alors qu'elles sont sous-représentées dans les spécialités chirurgicales. ⁸¹ La médecine interne générale est choisie par 60% des jeunes médecins de genre féminin. Les femmes sont plus volontiers orientées vers des spécialités où les aspects de soins et relationnels sont mis en avant, alors que les hommes vont être orientés vers des spécialités considérées comme plus techniques, ces dernières étant considérées comme plus prestigieuses. ^{82,83} Les personnes LGBTIQ+ sont aussi moins représentées dans ces branches plus prestigieuses considérées comme masculines. ²⁵ Cette ségrégation verticale est associée avec un différentiel de revenu entre hommes et femmes pratiquant le métier de médecin. Les analyses dans le temps indiquent même qu'un processus de dévalorisation financière apparaît en parallèle du processus de féminisation d'une spécialité. ^{82,84}

Ces différences de choix en termes de spécialisation médicale sont fortement influencées par les attitudes des professionnel·les de la santé envers les étudiant·es en médecine et les jeunes médecins, plutôt que par des aspirations différenciées. ²⁴ Les rôles de genre stéréotypés sont régulièrement mis en avant pour décourager la participation des femmes dans certaines spécialités, notamment la chirurgie. ³⁶ Cette vision stéréotypée ne reflète pas les attentes actuelles des étudiant·es en médecine. Une étude récente ayant eu lieu à la faculté de médecine de l'université de Genève a mis en évidence que tant les femmes que les hommes étudiant la médecine ont l'impression de devoir faire un choix entre carrière et famille et envisage un temps partiel dans l'optique de s'occuper de leur(s) enfant(s). ⁸⁵

Ces stéréotypes de rôles et d'expression de genre sont donc nocifs car ils limitent les possibilités des femmes de développer leur capacité personnelle et à poursuivre leur carrière. ⁸⁶ Renforcer ces stéréotypes par un curriculum caché biaisé en matière de genre peut donc participer à reproduire ces inégalités entre femmes et hommes dans les carrières médicales. Ceci est d'autant plus probable, que d'autres aspects du curriculum caché ont été prouvés comme biaisés du point de vue du genre et se renforcent donc mutuellement. ^{18,19,87} Une étude en Suisse romande met en évidence que 31.8% des femmes et 6.8% des hommes médecins ou étudiant·es en médecine interrogé·es ont vécu de la discrimination, du sexisme ou du harcèlement au travail. ⁸⁸

Le développement de l'identité professionnelle est une partie importante du processus pour devenir médecin et il a été démontré qu'il est impacté par le curriculum caché. ^{35-37,89} Les recherches

suggèrent qu'il est plus difficile d'intégrer une nouvelle identité lorsque celle-ci semble en désaccord avec la nôtre. L'idée d'une « dissonance identitaire » a été mise en avant pour expliquer les phénomènes de ségrégation verticale des femmes, ou des minorités au sens larges (ethnique, diversité sexuelle et de genre...), et ceci pourrait être encore plus vrai pour les personnes cumulant plusieurs identités minoritaires.⁹⁰ Un curriculum caché transmettant que les femmes sont exclues du monde professionnel en général, et de la profession médicale en particulier, pourrait favoriser cette dissonance identitaire chez les étudiantes en médecine.

Ces résultats soulignent le fait qu'en parallèle de mesures structurelles déjà établies afin de favoriser les carrières féminines (mentorat, modèle de rôle, prévention du harcèlement sexuel en milieu professionnel...), il est important de lutter contre les stéréotypes en matière de genre.⁹¹ Une approche transformative du point de vue du genre, notamment dans la rédaction des vignettes cliniques, permettrait de lutter contre les biais de genre dont souffrent encore fortement les femmes et les hommes dans leur carrière médicale.¹³

5.5 Résonance avec les processus de rédaction et de relecture

Les entretiens auprès des responsables AMC mettent en évidence que les processus mis en place pour rédiger et relire les vignettes cliniques d'enseignement et d'évaluation ne prennent pas assez en compte les enjeux de sexe et de genre en matière de représentation des hommes et des femmes. Il n'existe aucun cadre de références au niveau facultaire pour encourager ou sensibiliser les personnes impliquées dans la rédaction et la relecture de vignettes cliniques aux enjeux de sexe et de genre. De plus, aucune formation spécifique à la rédaction de vignette clinique n'est proposée au personnel en charge de ces tâches académiques. Le fait de baser les vignettes cliniques sur des situations cliniques réelles pourrait avoir influencé la transmission d'une vision stéréotypée en matière de genre, et ce surtout qu'une part importante du corpus de vignettes étudiées a été rédigée il y a plus de 10 ans.

Notre analyse démontre que le fait de ne pas thématiser explicitement ces enjeux ne permet pas de réfléchir aux biais implicites en matière de genre que les personnes impliquées peuvent avoir. Ces biais implicites se reflètent donc dans les vignettes cliniques par ces visions stéréotypées et contribuent par là au curriculum caché.

Les biais implicites sont des associations non conscientes, positives ou négatives, que les personnes détiennent sur des groupes de personnes et certaines caractéristiques. Un exemple en matière de genre est le fait que les hommes sont associés à la carrière et les femmes à la famille ou que les personnes hétérosexuelles sont perçues comme plus valables que leurs homologues homosexuelles.^{51,92} Les biais implicites des professionnel·les de la santé participent aux inégalités en

santé de nombreux groupes de personnes.^{50,69} Il est donc important de les conscientiser afin de mieux y faire face.

Les vignettes cliniques sont rédigées et relues sous l'angle du diagnostic ou de la situation clinique traitée, de l'aspect de la prise en charge abordée ou de celui de l'approche pédagogique. Les aspects de représentation, ce que transmettons de nos patient·es, de leurs proches et des professionnel·les de la santé à travers la manière dont nous les mettons en scène, ne sont presque pas pris en compte.

Hormis un changement de perspective récent dans l'AMC de pédiatrie, n'ayant pu encore se refléter dans notre recherche (corpus de données antérieur à cette démarche), les aspects de sexe et de genre sont majoritairement vécus comme non relevant pour la rédaction de vignettes cliniques et ce pour plusieurs raisons.

Les pathologies peuvent être pensées comme n'ayant pas de genre, dans une vision aveugle au genre. Ceci va à l'encontre des évidences récentes mettant en avant l'influence du sexe et du genre des patient·es, notamment dans la présentation de leurs maladies et leurs interactions avec le système de santé.⁴⁻⁶ En ne prenant pas en compte les notions de sexe et de genre dans la rédaction et la relecture de vignettes clinique, il existe un risque de transmettre des informations biaisées.

Une autre explication est la croyance que les personnes rédigeant les vignettes cliniques obtiendront, sans attention particulière, une distribution égale en matière de sexe et de genre des patient·es et de leurs caractéristiques sociodémographiques. Les médecins partagent les mêmes biais implicites que le reste de la population, y compris en matière de genre, suggérant que cette approche est à risque d'introduire des stéréotypes en matière de genre.^{50,51} Ceci est d'ailleurs corroboré par les résultats de notre recherche.

Finalement, les caractéristiques sociodémographiques - comme l'occupation professionnelle, le statut relationnel ou l'origine ethnique - sont parfois considérées comme n'étant pertinentes que dans certaines situations cliniques où les enjeux psychosociaux peuvent avoir un impact. Ces situations cliniques sont des situations à risque de stéréotype, comme les douleurs chroniques ou la maltraitance infantile. Cette attitude pourrait expliquer la forte prévalence de problématiques psychiatriques parmi les mères célibataires.

Ceci peut être mis en miroir avec l'idée, spécifique aux situations d'évaluation, que les situations mises en scène dans les vignettes cliniques doivent être le plus « typique » possible, chaque élément sociodémographique pouvant dévier les étudiant·es du sujet principal. Ceci pourrait en partie expliquer le fait que les seules personnes HSH représentées dans notre corpus de vignettes le sont pour aborder le VIH. L'épidémiologie du VIH en Suisse tendant à être concentrée dans certains

groupes ayant des pratiques à risque, la mention de l'orientation sexuelle de ces personnes n'est donc pensée que sous l'angle du facteur de risque pour une maladie.⁹³

Cette tension entre la volonté de mettre en avant les facteurs de risques, y compris au niveau psychosocial, et le risque de stigmatisation de certains groupes est un réel enjeu. Le diagnostic médical implique en lui-même une tâche de catégorisation, et celle-ci se fait non seulement sur la base des symptômes et signes présentés, mais aussi du contexte global.⁹⁴ L'enseignement du raisonnement clinique - processus permettant aux médecins d'élaborer un diagnostic - est une partie centrale de l'enseignement pré et post gradué.⁹⁵ L'exposition à des situations cliniques variés et multiples est une des stratégies proposées afin d'améliorer le raisonnement clinique des étudiant·es, en les aidant à construire une palette extensive de tableau clinique possible pour une maladie.⁹⁶ Dans ce sens, la présentation de vignettes cliniques n'incluant que des informations épidémiologiques typiques (par ex. HSH et VIH) pourrait entraîner un manque de fluidité dans le raisonnement clinique et, à termes, des erreurs diagnostiques.

5.6 Implication pratique – recommandations

Notre recherche indique donc que le manque de recommandations autour des enjeux de sexe et de genre dans la rédaction et la relecture des vignettes clinique est une porte ouverte à la reproduction des biais implicites. Ceci peut expliquer les résultats de notre recherche mettant en évidence un curriculum caché biaisé en matière de genre. Au vu des impacts potentiels sur les patient·es et les étudiant·es et les médecins, il est essentiel d'agir de manière proactive pour éviter de tels stéréotypes.

Plusieurs pistes ont pu être identifiées pour modifier les vignettes cliniques afin qu'elles transmettent une vision moins stéréotypée, voire qu'elles puissent participer à un mouvement transformatif du point de vue du genre. Cette dernière approche permettrait de lutter contre les effets délétères des biais de genre et des normes restrictives du point de vue du genre.

5.6.1 Conscientiser les personnes impliquées dans la rédaction des vignettes clinique

Au niveau individuel, il est important de considérer que la plupart de ces biais sont implicites, et donc non conscientisés.^{2,50,52} D'ailleurs, les processus décrits plus haut démontrent que ces stéréotypes ont été introduits de manière involontaire. Une attitude réflexive a été proposé pour contrebalancer les biais implicites dans le domaine des soins.⁹⁷ Une réflexion active sur les représentations transmises au travers des personnes mises en scène dans les vignettes clinique est donc une piste pour minimiser les stéréotypes de genre. Une attention particulière devrait être portée sur les minorités (ethniques, sexuelles et de genre, de classes...), en évitant de les restreindre à des

situations dévalorisantes. L'utilisation de check-list a été testée en situation de recherche, et peut être intéressante de manière ponctuelle, mais semble trop contraignante pour être utilisée de manière régulière.⁴⁵

Les vignettes traitant de situation clinique à risque de stigmatisation, comme le VIH, les violences ou encore certaines pathologies psychiatriques, devraient aussi être considérées de manière attentive. Pour ce type de pathologies, l'alternance de vignettes cliniques illustrant des situations où l'association épidémiologique est « typique » avec des vignettes les remettant en cause est une solution. Un exemple serait d'alterner des vignettes cliniques traitant du VIH mettant en scène des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et des personnes ayant des rapports sexuels hétérosexuels.

Certaines situations pouvant transmettre des stéréotypes peuvent être néanmoins être pertinentes du point de vue clinique. Par exemple, le soutien social du père a été suggéré comme facteur protecteur dans les dépressions maternelles dans le post-partum.⁹⁸ Dans ce sens, l'absence d'un père durant la période post partum peut être un indice important à présenter dans une vignette clinique. Rendre explicite ce qui est habituellement transmis de manière implicite est une solution pour minimiser les stéréotypes de genre transmis. Au-delà de l'apport évident en termes de raisonnement clinique, cette approche permet de questionner les inégalités de genre, dans une approche transformative du genre. En effet, ce type d'intervention permet de thématiser l'effet négatif sur la santé des rôles de genres traditionnels.

Une alternative pourrait être de repenser l'inclusion de caractéristiques socio-démographiques non nécessaires. Cependant, cette stratégie devrait être utilisée avec précaution. Tout d'abord, le risque est de ne représenter que des personnes désincarnées, facteur identifié comme pouvant mettre à mal la transmission d'une vision du soin centrée sur les patient·es.⁴³ Ensuite, cette stratégie a été décrite par plusieurs intervenant·es dans les processus, sans que cela semble avoir diminué les stéréotypes en matière de genre transmis. L'inclusion de données à risque de vision stéréotypée (situation familiale inhabituelle, classe sociale basse, minorité sexuelle ou de genre, minorité ethnique) que dans les situations cliniques complexes peut mener à un effet contraire. Cette approche ne devrait donc n'être utilisée que de manière complémentaire aux autres approches individuelles.

Un des problèmes venant de la répétition de ces visions stéréotypées, une solution au niveau structurel serait de désigner une personne responsable de revoir un corpus de vignettes (cahier d'enseignement, session d'examen) avec l'objectif spécifique de porter une attention aux stéréotypes de genre. Plusieurs points devraient en particulier être revus.

Tout d'abord, la répartition homme / femme des patient·es, des proches ainsi que des professionnel·les de la santé devrait être plus ou moins égale. Ensuite, la manière dont sont représentés les hommes et les femmes, tant au niveau de la profession que du contexte familial ou relationnel devrait aussi être répartie de manière égale. La présence d'une femme au foyer ne pose pas de problème, si des hommes sont représentés dans des situations de soins et d'autres femmes sont principalement présentées à travers leur rôle professionnel. Le vocabulaire utilisé pour décrire les comportements des hommes et des femmes devraient aussi être revus afin d'éviter les formulations familières ou jugeantes. Finalement, un dernier regard devrait se porter sur les vignettes représentant soit des membres de minorités soit des situations cliniques à risques de stigmatisation afin de s'assurer d'une approche minimisant le risque de stéréotype.

Au niveau institutionnel, la création, par la faculté de médecine, d'une formation spécifique sur la rédaction de vignettes cliniques, qui inclurait les aspects de sexe et de genre, sans y être limitée, pourrait aider les personnes impliquées dans la rédaction de vignette clinique. Cette formation devrait aborder plusieurs points. Tout d'abord, elle devrait revoir les étapes nécessaires à la rédaction d'une vignette clinique selon son objectif (enseignement ou évaluation).^{99,100} Ensuite, elle devrait traiter de l'impact que peut avoir la forme et le langage utilisé dans les vignettes cliniques sur les attitudes des étudiant·es et des médecins.^{39,41,43} L'enjeu des représentations, tant en matière de genre que de diversité au sens large devrait être abordé. Cette formation devrait idéalement inclure une approche réflexive et l'utilisation d'exercice pratique.

Finalement, l'importance d'offrir des représentations diverses, non discriminante et non biaisée des hommes et de femmes, quels que soient leur orientation sexuelle, leur identité de genre ou leur origine ethnique devrait être mis en avant de manière plus explicite dans les cadres de références des instances responsables de la promotion de l'égalité entre femmes et hommes au niveau facultaire.⁹¹

5.6.2 Des formulations limitant les biais de genre

Plusieurs formulations minimisant les biais de genre ont été identifiées dans notre analyse. Nous les reprenons ici en explicitant ce qu'elles peuvent apporter.

Proposition	Exemple	Objectif
Formulation neutre du point de vue du genre	<i>Sa fille relate qu'il peine à payer ses factures depuis quelques mois</i> Devient : <i>Sa famille relate qu'il peine à payer ses factures depuis quelques mois</i>	Permet l'inclusion de toutes les personnes Permet l'élaboration d'image mentale multiple Rend le soin neutre du point de vue du genre
Focalisation sur les besoins et le vécu de l'enfant	<i>Quand il est réveillé, sa mère doit le porter en continu</i> Devient : <i>Quand il est réveillé, il pleure souvent et veut être porté</i>	Permet l'élaboration d'image mentale multiple Rend le soin neutre du point de vue du genre Minimise le risque de culpabilisation des parents
Inclure les deux parents	<i>(...) la mère n'a jamais remarqué du sang ou du contenu biliaire</i> Devient <i>(...) les parents n'ont jamais remarqué du sang ou du contenu biliaire</i>	Permet l'élaboration d'image mentale multiple Rend le soin neutre du point de vue du genre Souligne le rôle de tous les parents dans le soin aux enfants
Rôle de genre non conforme positif	<i>Il s'est vraiment impliqué dans son rôle de grand-père (...)</i>	Promeut une vision alternative des rôles de genre Participe à une approche transformative du point de vue du genre

6. Conflits d'intérêts

Les personnes impliquées dans cette recherche ne déclarent aucun conflit d'intérêt. La recherche a été financée par le fond MIMOSA du département de santé et médecine communautaires, mais ce dernier n'a été impliqué d'aucune autre manière que via le financement. Aucune pression sur le contenu n'a été exercée.

7. Bibliographie

1. Glossary & Thesaurus. European Institute for Gender Equality. Accessed June 23, 2022. <https://eige.europa.eu/thesaurus/overview>
2. Greenwald AG, Banaji MR. Implicit social cognition: attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychol Rev.* 1995;102(1):4-27. doi:10.1037/0033-295x.102.1.4
3. Kergoat D. Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe. In: *Genre et Économie : Un Premier Éclairage*. Graduate Institute Publications; 2001:78-88.
4. Heise L, Greene ME, Opper N, et al. Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. *Lancet Lond Engl.* 2019;393(10189):2440-2454. doi:10.1016/S0140-6736(19)30652-X

5. Clair C, Cornuz J, Bart PA, Schwarz J. Médecine et genre : quels enjeux pour la pratique ? *Rev Médicale Suisse*. 2018;14(625):1951-1954. doi:10.53738/REVMED.2018.14.625.1951
6. Mauvais-Jarvis F, Merz NB, Barnes PJ, et al. Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. *The Lancet*. 2020;396(10250):565-582. doi:10.1016/S0140-6736(20)31561-0
7. Government of Canada CI of HR. What is gender? What is sex? - CIHR. Published January 10, 2014. Accessed June 20, 2022. <https://cihr-irsc.gc.ca/e/48642.html>
8. World Health Organization. Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Published online 2011. Accessed June 20, 2022, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44516>.
9. Dayer C. *Sous Les Pavés, Le Genre. Hacker Le Sexisme*. La Tour d'Aigüe : L'aube; 2014.
10. Vogel B, Acevedo M, Appelman Y, et al. The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030. *The Lancet*. 2021;397(10292):2385-2438. doi:10.1016/S0140-6736(21)00684-X
11. Cousin G, Mast MS. Les médecins hommes et femmes interagissent de manière différente avec leurs patients : pourquoi s'en préoccuper ? *Rev Med Suisse*. 2010;4(257):1444-1447.
12. Clerc Liaudat C, Vaucher P, De Francesco T, et al. Sex/gender bias in the management of chest pain in ambulatory care. *Womens Health*. 2018;14:1745506518805641. doi:10.1177/1745506518805641
13. Hay K, McDougal L, Percival V, et al. Disrupting gender norms in health systems: making the case for change. *Lancet Lond Engl*. 2019;393(10190):2535-2549. doi:10.1016/S0140-6736(19)30648-8
14. Zeeman L, Sherriff N, Browne K, et al. A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities. *Eur J Public Health*. 2019;29(5):974-980. doi:10.1093/eurpub/cky226
15. European Union. Health4LGBTI Reducing health inequalities experienced by LGBTI people. Task 2: Qualitative research - Focus group studies with LGBTI people and health professionals. Published online 2017. Accessed May 24 2022, https://eurohealthnet.eu/wp-content/uploads/documents/2018/180301_Project_Health4LGBTI_Focus-Group-Studies.pdf
16. Pederson A, Greaves L, Poole N. Gender-transformative health promotion for women: a framework for action. *Health Promot Int*. 2015;30(1):140-150. doi:10.1093/heapro/dau083
17. Gough B, Novikova I, World Health Organization, Regional Office for Europe. *Mental Health, Men and Culture: How Do Sociocultural Constructions of Masculinities Relate to Men's Mental Health Help-Seeking Behaviour in the WHO European Region?*; 2020. Accessed August 8, 2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559706/>
18. Cheng LF, Yang HC. Learning about gender on campus: an analysis of the hidden curriculum for medical students. *Med Educ*. 2015;49(3):321-331. doi:10.1111/medu.12628
19. Samuriwo R, Patel Y, Webb K, Bullock A. 'Man up': Medical students' perceptions of gender and learning in clinical practice: A qualitative study. *Med Educ*. 2020;54(2):150-161. doi:10.1111/medu.13959

20. Risberg G, Johansson EE, Hamberg K. "Important... but of low status": male education leaders' views on gender in medicine. *Med Educ*. 2011;45(6):613-624. doi:10.1111/j.1365-2923.2010.03920.x
21. Babaria P, Bernheim S, Nunez-Smith M. Gender and the pre-clinical experiences of female medical students: a taxonomy. *Med Educ*. 2011;45(3):249-260. doi:10.1111/j.1365-2923.2010.03856.x
22. Hill KA, Samuels EA, Gross CP, et al. Assessment of the Prevalence of Medical Student Mistreatment by Sex, Race/Ethnicity, and Sexual Orientation. *JAMA Intern Med*. 2020;180(5):653-665. doi:10.1001/jamainternmed.2020.0030
23. Ortiz-López N, Jerez-Yáñez O, Cortés-Chau F, et al. Experiences of medical students belonging to sexual and gender diversity: a systematic review. *Rev Médica Chile*. 2021;149(7):1058-1069. doi:10.4067/s0034-98872021000701058
24. Kristoffersson E, Diderichsen S, Verdonk P, Lagro-Janssen T, Hamberg K, Andersson J. To select or be selected – gendered experiences in clinical training affect medical students' specialty preferences. *BMC Med Educ*. 2018;18(1):268. doi:10.1186/s12909-018-1361-5
25. Sitkin NA, Pachankis JE. Specialty Choice Among Sexual and Gender Minorities in Medicine: The Role of Specialty Prestige, Perceived Inclusion, and Medical School Climate. *LGBT Health*. 2016;3(6):451-460. doi:10.1089/lgbt.2016.0058
26. Hostettler S, Kraft E. Peu de femmes aux postes de cadre. *Bull Med Suisses*. 2019;100(12):411-416.
27. Verdonk P, Benschop YWM, De Haes JCJM, Lagro-Janssen ALM. Making a gender difference: case studies of gender mainstreaming in medical education. *Med Teach*. 2008;30(7):e194-201. doi:10.1080/01421590802213206
28. Shannon G, Jansen M, Williams K, et al. Gender equality in science, medicine, and global health: where are we at and why does it matter? *Lancet Lond Engl*. 2019;393(10171):560-569. doi:10.1016/S0140-6736(18)33135-0
29. Men CR, Frieson K, Socheat C, Nirmita H, Mony C. Gender as a social determinant of health: Gender analysis of the health sector in Cambodia. Published online 2011. Accessed January 20, 2022. https://www.who.int/sdhconference/resources/draft_background_paper15_cambodia.pdf
30. Verdonk P, Benschop YWM, de Haes HCJM, Lagro-Janssen TLM. From gender bias to gender awareness in medical education. *Adv Health Sci Educ*. 2009;14(1):135-152. doi:10.1007/s10459-008-9100-z
31. P-7 Diversité, inclusion et égalité des chances (2021-2024) - swissuniversities. Accessed February 13, 2022. <https://www.swissuniversities.ch/fr/themes/egalite-des-chances-et-diversite/p-7-diversite-inclusion-et-egalite-des-chances>
32. Song MM, Jones BG, Casanova RA. Auditing sex- and gender-based medicine (SGBM) content in medical school curriculum: a student scholar model. *Biol Sex Differ*. 2016;7(Suppl 1):40. doi:10.1186/s13293-016-0102-x

33. Thande NK, Wang M, Curlin K, Dalvie N, Mazure CM. The Influence of Sex and Gender on Health: How Much Is Being Taught in Medical School Curricula? *J Womens Health*. 2019;28(12):1748-1754. doi:10.1089/jwh.2018.7229
34. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med*. 1998;73(4):403-407.
35. Yazdani S, Momeni S, Afshar L, Abdolmaleki M. A comprehensive model of hidden curriculum management in medical education. *J Adv Med Educ Prof*. 2019;7(3):123-130. doi:10.30476/JAMP.2019.45010
36. Phillips SP, Clarke M. More than an education: the hidden curriculum, professional attitudes and career choice. *Med Educ*. 2012;46(9):887-893. doi:10.1111/j.1365-2923.2012.04316.x
37. Joynt GM, Wong WT, Ling L, Lee A. Medical students and professionalism - Do the hidden curriculum and current role models fail our future doctors? *Med Teach*. 2018;40(4):395-399. doi:10.1080/0142159X.2017.1408897
38. Neve H, Collett T. Empowering students with the hidden curriculum. *Clin Teach*. 2018;15(6):494-499. doi:10.1111/tct.12736
39. Hough L, Hegazi I. Challenging the Hidden Curriculum through Problem Based Learning: A reflection on Curricular Design. *MedEdPublish*. 2018;7(3). doi:10.15694/mep.2018.0000159.1
40. Casey PM, Goepfert AR, Espey EL, et al. To the point: reviews in medical education—the Objective Structured Clinical Examination. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;200(1):25-34. doi:10.1016/j.ajog.2008.09.878
41. Kenny NP, Beagan BL. The patient as text: a challenge for problem-based learning. *Med Educ*. 2004;38(10):1071-1079. doi:10.1111/j.1365-2929.2004.01956.x
42. Jeffries C, Maeder DW. Using Vignettes To Build and Assess Teacher Understanding of Instructional Strategies. *Prof Educ*. 2005;27:17-28.
43. MacLeod A. Six Ways Problem-Based Learning Cases Can Sabotage Patient-Centered Medical Education. *Acad Med*. 2011;86(7):818-825. doi:10.1097/ACM.0b013e31821db670
44. Krishnan A, Rabinowitz M, Ziminsky A, Scott SM, Chretien KC. Addressing Race, Culture, and Structural Inequality in Medical Education: A Guide for Revising Teaching Cases. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2019;94(4):550-555. doi:10.1097/ACM.0000000000002589
45. Caruso Brown AE, Hobart TR, Botash AS, Germain LJ. Can a checklist ameliorate implicit bias in medical education? *Med Educ*. 2019;53(5):510-510. doi:10.1111/medu.13840
46. The Upstate Bias Checklist: A Checklist for Assessing Bias in Health Professions Education Content. Accessed May 1, 2022. <https://redcap.upstate.edu/surveys/?s=KADLRXK8WE>
47. Office fédéral de la statistique. Nomenclature suisse des professions CH-ISCO-19. Published 2021. Accessed June 20, 2022. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/arbeits-erwerb/nomenclaturen/ch-isco-19.html>

48. Office fédéral de la statistique. Profession exercée (nomenclature CH-ISCO-19) selon le sexe et la nationalité - 1990, 2000, 2010-2020 | Tableau. Office fédéral de la statistique. Published January 24, 2022. Accessed June 20, 2022. <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/20944870>
49. Guiley E, Carvalho Arruda C, Gauthier A, et al. *A l'école du genre: projets professionnels de jeunes en Suisse*. Seismo; Zürich; 2019.
50. FitzGerald C, Hurst S. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Med Ethics*. 2017;18(1):19. doi:10.1186/s12910-017-0179-8
51. Kramer M, Heyligers IC, Könings KD. Implicit gender-career bias in postgraduate medical training still exists, mainly in residents and in females. *BMC Med Educ*. 2021;21(1):253. doi:10.1186/s12909-021-02694-9
52. Salles A, Awad M, Goldin L, et al. Estimating Implicit and Explicit Gender Bias Among Health Care Professionals and Surgeons. *JAMA Netw Open*. 2019;2(7):e196545. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.6545
53. BFEG Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes. Généralités. Accessed June 20, 2022. <https://www.ebg.admin.ch/ebg/fr/home/dokumentation/haeufige-fragen/allgemeines.html>
54. Formanowicz M, Hansen K. Subtle Linguistic Cues Affecting Gender In(Equality). *J Lang Soc Psychol*. 2022;41(2):127-147. doi:10.1177/0261927X211035170
55. Gygax P, Gabriel U, Lévy A, Pool, Grivel, Pedrazzini. The masculine form and its competing interpretations in French: When linking grammatically masculine role names to female referents is difficult. *J Cogn Psychol*. 2012;24:395-408. doi:10.1080/20445911.2011.642858
56. Gygax P. Gender representation in language: More than meets the eye. In : Mishra, R.M. & Srinivasan, N. (eds) *Language & Cognition : State of the Art. ; Lincom Europa (München)*; 2011: page 72-92.
57. Office fédéral de la statistique. Activité professionnelle, tâches domestiques et familiales. Accessed September 1, 2022. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/bevoelkerung/familien/erwerbs-haus-familienarbeit.html>
58. Lecoq T. *Libérées ! le combat féministe se gagne devant le panier de linge sale*. Librairie générale française (Paris); 2019.
59. Cislighi B, Heise L. Gender norms and social norms: differences, similarities and why they matter in prevention science. *Sociol Health Illn*. 2020;42(2):407-422. doi:10.1111/1467-9566.13008
60. Sato S, Gygax PM, Randall J, Schmid Mast M. The leaky pipeline in research grant peer review and funding decisions: challenges and future directions. *High Educ*. 2021;82(1):145-162. doi:10.1007/s10734-020-00626-y
61. Rohden F. Gender differences and the medicalization of sexuality in the creation of sexual dysfunctions diagnosis. *Estud Fem*. 2010;5(SE):0-0.

62. Lau JTF, Kim JH, Tsui HY. Prevalence of male and female sexual problems, perceptions related to sex and association with quality of life in a Chinese population: a population-based study. *Int J Impot Res.* 2005;17(6):494-505. doi:10.1038/sj.ijir.3901342
63. Gómez Berrocal M del C, Vallejo-Medina P, Moyano N, Sierra JC. Sexual Double Standard: A Psychometric Study From a Macropsychological Perspective Among the Spanish Heterosexual Population. *Front Psychol.* 2019;10. Accessed September 1, 2022. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.01869>
64. Wu H, Luo S, Espinosa-Hernández G, Klettner A, White TD, Li H. Relating Gender to Sex: Gendered Attitudes, Sexual Double Standard, Sexual Intentions and Behaviors in two Chinese Adolescent Samples. *J Sex Res.* 2021;58(1):29-40. doi:10.1080/00224499.2019.1695098
65. Kim Y, Lee E, Lee H. Sexual Double Standard, Dating Violence Recognition, and Sexual Assertiveness among University Students in South Korea. *Asian Nurs Res.* 2019;13(1):47-52. doi:10.1016/j.anr.2019.01.003
66. Danube CL, Norris J, Stappenbeck CA, et al. Partner Type, Sexual Double Standard Endorsement, and Ambivalence Predict Abdication and Unprotected Sex Intentions in a Community Sample of Young Women. *J Sex Res.* 2016;53(4-5):601-613. doi:10.1080/00224499.2015.1061631
67. Vander Linden R, Roegiers L. Place du père dans le champ périnatal. *Rev Médecine Périnatale.* 2017;9(4):241-246. doi:10.1007/s12611-017-0428-6
68. Office fédéral de la statistique. Maladies cardiovasculaires. Accessed January 30, 2022. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/krankheiten/herz-kreislauf-erkrankungen.html>
69. Chapman EN, Kaatz A, Carnes M. Physicians and Implicit Bias: How Doctors May Unwittingly Perpetuate Health Care Disparities. *J Gen Intern Med.* 2013;28(11):1504-1510. doi:10.1007/s11606-013-2441-1
70. Leeners B, Akre C, Morselli D, Surís JC, Barrense-Dias Y, Berchtold A. Sexual health and behavior of young people in Switzerland. Published online 2018:116 p. doi:10.16908/ISSN.1660-7104/291
71. PREOS. Rapport du Groupe Santé : Vers l'égalité des chances en matière de santé pour les personnes LGBT: le rôle du système de santé. Published online 2012. Accessed May 24, 2022. https://www.promotionsantevalais.ch/data/documents/PREMIS/Ressources_DOCS/Rsum_cahier_PREOS_sant.pdf
72. Office fédéral de la santé publique. Infections sexuellement transmissibles et hépatites B / C en Suisse en 2020: survol épidémiologique. Published online November 29, 2021. Accessed June 23, 2022. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/mt/p-und-p/hiv-sti-statistiken-analysen-und-trends/hiv-sti-epizahlen-2020.pdf.download.pdf/bu-48-vih-ist-hepbc-2020-fr.pdf>
73. Hostettler S, Kraft E. Statistique médicale 2018 de la FMH: peu de femmes aux postes de cadre. *Bull Médecins Suisses.* 2019;100(12):411-416. doi:10.4414/bms.2019.17687
74. Office fédérale de la statistique. Profils des études de médecine en Suisse. Published online May 2015. Accessed June 22, 2022. <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/342220/master>

75. Richter KP, Clark L, Wick JA, et al. Women Physicians and Promotion in Academic Medicine. *N Engl J Med*. 2020;383(22):2148-2157. doi:10.1056/NEJMsa1916935
76. Kuhlmann E, Ovseiko PV, Kurmeyer C, et al. Closing the gender leadership gap: a multi-centre cross-country comparison of women in management and leadership in academic health centres in the European Union. *Hum Resour Health*. 2017;15(1):2. doi:10.1186/s12960-016-0175-y
77. Ledin A, Bornmann L, Gannon F, Wallon G. A persistent problem. Traditional gender roles hold back female scientists. *EMBO Rep*. 2007;8(11):982-987. doi:10.1038/sj.embor.7401109
78. Hunter L.A., Leahy E. Parenting and research productivity: New evidence and methods; *Social Studies of Science*. 2010;40(3), 433–451. <https://doi.org/10.1177/0306312709358472>
79. Biewen M, Seifert S. Potential parenthood and career progression of men and women a simultaneous hazards approach. Institute of Labor Economics. Discussion Paper No 10050. Published online July 2016. Accessed June 23, 2022. <https://docs.iza.org/dp10050.pdf>
80. Aarntzen L, van der Lippe T, van Steenberghe E, Derks B. How individual gender role beliefs, organizational gender norms, and national gender norms predict parents' work-Family guilt in Europe. *Community Work Fam*. 2021;24(2):120-142. doi:10.1080/13668803.2020.1816901
81. Wille N, Schlup J. La médecine sur la voie de la féminisation. *Bull Méd Suisses*. 2020;101(14):485-489. doi:10.4414/bms.2020.18764
82. Pelley E, Carnes M. When a Specialty Becomes "Women's Work": Trends in and Implications of Specialty Gender Segregation in Medicine. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2020;95(10):1499-1506. doi:10.1097/ACM.0000000000003555
83. Cejka MA, Eagly AH. Gender-stereotypic images of occupations correspond to the sex segregation of employment. *Pers Soc Psychol Bull*. 1999;25(4):413-423. doi:10.1177/0146167299025004002
84. Cohen M, Kiran T. Closing the gender pay gap in Canadian medicine. *Can Med Assoc J*. 2020;192(35):E1011-E1017. doi:10.1503/cmaj.200375
85. Bleeker C, Magdalena S, Follondier C, Sadeghipour S, Bajwa N. Carrière et projets de famille : déterminants des choix des étudiantes et étudiants en médecine. *Revue Médicale Suisse*. Accessed September 3, 2022. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2022/revue-medicale-suisse-790/carriere-et-projets-de-famille-determinants-des-choix-des-etudiantes-et-etudiants-en-medecine>
86. OHCHR | Gender stereotyping. OHCHR. Accessed June 23, 2022. <https://www.ohchr.org/en/women/gender-stereotyping>
87. Brown MEL, Hunt GEG, Hughes F, Finn GM. 'Too male, too pale, too stale': a qualitative exploration of student experiences of gender bias within medical education. *BMJ Open*. 2020 Aug 13;10(8): e039092. doi: 10.1136/bmjopen-2020-039092. PMID: 32792453; PMCID: PMC7430333.
88. Najjar I, Socquet J, Gayet-Ageron A, et al. Prevalence and forms of gender discrimination and sexual harassment among medical students and physicians in French-speaking Switzerland: a survey. *BMJ Open*. 2022;12(1):e049520. doi:10.1136/bmjopen-2021-049520

89. Hill E, Bowman K, Stalmeijer R, Hart J. You've got to know the rules to play the game: how medical students negotiate the hidden curriculum of surgical careers. *Med Educ*. 2014;48(9):884-894. doi:10.1111/medu.12488
90. Monrouxe LV. Identity, identification and medical education: why should we care? *Med Educ*. 2010;44(1):40-49. doi:10.1111/j.1365-2923.2009.03440.x
91. A propos - Service égalité & diversité - UNIGE. Published November 23, 2006. Accessed June 23, 2022. <https://www.unige.ch/rectorat/egalite/notre-service/presentation/>
92. Phelan SM, Burke SE, Hardeman RR, et al. Medical School Factors Associated with Changes in Implicit and Explicit Bias Against Gay and Lesbian People among 3492 Graduating Medical Students. *J Gen Intern Med*. 2017;32(11):1193-1201. doi:10.1007/s11606-017-4127-6
93. Commission fédérale pour la santé sexuelle. Roadmap for eliminating HIV/AIDS in Switzerland. Published online March 2019. Accessed June 22, 2022. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/en/dokumente/mt/p-und-p/eksg/roadmap-elimination-hiv-aids-schweiz-eksg.pdf.download.pdf/roadmap-for-eliminating-hiv-aids-switzerland-fcsh.pdf>
94. Adeponle AB, Groleau D, Kirmayer LJ. Clinician Reasoning in the Use of Cultural Formulation to Resolve Uncertainty in the Diagnosis of Psychosis. *Cult Med Psychiatry*. 2015;39(1):16-42. doi:10.1007/s11013-014-9408-5
95. Audetat Voirol MC. *L'identification et la remédiation des difficultés de raisonnement clinique en médecine*. University of Geneva; 2011. Accessed September 4, 2022. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:113796>
96. Modi JN, Anshu null, Gupta P, Singh T. Teaching and Assessing Clinical Reasoning Skills. *Indian Pediatr*. 2015;52(9):787-794. doi:10.1007/s13312-015-0718-7
97. Zestcott CA, Blair IV, Stone J. Examining the Presence, Consequences, and Reduction of Implicit Bias in Health Care: A Narrative Review. *Group Process Intergroup Relat GPIR*. 2016;19(4):528-542. doi:10.1177/1368430216642029
98. Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. Postpartum depression risk factors: A narrative review. *J Educ Health Promot*. 2017;6:60. doi:10.4103/jehp.jehp_9_16
99. Sophie D. Méthode de Développement Professionnel Continu (DPC) - Vignettes cliniques. Haute Autorité de Santé. Published online 2020:3. Accessed September 4, 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3201597/fr/methode-de-dpc-vignettes-cliniques
100. Kim S, Phillips WR, Pinsky L, Brock D, Phillips K, Keary J. A conceptual framework for developing teaching cases: a review and synthesis of the literature across disciplines. *Med Educ*. 2006;40(9):867-876. doi:10.1111/j.1365-2929.2006.02544.x

8. Annexes

Annexe 1 :

Grille de codage quantitatif

Catégorie	Code	
Genre	Homme Femme Neutre* ¹	
Mention de la profession	Oui Non	
Type de profession* ²	Directeur, cadre dirigeant et gérant Professions intellectuelles et scientifiques Professions intermédiaires Employés de type administratif Personnel des services directs aux particuliers, commerçants et vendeurs Agriculteurs et ouvriers qualifiés de l'agriculture, de la sylviculture et de la pêche Métiers qualifiés de l'industrie et de l'artisanat Conducteurs d'installations et de machines, et ouvriers de l'assemblage Profession élémentaire Travail non spécifié Étudiant·es Femmes au foyer, homme au foyer	
Taux d'occupation	Plein-temps Temps partiel Non spécifié	
Mention de la présence ou l'absence d'enfant	Oui Non	
Mention du statut relationnel	Oui Non	
Proche aidant·e ou accompagnant·e	Homme Femme Parents Non spécifiés Non mentionné	
Professionnel·les de la santé	Médecin	Homme Femme Non spécifié
	Professionnel·les de la santé non médical	Homme Femme Non spécifié
Designation	Garçon / fille Fillette Maladie Nom de famille (+/- prénom) Prénom (Sans le nom de famille)	

	Première personne Petit / jeune Homme / femme Mademoiselle Monsieur / Madame Origine Autre Patient·e Profession
--	---

Annexe 1: Grille de codage quantitative

*1 Le genre neutre a été code lorsque le genre n'a pu être déterminé ou lorsque le/la patient·e est explicitement présenté comme étant masculin OU féminin

*2 Basé sur la classification suisse des professions CH-ISCO.19, formulation non épiciène dans la classification, non modifiée dans notre document

Annexe 2 :

Grille de codage qualitatif

Nom du code	Définition du code	Exemples illustratifs
Info pertinente	Information socio-démographique concernant le patient ou son proche aidant (genre, origine, profession, préférences sexuelles, etc.) qui est pertinente pour la résolution, c'est-à-dire qui apporte une information clinique utile au diagnostic ou à la prise en charge.	Une patiente de 23 ans née à Bangkok pour une réactivation d'une hépatite B Patient de 36 ans, d'origine géorgienne, ayant également vécu en Russie et en Ukraine, séjournant en Suisse depuis 8 mois pour un cas de tuberculose.
Info stéréotypée	Information socio-démographique concernant le patient ou son proche aidant qui n'apporte pas de plus-value clinique à la vignette et qui véhicule une vision stéréotypée du groupe dont provient le patient	Homme avec chondrocalcinose du genou qui s'est fait mal lors d'un stage de tennis => suggère que les hommes sont sportifs
Info positive	Information socio-démographique concernant le patient ou son proche aidant qui n'apporte pas de plus-value clinique mais qui véhicule une image positive d'un groupe souvent stigmatisé	Patient dépendant de substance cadre dans l'humanitaire Femme cadre avec une maladie somatique classique Enfant amené aux urgences par son père
Formulation stigmatisante	Terme ou ensemble de mots employés concernant le patient ou son proche aidant qui génère une vision négative du patient et potentiellement stigmatisante, y compris lorsque le patient est réduit à un diagnostic.	« Mademoiselle K » au lieu de « Madame K » « toxicomane » pour dépendance aux opiacés Patient « tabagique »
Formulation exemplaire	Terme ou ensemble de mots employés concernant le patient ou son proche aidant qui est exprimés de manière respectueuse et attentive à ne pas générer de stéréotype	« Selon ses proches » -> laisse ouvert la place à différent type de proches
Mention de la sexualité	Informations données sur les comportements sexuels du/de la patient·e. Une simple mention d'un couple ne suffit pas	« Après un rapport sexuel avec sa conjointe, il ressent une douleur rétrosternale »

-ces codes doivent être appliqués comme si la vignette était unique. En effet certaines caractéristiques sont problématiques par leur répétition => ceci sera visible avec l'analyse quantitative

-double codage possible ! Ex : femme cadre avec migraines => stéréotype (si une femme est cadre elle en souffre) et pertinent (migraines plus prévalentes chez les femmes)