



---

## ÉQUITÉ ET DIVERSITÉ EN MÉDECINE

---

### RAISON D'ÊTRE

#### DÉFINIR L'ÉQUITÉ ET LA DIVERSITÉ

L'équité s'entend de la façon dont on traite les personnes en reconnaissant leurs différences individuelles et en tenant compte de celles-ci. L'équité dans la profession médicale se rapporte aux occasions qu'une personne, quelles que soient son identité, sa culture et ses caractéristiques, peut saisir pour bâtir et mener une carrière de médecin, ou a la possibilité de recevoir des soins médicaux exempts de discrimination, de harcèlement ou de tout autre préjugé ou obstacle lié à la culture ou à une caractéristique individuelle. La diversité est faite de ce qui distingue les personnes dans leurs interactions les unes avec les autres. Ces spécificités se manifestent dans la pratique, l'apprentissage et différents contextes sociaux. Par diversité, nous entendons les caractéristiques (observables ou non) constituées – et parfois choisies – par les individus, les groupes et les sociétés pour s'identifier (p. ex., âge, culture, langue, genre, sexualité, santé, habiletés cognitives, statut socioéconomique) dans divers contextes, potentiellement utilisées pour les comparer à d'autres dans ces contextes. Bien que l'identité influence les perspectives et les approches, cela ne signifie pas que ces dernières seront les mêmes pour toutes les personnes qui partagent certaines caractéristiques précises.

Dans un cadre d'équité et de diversité, l'inclusion sert parfois à décrire des stratégies employées pour accroître la capacité d'une personne à contribuer pleinement et efficacement aux structures et aux processus organisationnels. Les stratégies d'inclusion sont des pratiques organisationnelles bien définies visant à intégrer de façon équitable des personnes issues de la diversité dans les processus décisionnels. Ainsi, l'inclusion est au carrefour de l'équité et de la diversité, qui sont des principes directeurs.

#### CONTEXTE

L'équité et la diversité en médecine sont au cœur d'une importante discussion d'actualité pour les professionnels de la santé et les patients. La profession médicale comporte des occasions et des obstacles pour toute personne qui souhaite en devenir membre. Toutefois, à l'heure actuelle, les possibilités qui s'offrent à une personne donnée ne dépendent pas uniquement de ses compétences, mais aussi de bien d'autres aspects identitaires et de caractéristiques personnelles, culturelles et liées au passé, qui se perpétuent parfois de génération en génération. Le rôle premier du médecin, c'est-à-dire de prendre soin des patients et de la société, est aussi influencé par ces notions complexes et interreliées. Avec la diversification de la population canadienne<sup>1</sup>, la profession médicale devrait s'adapter en se diversifiant. Pour ce faire, elle devra améliorer l'accès de tous les groupes à la profession et leur offrir la possibilité de réaliser tout leur potentiel. L'établissement de la diversité et de l'équité

entraînera des avantages pour les soins directs aux patients, la santé et le bien-être des médecins, et pour le cœur même de la profession<sup>2-4</sup>.

L'équité dans la profession médicale se rapporte aux occasions qu'une personne, quelles que soient son identité, sa culture et ses caractéristiques, peut saisir pour bâtir et mener une carrière de médecin sans faire face à de la discrimination, à du harcèlement ou à tout autre préjugé culturel ou lié à la diversité. La diversité peut être associée à différentes notions, notamment à la race, à l'origine nationale ou ethnique, à la couleur, à la religion, au sexe, au genre, à la sexualité (y compris à la communauté LGBTQ2), à l'âge, au handicap, au statut socioéconomique, à la situation géographique (p. ex., urbaine ou rurale), ou à la santé physique ou mentale. L'équité est atteinte lorsque toutes les personnes ont les moyens et l'appui nécessaires pour avoir les mêmes chances d'être médecin que des personnes qui ont déjà accès à ces ressources. Il y a actuellement beaucoup de sources d'iniquités auxquelles on doit remédier dans la société et dans la profession médicale.

Les données disponibles indiquent que les mesures nécessaires pour s'attaquer aux problèmes d'équité devraient être mises en œuvre dans les environnements de formation et de pratique. Le présent document contextuel explorera les principaux éléments de la formation et de la pratique qui font obstacle à l'équité et à la diversité en médecine, ainsi que des exemples de progrès en cours pour soutenir ces valeurs.

## **ATTEINDRE L'ÉQUITÉ ET LA DIVERSITÉ DANS LA PROFESSION**

### ***Formation (recrutement, persévérance et enseignement)***

Les nombreux aspects de la formation médicale – recrutement, formation, choix d'une spécialité, obtention d'une résidence et persévérance – comportent tous des iniquités pour certaines personnes et certaines communautés. Les personnes présentant plus d'un déterminant de diversité ou d'iniquité sont souvent exposées à des défis qui s'ajoutent les uns aux autres<sup>5, 6</sup>.

Plusieurs programmes à l'étranger ont tenté d'élargir le recrutement en médecine en adoptant l'approche de type pipeline pour les demandes d'admission; une stratégie prometteuse, mais dont les résultats sont mitigés. Une étude rétrospective d'un programme de longue date de développement de la formation médicale à l'Université de la Caroline du Nord a montré que le programme intensif entraînait des taux élevés d'admission en médecine et d'obtention du diplôme<sup>7</sup>. Une autre étude sur des étudiants issus de minorités et faisant partie du programme *Undergraduate Science Students Together Reaching Instructional Diversity and Excellence* (USSTRIDE) a montré que malgré des moyennes cumulatives comparables et des résultats inférieurs au *Medical College Admission Test* (MCAT), comparativement à des étudiants ne faisant pas partie du programme USSTRIDE, le taux d'admission des étudiants du programme était beaucoup plus élevé<sup>8</sup>. Des données limitées indiquent également qu'un cadre d'admissions qui adopte une approche holistique pour l'évaluation des personnes à inviter aux entrevues de la faculté de médecine entraîne un bassin de candidatures plus diversifié et plus inclusif des groupes sous-représentés<sup>9</sup>.

Un des obstacles ciblés dans l'approche de type pipeline est le besoin d'offrir une bonne flexibilité afin que les étudiants prometteurs ne se voient pas refuser l'accès ou ne quittent pas prématurément le programme<sup>10</sup>. Cette flexibilité peut s'appliquer au type de programme offert. Par exemple, une étude sur les demandes d'admission en médecine présentées par des étudiants issus de minorités sous-

représentées ou de milieux défavorisés a montré que ces personnes choisissaient davantage des programmes de médecine avec spécialité de maîtrise axée sur l'équité en santé plutôt que le programme régulier de médecine. Ce type de programmes pourrait attirer davantage de personnes issues de la diversité et, éventuellement, mener à un plus grand nombre de médecins travaillant auprès de communautés mal servies<sup>11</sup>. En fait, les études qui s'intéressent aux disparités géographiques en santé ont clairement montré que le passé et l'expérience de vie d'un diplômé en médecine sont étroitement liés à sa décision de travailler ou non dans des milieux mal servis<sup>12</sup>.

Parmi les étudiants qui parviennent à la résidence, on observe des taux d'abandon plus élevés dans certaines spécialités. Aux États-Unis, par exemple, les statistiques révèlent plus d'abandons en médecine d'urgence chez les femmes et les médecins résidents latinos et hispaniques<sup>13</sup>. Selon une étude fondée sur des données liées, le nombre de personnes noires qui se spécialisent en chirurgie plastique a diminué, malgré une augmentation du nombre de personnes noires diplômées en médecine ou déposant leur candidature pour une résidence en chirurgie plastique<sup>14</sup>. Les auteurs de ces deux études se sont demandé si ces groupes étaient exposés à des obstacles à l'inclusion allant au-delà de ceux examinés dans le cadre de leurs travaux. Peu d'études exposent la situation actuelle au Canada; toutefois, les tendances observées dans des pays de comparaison indiquent le besoin de recueillir des données pour constater les points faibles de notre système à cet égard.

Malgré une plus grande représentation des femmes en médecine – aujourd'hui, près de la moitié de tous les médecins du Canada sont des femmes<sup>15</sup> –, les données révèlent que celles-ci sont confrontées à des obstacles fondés sur la culture lorsqu'elles aspirent à choisir certaines spécialités médicales, où elles sont sous-représentées par rapport aux tendances générales. Ce décalage est particulièrement évident dans les spécialités chirurgicales, où la formation est considérée comme incompatible avec la grossesse ou l'éducation des enfants<sup>16</sup>. Dans l'ensemble de la profession, les femmes sont souvent encouragées à choisir des cheminements de carrière considérés comme plus favorables à l'équilibre entre leur vie personnelle et leur vie professionnelle, une situation qui démontre une absence d'équité des genres. Comme une étudiante en médecine en a témoigné : « Je ne peux même pas vous dire combien de fois on m'a dit que c'était un bon choix de carrière pour une femme »<sup>17</sup>.

Finalement, pour ce qui est de la formation, une étude auprès d'étudiants en médecine a révélé que la majorité d'entre eux ne jugeaient pas nécessaire de comprendre la culture du patient et les enjeux qui y sont liés pour lui offrir des soins efficaces. Les étudiants n'étaient pas non plus conscients de leurs propres préjugés culturels<sup>18</sup>. Cette méconnaissance de ses préjugés personnels et le rôle de la sensibilité culturelle dans la prestation de soins ont été mis en évidence dans une autre importante étude, qui a montré que bien que les professionnels de la santé croyaient avoir les compétences pratiques et les connaissances culturelles pour traiter des patients issus de minorités, beaucoup d'entre eux n'avaient pas une formation suffisamment précise sur le sujet et ne sont pas parvenus à reconnaître les enjeux systémiques plus larges comme le racisme, les déséquilibres de pouvoir, les préjugés culturels intégrés chez les personnes qui ne sont pas issues d'une minorité et le besoin de reconnaître ses préjugés personnels<sup>19</sup>. Ces résultats concordent avec l'expérience rapportée par les Autochtones du Canada lorsqu'ils reçoivent des soins<sup>20</sup>, ce qui montre clairement le besoin de formation sur la sécurité et la compétence culturelle<sup>21, 22</sup>. D'autres efforts visent à mieux comprendre les obstacles auxquels font face les personnes ayant une déficience physique ou mentale lorsqu'elles participent à de la recherche en santé<sup>23</sup>. Cette étude, ainsi que d'autres, a révélé que les programmes fondés sur l'expérience seraient beaucoup plus efficaces que les cours théoriques pour former les médecins en matière de sensibilité et

de sécurité culturelles<sup>24, 25</sup>. De plus, une étude sur l'utilisation des informations raciales et génomiques par le personnel infirmier a montré que les personnes qui avaient un plus haut niveau d'éducation se comportaient davantage comme celles issues de minorités. Ceci indique que la formation reçue durant les années d'études supplémentaires pourrait être responsable de l'utilisation accrue d'informations liées à la race, y compris à l'ascendance génétique, dans les soins prodigués<sup>26</sup>.

### **Civilité**

Trop souvent, la recherche étudiant la communication entre pairs chez les médecins qui s'identifient comme présentant un déterminant de diversité conclut qu'elle est de faible qualité. Une étude réalisée auprès de médecins formés à l'étranger et qui pratiquent au Canada a révélé qu'ils attribuent le plus souvent la discrimination à leurs collègues médecins<sup>27</sup>. De plus, une analyse de la littérature sur l'intimidation, la dévalorisation et le harcèlement dans les spécialités chirurgicales a montré que ces comportements étaient répandus<sup>28</sup>. Les femmes seraient aussi fréquemment victimes de discrimination, de harcèlement et de manque de respect de la part de pairs et de médecins expérimentés<sup>29, 30</sup>. Cet aspect de la culture professionnelle serait encore souvent toléré envers elles dans les environnements de formation et de pratique<sup>31, 32, 33</sup>. Une étude d'intervention décennale dans une faculté universitaire californienne en sciences de la santé a montré la persistance de beaucoup de ces comportements au sein de la culture professionnelle. Malgré le succès des mesures prises pour augmenter la représentation des groupes marginalisés dans la faculté, aucun changement n'a été observé 10 ans plus tard dans les taux rapportés d'intimidation, de comportements à caractère sexuel importuns et de comportements qui peuvent nuire aux soins des patients<sup>34</sup>.

## **ATTEINDRE L'ÉQUITÉ ET LA DIVERSITÉ DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ**

### ***Environnement de travail (préjugés, discrimination, harcèlement et iniquité salariale)***

Bien que des efforts continus soient faits pour faire augmenter la représentation de groupes marginalisés au sein de la profession médicale, les préjugés et la discrimination à l'échelle individuelle et systémique continuent de constituer des obstacles à l'avancement, à la santé et à la subsistance de nombreuses personnes. Une récente étude du National Health Service (NHS) sur des organismes de santé au Royaume-Uni a indiqué une hausse des taux de discrimination envers les minorités et une incapacité à promouvoir ces personnes dans des postes de gestion<sup>35</sup>. Les femmes médecins sont aussi victimes de certains comportements associés à leur genre, dont les agressions sexuelles et le harcèlement, comportements signalés par 30 % des femmes médecins et des apprenantes dans leur environnement de travail ou de formation. Près de la moitié de ces femmes ont indiqué que ces incidents ont eu des répercussions négatives sur l'avancement de leur carrière<sup>33, 36-38</sup>. Selon une autre étude, 51 % des femmes et 31 % des hommes avaient signalé être victimes de discrimination dans leur milieu de travail. Ainsi, on ne peut pas dire que la discrimination chez les médecins est un phénomène inhabituel.

L'iniquité salariale est une autre manifestation des préjugés culturels. Le NHS au Royaume-Uni a fourni des données de 2017 sur la marginalisation raciale ou ethnique au sein de la profession médicale. Bien que la plupart des différences soient petites, surtout chez les groupes de médecins plus jeunes<sup>39</sup>, l'écart salarial pour les médecins consultants issus d'une minorité sous-représentée était d'environ 5 %<sup>40</sup>. Pour les autres professionnels de la santé, les données sont beaucoup plus évidentes : les professionnels issus de minorités ethniques ou raciales gagnent systématiquement moins que leurs homologues caucasiens<sup>39</sup>. Il est important de noter qu'il s'agit d'un enjeu complexe et que d'autres études seront

requis. Toutefois, les données sur l'iniquité fondée sur le genre sont un exemple plus clair du phénomène. Les femmes médecins ont un salaire annuel moyen en soins primaires et en soins spécialisés moins élevé que les hommes (écarts de 16 % et de 37 %, respectivement)<sup>41, 42</sup>. Plusieurs études ont montré que les iniquités salariales persistent même lorsqu'on tient compte de divers facteurs comme la région, l'expérience, la participation à des essais cliniques, le nombre de publications, la spécialité, l'âge, le nombre d'heures de travail et les caractéristiques de la pratique<sup>43-46</sup>. Comme expliqué dans le document de discussion conjoint de l'AMC et de la FFMC de 2019 sur l'iniquité et la diversité dans la profession médicale, le système de rémunération canadien actuel pourrait désavantager les femmes médecins qui ne sont pas compensées financièrement pour les heures supplémentaires passées auprès des patients plutôt qu'à effectuer des tâches procédurales, typiquement associées aux spécialités à prédominance masculine<sup>52, 47, 48, 49</sup>.

### ***Leadership des médecins (maintien en poste, avancement professionnel et occasions d'exercer du leadership)***

Les stéréotypes et les attentes concernant les hommes et les femmes médecins continuent d'influencer négativement l'embauche, le maintien en poste, l'avancement professionnel<sup>50-52</sup>, et le cheminement de carrière<sup>17, 53</sup>. Les données montrent clairement qu'un faible avancement professionnel et que les perceptions négatives de la collégialité en milieu de travail nuisent à la satisfaction par rapport à la carrière<sup>54</sup>, et à la santé et au bien-être des médecins<sup>51, 55</sup>.

Comme cela a été mentionné précédemment, même si l'augmentation de la diversité chez les étudiants en médecine est une étape fondamentale pour réduire les stéréotypes et modifier les pratiques d'embauche, la création de conditions qui favorisent le maintien en poste et l'avancement professionnel des médecins est beaucoup plus complexe. Une série d'éléments clés pour la réussite des minorités sous-représentées a récemment été publiée par l'Initiative de recherche universitaire sur la diversité en pédiatrie (*Research in Academic Pediatrics Initiative on Diversity–RAPID*) du Comité consultatif national des États-Unis. Ces éléments représentent certains des défis associés à l'établissement de l'équité en médecine. Les éléments clés pour la réussite de RAPID, qui peuvent seulement être mis en œuvre grâce au soutien des établissements, sont entre autres « d'avoir plusieurs mentors, de rédiger beaucoup, d'être très persévérant, d'avoir des mentors qui se consacrent à vous, de travailler avec des familles qui refusent que vous traitiez leur enfant en raison de votre race ou de votre ethnie et d'essayer de comprendre les raisons derrière leur refus pour en discuter avec des collègues, de rechercher des occasions de financement non traditionnelles, d'équilibrer le temps accordé au travail en comité et le temps nécessaire à la publication de travaux d'érudition et à l'avancement professionnel, et de demander toutes les ressources nécessaires lorsque vous négociez pour de nouveaux postes »<sup>56</sup>. Les responsabilités domestiques des mères médecins, qui sont généralement importantes<sup>42, 57-61</sup>, ne sont souvent pas reconnues et les rend plus vulnérables à une exclusion de la prise de décisions administratives (un phénomène appelé « plafond de mère »)<sup>62</sup>. Le fait d'avoir de bons mentors expérimentés a aussi été ciblé dans le cadre d'une solution à plusieurs volets pour augmenter le nombre de femmes médecins occupant des postes de leadership<sup>63, 64</sup>. Dans le système canadien de formation en médecine en 2018, les femmes occupaient respectivement 46 %, 37 % et 22 % des postes d'assistantes, de professeures agrégées et de professeures titulaires<sup>65</sup>. Pour l'ensemble de ces postes, c'est une augmentation d'environ 3 % qui a été enregistrée depuis 2010, la première année où ces données genrées ont été recueillies. Comme mentionné précédemment, l'incidence des préjugés ancrés dans la culture et des cas évidents de harcèlement ne devrait pas être sous-estimée lorsque l'on recherche les

causes de la représentation moindre des femmes et d'autres groupes marginalisés à des postes d'influence.

L'élaboration et la mise en œuvre de programmes et de ressources visant à promouvoir les compétences et les occasions des groupes marginalisés ou sous-représentés une fois qu'ils ont fait leur entrée dans la profession sont des mesures qui demandent beaucoup d'engagement de la part des organisations et des établissements désireux d'augmenter la diversité dans leur cohorte de médecins et l'équité dans leurs stratégies de recrutement et de maintien en poste des professionnels de la santé. Par ailleurs, la recherche montre que les personnes exposées aux plus grandes iniquités sont celles qui ont le moins de chance d'être capables de profiter de ces nouvelles occasions.

Pour ce qui est des médecins qui souhaitent enseigner et pratiquer dans des établissements de santé universitaires, une étude rétrospective examinant le lien entre les activités de recherche des stagiaires en médecine (premier cycle, faculté de médecine et résidence) et les postes éventuels en faculté a révélé que ces activités de recherche, de même que la publication d'articles, la réussite universitaire et les objectifs de carrière, étaient des facteurs importants pour expliquer l'effet de la race ou de l'ethnie sur l'obtention de postes en faculté<sup>66</sup>. Dans le même ordre d'idée, une étude longitudinale entre 2005 et 2015 de la Faculté des sciences de la santé de l'Université de Californie à San Diego offre de l'information sur des méthodes efficaces pour accroître la représentation des groupes marginalisés au sein des facultés<sup>34</sup>. Voici certains exemples d'interventions : changements dans les politiques (comme des accommodations pour les familles), nouveaux programmes de développement à la faculté (dont de la formation obligatoire sur les préjugés), et évaluation des données démographiques et du climat perçus à la faculté. Grâce à ces méthodes, le pourcentage de femmes et de personnes appartenant à une minorité visible dans les facultés a augmenté, et des améliorations minimales ont été observées dans la culture professionnelle, notamment une diminution des commentaires désobligeants, des blagues inappropriées et des accès de colère.

## **ATTEINDRE L'ÉQUITÉ ET LA DIVERSITÉ DANS NOS COMMUNAUTÉS DE SERVICE**

### ***Diversité des effectifs***

Selon les données disponibles, les effectifs médicaux canadiens ne refléteraient pas la diversité des patients qu'ils servent<sup>15, 38</sup>. Cet écart est pertinent, car il a été avancé, preuves à l'appui, que le bon développement des compétences sociales et culturelles d'une personne passe par la diversité des effectifs médicaux eux-mêmes<sup>4, 38</sup>.

La diversification de la profession médicale semble jouer un rôle dans l'amélioration de l'accès et de l'expérience des patients issus de la diversité, et aurait des ramifications importantes en matière de conditions socioéconomiques et de sécurité culturelle. Une étude américaine a par exemple montré que les médecins de famille provenant d'une minorité ethnique ou raciale ont un nombre disproportionnellement élevé de patients provenant aussi de minorités ethniques ou raciales (54 %) ainsi que de patients allophones (70 %)<sup>4</sup>. Une autre étude américaine portant sur l'utilisation autodéclarée par le personnel infirmier de facteurs raciaux dans les évaluations cliniques a révélé que le personnel infirmier issu de minorités était significativement plus susceptible que leurs homologues caucasiens d'utiliser ces facteurs pour discerner les besoins de leurs patients<sup>26</sup>.

### ***Soins aux patients***

Le fait que les groupes ethniques marginalisés indiquent devoir être extrêmement vigilants lorsqu'ils naviguent dans les systèmes de santé s'ils veulent recevoir des soins de haute qualité<sup>67</sup> illustre bien la perception et l'expérience actuelles de ces groupes quand ils interagissent avec des fournisseurs et des établissements de soins. Dans une étude, les deux tiers des médecins et étudiants en médecine ont reconnu que les préjugés influencent les décisions de soins des patients membres d'une minorité<sup>68</sup>. Ce résultat est pertinent : les personnes qui vivent des préjugés et de la discrimination ont des résultats de santé inférieurs à ceux des personnes qui n'en vivent pas<sup>69</sup>. En contexte de soins, les facteurs qui mènent à des interactions négatives avec les médecins ne sont pas nécessairement les manifestations visibles d'ethnicité et de culture, mais plutôt, comme l'a montré une vaste étude récente, le niveau d'éducation et les compétences linguistiques des patients<sup>70</sup>. Une autre grande étude américaine appuie la conclusion que la langue est un aspect important de la diversité dans le contexte médical, puisque les patients s'exprimant principalement dans une langue autre que l'anglais donnaient presque toujours des notes plus faibles pour leur expérience d'hospitalisation. Cette étude a aussi montré que ces patients donnaient aussi souvent des notes plus faibles pour leur expérience globale à l'hôpital, ce qui pourrait être dû à des obstacles à l'accès ou à des choix fondés sur des motifs linguistiques ou culturels des patients<sup>71</sup>. Les fournisseurs qui offrent des soins de qualité aux populations issues de la diversité sont confrontés à certaines difficultés, selon une étude : manque de connaissance des ressources existantes (le cas échéant), ressources sous-optimales, formation limitée sur la compétence culturelle, manque de diversité des effectifs, manque de programmes communautaires et mauvaise prise en charge des patients incapables de formuler clairement leurs besoins<sup>72</sup>.

Comme l'indique la section sur la formation, la vaste majorité des données révèlent qu'une bonne compréhension des facteurs culturels et des autres déterminants personnels, ainsi que la prise de conscience de ses préjugés, aide les médecins et les établissements à créer une culture professionnelle accueillante pour tous les participants et sensible à la communauté recevant les services<sup>73, 74</sup>. C'est aussi ce qu'indiquent les recherches en cours; la concordance raciale dans la relation patient-fournisseur de soins est souvent bénéfique, bien que l'association avec une satisfaction accrue quant aux soins fournis varie selon les groupes ethniques<sup>75</sup>. Cet effet pourrait être en partie le reflet d'un style de communication naturellement empathique employé par les personnes qui partagent des caractéristiques culturelles. Comme le montre un volume croissant de données, tout médecin peut employer ce style et en tirer des résultats positifs pour ses patients. Par exemple, deux études ont montré que, quand cette approche était adoptée par les femmes médecins qui traitent des patients issus de la diversité, les patients étaient plus satisfaits et suivaient davantage les interventions préventives et curatives – ce qui atteste bien qu'une relation de confiance bâtie par une communication empathique a des effets positifs sur les soins aux patients<sup>76, 77</sup>. Puisque ce domaine d'étude est encore émergent, il est important de l'encourager et d'en parrainer la recherche, ainsi que la recherche sur les autres sujets associés à la diversité en santé, pour mettre en lumière les pratiques exemplaires et les options de formation continue pour les médecins en début de carrière et les médecins d'expérience afin de réduire les écarts et d'offrir les meilleurs soins possible aux patients.

## **SUSCITER UN ÉLAN FAVORABLE À L'ÉQUITÉ ET À LA DIVERSITÉ**

L'amélioration de l'équité et de la diversité dans les effectifs médicaux a des conséquences positives sur l'adaptation du système et les soins aux patients, mais de nombreux obstacles devront être franchis pour que la profession puisse avancer. Pour l'instant, l'élan favorable à l'équité et à la diversité en médecine semble toucher principalement le milieu universitaire et la recherche, mais le paysage change

rapidement. Par exemple, dans le mouvement pour l'équité entre les genres, il y a eu un nombre croissant d'initiatives, de cours de leadership et d'occasions de sensibilisation, surtout ces dernières années. Ces efforts visent souvent à stimuler le dialogue et le soutien, quoique certains tentent de s'attaquer à des disparités persistantes caractéristiques, comme celles en lien avec le financement ou la représentation au sein du leadership universitaire<sup>78, 79</sup>. On s'attend aussi à des changements aux politiques des établissements touchant les aspects d'équité entre les genres, notamment à la mise en œuvre d'interventions qui fourniraient des ressources aux stagiaires et établiraient des attentes claires pour le corps professoral<sup>80</sup>.

Un nombre croissant de lignes directrices, de politiques et de programmes s'attaquent à certaines des disparités dans la diversité globale<sup>3, 78, 79, 81</sup>. En outre, les mouvements visant à mieux établir l'équité et la diversité dans les études en médecine et en matière de professionnalisme sont en expansion<sup>81-83</sup>. Ces changements, qui touchent les politiques, la structure organisationnelle et le contenu des programmes, forment un cadre appuyant l'équité. Cependant, pour que les choses bougent réellement, ces changements devront être systémiques<sup>3, 84</sup>. Certains demandent maintenant que les lois et règlements officiels corrigent les iniquités systémiques et que des mesures facilitant le changement de culture à l'échelle des organisations, ainsi que le perfectionnement professionnel des personnes, soient mises en place<sup>85</sup>. Les cadres, juridiques ou autres, s'attaquant aux iniquités ne devraient pas seulement être centrés sur l'évaluation des résultats externes, comme la population servie et les résultats connexes, mais devraient aussi évaluer ce qui peut être changé dans la culture organisationnelle et s'appliquer à de nombreux contextes présents dans les grands établissements et systèmes<sup>86</sup>.

Des formations sur la compétence culturelle et des domaines d'iniquité précis ont aussi été réclamées<sup>73, 87-89</sup>. Il existe une poussée vers l'offre d'exposition et d'apprentissage longitudinal dans ces domaines afin de réduire les obstacles pour les patients et de maintenir l'élan<sup>89</sup>. Un important thème qui ressort est le fait que les programmes expérientiels donnent une meilleure compréhension dans un cadre de formation en compétence culturelle, et que les personnes issues de groupes marginalisés peuvent être mieux incluses par ces efforts de mobilisation à long terme et par l'accès personnalisé à des mentors et à des ressources<sup>90, 91</sup>. Cela dit, il faudra que les programmes d'études et de résidence en médecine changent de façon définitive pour que la culture devienne plus inclusive. Dans cette optique, la compétence culturelle dont ont besoin les formateurs en médecine pour favoriser l'équité et la diversité a récemment été résumée pour comprendre des aspects comme l'introspection critique sur les préjugés personnels et culturels, la communication non discriminatoire, l'empathie pour les personnes issues de la diversité, la compréhension de l'intersectionnalité, la connaissance des déterminants ethniques et sociaux de la santé, la capacité de comprendre les contextes socioculturels et de les communiquer aux étudiants, et la capacité à susciter et à encourager la participation de tous les étudiants<sup>73</sup>.

La littérature scientifique présente un certain nombre de recommandations et de voies à suivre supplémentaires. La principale recommandation est que des données de haute qualité sont nécessaires pour évaluer le point de départ de tout milieu et l'efficacité de toute intervention. Cela comprend les données relatives à l'équité des organisations et des établissements, mais cela témoigne aussi du besoin d'outils d'évaluation normalisés<sup>92-94</sup>. L'administration, l'évaluation des processus et la formation doivent aussi être prises en compte dans les programmes, les cadres et les politiques touchant l'équité<sup>95</sup>. Un leadership engagé et stratégique est probablement essentiel à la viabilité des mesures visant à repérer et à éliminer les iniquités et les obstacles dans les établissements<sup>96</sup>. Il faut préciser qu'il est difficile d'évaluer l'incidence des programmes dans ce domaine en raison de la nature complexe et



multidimensionnelle de l'équité dans la culture médicale; il est donc important d'adopter une perspective intégrée à l'égard de ces nombreuses dimensions et d'agir de façon concertée sur plusieurs niveaux du système<sup>84</sup> afin de transformer cet élan favorable en résultats concrets.

## GLOSSAIRE

### *Sensibilité culturelle*

Pour un fournisseur de soins de santé, la sensibilité culturelle est la capacité de comprendre la manière dont les valeurs et les perceptions des membres de la communauté quant aux soins de santé diffèrent des siennes propres<sup>97</sup>. Les préjugés implicites y sont liés : les personnes agissent selon des schémas internes dont elles sont inconscientes et qui les poussent souvent à adopter des comportements discriminatoires sans en avoir l'intention<sup>2</sup>. Cette tendance est fréquemment associée à des différences culturelles.

### *Compétence culturelle*

Comme l'a définie l'Association of American Medical Colleges, « la compétence culturelle et linguistique est un ensemble de comportements, de connaissances, d'attitudes et de politiques interreliées rassemblés au sein d'un système, d'une organisation ou d'un groupe de professionnels, qui permet de travailler efficacement en contexte interculturel ». La « culture » correspond à un ensemble intégré de comportements humains pouvant inclure la langue, les pensées, les actions, les mœurs, les croyances et les institutions de groupes raciaux, ethniques, sociaux ou religieux. Pour être compétent, il faut être capable de fonctionner efficacement en tant qu'individu ou qu'organisation en naviguant parmi les croyances, les pratiques culturelles et les besoins des patients et des communautés<sup>98</sup>.

### *Sécurité culturelle*

M<sup>me</sup> Williams définit la sécurité culturelle comme l'existence d'un environnement sécuritaire sur les plans spirituel, social, émotionnel et physique pour les personnes, et dans lequel elles ne font pas face à des abus ou à une non-reconnaissance de leur identité, de ce qu'elles sont et de ce dont elles ont besoin. C'est un environnement de respect, de vision, de connaissance et d'expérience d'apprentissage partagés<sup>99</sup>. Dans le milieu des soins, la sécurité culturelle exige d'examiner la compétence culturelle pour comprendre les limites des compétences, des connaissances et des attitudes des fournisseurs de soins envers les patients. Au Canada, cette démarche requiert, entre autres, une compréhension postcoloniale des disparités et des iniquités en santé au sein des Premières Nations, des Inuits et des Métis obtenue par l'analyse des effets du colonialisme sur la vie des Autochtones<sup>100</sup>.

### *Handicap ou déficience*

Selon l'Organisation mondiale de la santé, « handicap » est « un terme générique désignant les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation. Il renvoie aux aspects négatifs de l'interaction entre un individu atteint d'un problème de santé (comme l'infirmité motrice cérébrale, le syndrome de Down ou la dépression) et les facteurs personnels et environnementaux (comme les attitudes négatives, l'inaccessibilité du transport et des bâtiments publics, et des soutiens sociaux limités) »<sup>101</sup>. Le handicap est effectivement un phénomène complexe, dont la perception varie sur le plan individuel, et qui dénote une interaction entre le corps ou l'esprit d'une personne et les caractéristiques de la société dans laquelle elle vit<sup>102</sup>.

### *Diversité*

La diversité fait référence aux différences entre les personnes, particulièrement dans le contexte socioculturel au sens large. L'article 15 de la *Charte canadienne des droits et libertés* précise que ces différences se rapportent à la race, à l'origine nationale ou ethnique, à la couleur, à la religion, au sexe, à l'âge ou à des déficiences mentales ou physiques<sup>103</sup>. Toutefois, la définition de la diversité peut

également inclure d'autres aspects comme le genre, la sexualité (LGBTQ2+), le statut socioéconomique, la région urbaine ou rurale ou l'éducation, ainsi que les différences neurologiques qui ne sont pas toujours considérées comme des déficiences (neurodiversité).

### *Équité*

L'équité s'entend de la façon dont on traite les personnes en reconnaissant leurs différences individuelles et en tenant compte de celles-ci. Elle fait également référence à la situation dans laquelle tous les membres de la société ont des chances égales d'être actifs socialement, d'exercer une influence politique et de contribuer à l'économie. L'équité est donc l'absence de différences injustifiées et évitables entre divers groupes de personnes – qu'ils soient définis sur le plan social, économique, démographique ou géographique – dans l'accès à ces chances<sup>104</sup>.

### *Marginalisation*

On peut définir sommairement la marginalisation comme « un état et un processus qui empêche la participation pleine et entière de personnes et de groupes dans la vie sociale, économique et politique à laquelle participe la société en général »<sup>105</sup>. Par conséquent, on peut dire que les personnes ou les groupes marginalisés sont victimes d'iniquités.

## RÉFÉRENCES

1. Immigration et diversité ethnoculturelle au Canada. Ottawa : Statistique Canada; 2011.
2. Pritlove C, Juando-Prats C, Ala-Leppilampi K, Parsons JA. The good, the bad, and the ugly of implicit bias. *Lancet*. 2019; vol. 393, n° 10171 : p. 502-504.
3. Attiah MA. The new diversity in medical education. *N Engl J Med*. 2014; vol. 371, n° 16 : p. 1474-1476.
4. Marrast LM, Zallman L, Woolhandler S, Bor DH, McCormick D. Minority physicians' role in the care of underserved patients : diversifying the physician workforce may be key in addressing health disparities. *JAMA Intern Med*. 2014; vol. 174, n° 2 : p. 289-291.
5. Weeks WB, Wallace TA, Wallace AE. How do race and sex affect the earnings of primary care physicians? *Health affairs (Project Hope)*. 2009; vol. 28, n° 2 : p. 557-566.
6. Weeks WB, Wallace AE. Race and gender differences in general internists' annual incomes. *Journal of General Internal Medicine*. 2006; vol. 21, n° 11 : p. 1167-1171.
7. Keith L, Hollar D. A social and academic enrichment program promotes medical school matriculation and graduation for disadvantaged students. *Education for Health (Abingdon, Angleterre)*. 2012; vol. 25, n° 1 : p. 55-63.
8. Bodenhamer S, Owen JR, Gunderson M, Campbell KM, Berne-Anderson T, Wang A, et coll. USSTRIDE program is associated with competitive Black and Latino student applicants to medical school. *International Journal of Psychiatry dans : Medicine Medical Education Online*. 2014; vol. 19 : p. 24200.
9. Harrison LE. Using holistic review to form a diverse interview pool for selection to medical school. *Baylor University Medical Center Proceedings*. 2019; vol. 32, n° 2 : p. 218-221.
10. Upshur CC, Wrighting DM, Bacigalupe G, Becker J, Hayman L, Lewis B, et coll. The Health Equity Scholars Program : Innovation in the Leaky Pipeline. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*. 2018; vol. 5, n° 2 : p. 342-350.
11. Bailey JA, Willies-Jacobo LJ. Are disadvantaged and underrepresented minority applicants more likely to apply to the program in medical education-health equity? *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*. 2012; vol. 87, n° 11 : p. 1535-1539.
12. Graber-Naidich A, Carter MW, Verter V. Restructuring the resident training system for improving the equity of access to primary care. *European Journal of Operational Research*. 2017; vol. 258, n° 3 : p. 1143-1155.
13. Lu DW, Hartman ND, Druck J, Mitzman J, Strout TD. Why Residents Quit : National Rates of and Reasons for Attrition Among Emergency Medicine Physicians in Training. *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health*. 2019; vol. 20, n° 2 : p. 351-356.
14. Parmeshwar N, Stuart ER, Reid CM, Oviedo P, Gosman AA. Diversity in Plastic Surgery : Trends in Minority Representation among Applicants and Residents. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2019; vol. 143, n° 3 : p. 940-949.
15. Fiche de renseignements : Tendances selon le sexe dans le cadre de la formation médicale postdoctorale au Canada. Ottawa : Répertoire canadien sur l'éducation post-M.D. (RCEP). 2018; le 20 juillet 2018.
16. Sandler BJ, Tackett JJ, Longo WE, Yoo PS. Pregnancy and Parenthood among Surgery Residents : Results of the First Nationwide Survey of General Surgery Residency Program Directors. *Journal of the American College of Surgeons*. 2016; vol. 222, n° 6 : p. 1090-1096.

17. Levine RB, Mechaber HF, Reddy ST, Cayea D, Harrison RA. "A good career choice for women" : female medical students' mentoring experiences : a multi-institutional qualitative study. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*. 2013; vol. 88, n° 4 : p. 527-534.
18. Loue S, Wilson-Delfosse A, Limbach K. Identifying Gaps in the Cultural Competence/Sensitivity Components of an Undergraduate Medical School Curriculum : A Needs Assessment. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2015; vol. 17, n° 5 : p. 1412-1419.
19. Shepherd SM, Willis-Esqueda C, Newton D, Sivasubramaniam D, Paradies Y. The challenge of cultural competence in the workplace : perspectives of healthcare providers. *BMC Health Services Research*. 2019; vol. 19, n° 1 :135
20. Berg K, McLane P, Eshkakogan N, Mantha J, Lee T, Crowshoe C, et coll. Perspectives on Indigenous cultural competency and safety in Canadian hospital emergency departments : A scoping review. *International Emergency Nursing*. 2019; vol. 43 : p. 133-140.
21. Kurtz DLM, Janke R, Vinek J, Wells T, Hutchinson P, Froste A. Health Sciences cultural safety education in Australia, Canada, New Zealand, and the United States : a literature review. *International Journal of Medical Education*. 2018; vol. 9 : p. 271-285.
22. Hojjati A, Beavis ASW, Kassam A, Choudhury D, Fraser M, Masching R, et coll. Educational content related to postcolonialism and indigenous health inequities recommended for all rehabilitation students in Canada : a qualitative study. *Disability and Rehabilitation*. 2018; vol. 40, n° 26 : p. 3206-3216.
23. Sabatello M. Precision medicine, health disparities, and ethics : The case for disability inclusion. *Genetics in Medicine*. 2018; vol. 20, n° 4 : p. 397-399.
24. Jacobs C, Seehaver A, Skiold-Hanlin S. A Longitudinal Underserved Community Curriculum for Family Medicine Residents. *Family medicine*. 2019; vol. 51, n° 1 : p. 48-54.
25. Sargeant S, Smith JD, Springer S. Enhancing cultural awareness education for undergraduate medical students : Initial findings from a unique cultural immersion activity. *Australasian Medical Journal*. 2016; vol. 9, n° 7 : p. 224-230.
26. Sellers SL, Moss ME, Calzone K, Abdallah KE, Jenkins JF, Bonham VL. Nurses' Use of Race in Clinical Decision Making. *Journal of Nursing Scholarship*. 2016; vol. 48, n° 6 : p. 577-586.
27. Neiterman E, Bourgeault IL. The shield of professional status : Comparing internationally educated nurses' and international medical graduates' experiences of discrimination. *Health*. 2015; vol. 19, n° 6 : p. 615-634.
28. Halim UA, Riding DM. Systematic review of the prevalence, impact and mitigating strategies for bullying, undermining behaviour and harassment in the surgical workplace. 2018; vol. 105, n° 11 : p. 1390-1397.
29. Cook DJ, Griffith LE, Cohen M, Guyatt GH, O'Brien B. Discrimination and abuse experienced by general internists in Canada. *Journal of General Internal Medicine*. 1995; vol. 10, n° 10 : p. 565-572.
30. Nora LM, McLaughlin MA, Fosson SE, Stratton TD, Murphy-Spencer A, Fincher RM, et coll. Gender discrimination and sexual harassment in medical education : perspectives gained by a 14-school study. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*. 2002; vol. 77, n° 12, partie 1 : p. 1226-1234.
31. Fnais N, Soobiah C, Chen MH, Lillie E, Perrier L, Tashkhandi M, et coll. Harassment and discrimination in medical training : a systematic review and meta-analysis. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*. 2014; vol. 89, n° 5 : p. 817-827.
32. Brooks KC. A piece of my mind. A silent curriculum. *JAMA*. 2015; vol. 313, n° 19 : p. 1909-1910.
33. #MeToo in medicine : Culture of silence keeps med students from reporting abuse by their mentors. Dans : *Radio C*, éditeur. 2018.

34. Wingard D, Trejo J, Gudea M, Goodman S, Reznik V. Faculty Equity, Diversity, Culture and Climate Change in Academic Medicine : A Longitudinal Study. *Journal of the National Medical Association*. 2019; vol. 111, n° 1 : p. 46-53.
35. Jones-Berry S. Government-backed expert panel set up to improve race equality. *Nursing Management - R.-U*. 2019; vol. 26, n° 3 : p. 8-10.
36. Shakil S, Lockwood M, Grady D. Persistence of Sexual Harassment and Gender Bias in Medicine Across Generations-Us Too. *JAMA Intern Med*. 2018; vol. 178, n° 3 : p. 324-325.
37. Jagsi R, Griffith KA, Jones R, Perumalswami CR, Ubel P, Stewart A. Sexual Harassment and Discrimination Experiences of Academic Medical Faculty. *JAMA*. 2016; vol. 315, n° 19 : p. 2120-2121.
38. Mangurian C, Linos E, Sarkar U, Rodriguez C, Jagsi R. What's Holding Women in Medicine Back from Leadership. *Harvard Business Review*. 2018.
39. Moberly T. Doctors from ethnic minority backgrounds earn less than white colleagues. *BMJ (éd. Recherche clinique)*. 2018; vol. 363 : p. k5089.
40. Appleby J. Ethnic pay gap among NHS doctors. *BMJ (éd. Recherche clinique)*. 2018; vol. 362 : p. k 3586.
41. Grisham S. Medscape Physician Compensation Report 2017. Le 15 mai 2017. [En ligne]. Accessible ici : [www.medscape.com/slideshow/compensation-2017-overview-6008547](http://www.medscape.com/slideshow/compensation-2017-overview-6008547).
42. Butkus R, Serchen J, Moyer DV, Bornstein SS, Hingle ST. Achieving Gender Equity in Physician Compensation and Career Advancement : A Position Paper of the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*. 2018; vol. 168, n° 10 : p. 721-723.
43. Essary AC, Coplan B. Ethics, equity, and economics : a primer on women in medicine. *JAAPA : Official Journal of the American Academy of Physician Assistants*. 2014; vol. 27, n° 5 : p. 35-38.
44. Jena AB, Olenski AR, Blumenthal DM. Sex Differences in Physician Salary in US Public Medical Schools. *JAMA Intern Med*. 2016; vol. 176, n° 9 : p. 1294-1304.
45. Jagsi R, Griffith KA, Stewart A, Sambuco D, DeCastro R, Ubel PA. Gender differences in the salaries of physician researchers. *JAMA*. 2012; vol. 307, n° 22 : p. 2410-2417.
46. Willett LL, Halvorsen AJ, McDonald FS, Chaudhry SI, Arora VM. Gender differences in salary of internal medicine residency directors : a national survey. *The American Journal of Medicine*. 2015; vol. 128, n° 6 : p. 659-665.
47. Allin S, Baker M, Maripier I, Stabile M. Physician incentives and the rise in C-sections : Evidence from Canada. NBER working paper series. 2015. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.nber.org/papers/w21022.pdf>.
48. Fruehauf T, Clements K. Toward gender parity in Canadian medicine : OMA online visualizations illustrate marked increase in practicing female physicians across Canada over five decades. *Ontario Medical Review*. 2018; vol. 85, n° 4 : p. 15-20.
49. Troppmann KM, Palis BE, Goodnight JE, Jr., Ho HS, Troppmann C. Women surgeons in the new millennium. *Archives of Surgery (Chicago, Ill. : 1960)*. 2009; vol. 144, n° 7 : p. 635-642.
50. Fassiotto M, Li J, Maldonado Y, Kothary N. Female Surgeons as Counter Stereotype : The Impact of Gender Perceptions on Trainee Evaluations of Physician Faculty. *Journal of Surgical Education*. 2018; vol. 75, n° 5 : p. 1140-1148.
51. Byerly SI. Female Physician Wellness : Are Expectations of Ourselves Extreme? *International Anesthesiology Clinics*. 2018; vol. 56, n° 3 : p. 59-73.
52. 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 Medical Education*. 2018; vol. 18, n° 1 : p. 268.

53. Neumayer L, Kaiser S, Anderson K, Barney L, Curet M, Jacobs D, et coll. Perceptions of women medical students and their influence on career choice. *American Journal of Surgery*. 2002; vol. 183, n° 2 : p. 146-150.
54. Lorber M, Skela Savic B. Job satisfaction of nurses and identifying factors of job satisfaction in Slovenian Hospitals. *Croatian Medical Journal*. 2012; vol. 53, n° 3 : p. 263-270.
55. Pospos S, Young IT, Downs N, Iglewicz A, Depp C, Chen JY, et coll. Web-Based Tools and Mobile Applications To Mitigate Burnout, Depression, and Suicidality Among Healthcare Students and Professionals: a Systematic Review. *Academic psychiatry: the Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*. 2018; vol. 42, n° 1 : p. 109-120.
56. Flores G, Mendoza FS, DeBaun MR, Fuentes-Afflick E, Jones VF, Mendoza JA, et coll. Keys to academic success for under-represented minority young investigators : recommendations from the Research in Academic Pediatrics Initiative on Diversity (RAPID) National Advisory Committee. *International Journal for Equity in Health*. 2019; vol. 18(1):93.
57. Lent B, Phillips SP, Richardson B, Stewart D. Promoting parental leave for female and male physicians. Gender Issues Committee of the Council of Ontario Faculties of Medicine. *JAMC : Journal de l'Association médicale canadienne*. 2000; vol. 162, n° 11 : p. 1575-1576.
58. Jolly S, Griffith KA, DeCastro R, Stewart A, Ubel P, Jagsi R. Gender differences in time spent on parenting and domestic responsibilities by high-achieving young physician-researchers. *Annals of Internal Medicine*. 2014; vol. 160, n° 5 : p. 344-353.
59. Woodward CA, Williams AP, Ferrier B, Cohen M. Time spent on professional activities and unwaged domestic work. Is it different for male and female primary care physicians who have children at home? *Médecin de famille canadien*. 1996; vol. 42 : p. 1928-1935.
60. Guille C, Frank E, Zhao Z, Kalmbach DA, Nietert PJ, Mata DA, et coll. Work-Family Conflict and the Sex Difference in Depression Among Training Physicians. *JAMA Intern Med*. 2017; vol. 177, n° 12 : p. 1766-1772.
61. Ly DP, Seabury SA, Jena AB. Hours Worked Among US Dual Physician Couples With Children, 2000 to 2015. *JAMA Intern Med*. 2017; vol. 177, n° 10 : p. 1524-1525.
62. Adesoye T, Mangurian C, Choo EK, Girgis C, Sabry-Elnaggar H, Linos E. Perceived Discrimination Experienced by Physician Mothers and Desired Workplace Changes : A Cross-sectional Survey. *JAMA Intern Med*. 2017; vol. 177, n° 7 : p. 1033-1036.
63. Zhuge Y, Kaufman J, Simeone DM, Chen H, Velazquez OC. Is there still a glass ceiling for women in academic surgery? *Annals of Surgery*. 2011; vol. 253, n° 4 : p. 637-643.
64. Sambunjak D, Straus SE, Marusic A. Mentoring in academic medicine : a systematic review. *JAMA*. 2006; vol. 296, n° 9 : p. 1103-1115.
65. Statistiques relatives à l'enseignement médical au Canada (CMES) 2018. Ottawa : Association des facultés de médecine du Canada; 2019.
66. Jeffe DB, Yan Y, Andriole DA. Do research activities during college, medical school, and residency mediate racial/ethnic disparities in full-time faculty appointments at U.S. Medical schools? *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*. 2012; vol. 87, n° 11 : p. 1582-1593.
67. McCleskey SG, Cain CL. Improving End-of-Life Care for Diverse Populations : Communication, Competency, and System Supports. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2019; vol. 36, n° 6 : p. 453-459.
68. Crocker J, Massie FS, Jr., Estrada CA. Engagement in an online cultural competency training. *Southern Medical Journal*. 2018; vol. 111, n° 4 : p. 199-202.

69. Earnshaw VA, Rosenthal L, Gilstad-Hayden K, Carroll-Scott A, Kershaw TS, Santilli A, et coll. Intersectional experiences of discrimination in a low-resource urban community : An exploratory latent class analysis. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2018; vol. 28, n° 2 : p. 80-93.
70. Aelbrecht K, Hanssens L, Detollenaere J, Willems S, Deveugele M, Pype P. Determinants of physician–patient communication : The role of language, education and ethnicity. *Patient Education and Counseling*. 2019; vol. 102, n° 4 : p. 776-781.
71. Quigley DD, Elliott MN, Hambarsoomian K, Wilson-Frederick SM, Lehrman WG, Agniel D, et coll. Inpatient care experiences differ by preferred language within racial/ethnic groups. *Health Services Research*. 2019; vol. 54 : p. 263-274.
72. Ogbolu Y, Scrandis DA, Fitzpatrick G. Barriers and facilitators of care for diverse patients : Nurse leader perspectives and nurse manager implications. *Journal of Nursing Management*. 2018; vol. 26, n° 1 : p. 3-10.
73. Hordijk R, Hendrickx K, Lanting K, MacFarlane A, Muntinga M, Suurmond J. Defining a framework for medical teachers' competencies to teach ethnic and cultural diversity : Results of a European Delphi study. *Medical Teacher*. 2019; vol. 41, n° 1 : p. 68-74.
74. Schnierle J, Christian-Brathwaite N, Louisias M. Implicit Bias : What Every Pediatrician Should Know About the Effect of Bias on Health and Future Directions. *Current Problems in Pediatric & Adolescent Health Care*. 2019; vol. 49, n° 2 : p. 34-44.
75. Oguz T. Is Patient-Provider Racial Concordance Associated with Hispanics' Satisfaction with Health Care? *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018; vol. 16, n° 1.
76. Fournier A-PCM-A. Féminisation de la profession médicale et transformation de la pratique au Québec. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. 2007. [En ligne]. Accessible ici : [http://www.amq.ca/fra/PDF/feminisation\\_final.pdf](http://www.amq.ca/fra/PDF/feminisation_final.pdf).
77. Bylund CL, Makoul G. Empathic communication and gender in the physician-patient encounter. *Patient Educ Couns*. 2002; vol. 48, n° 3 : p. 207-216.
78. Bauman MD, Howell LP, Villablanca AC. The Women in Medicine and Health Science program : an innovative initiative to support female faculty at the University of California Davis School of Medicine. *Academic Medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*. 2014; vol. 89, n° 11 : p. 1462-1466.
79. Caffrey L, Wyatt D, Fudge N, Mattingley H, Williamson C, McKeivitt C. Gender equity programmes in academic medicine : a realist evaluation approach to Athena SWAN processes. *BMJ Open*. 2016; vol. 6, n° 9 : p. e012090.
80. Gordon AJ, Sebok-Syer SS, Dohn AM, Smith-Coggins R, Ewen Wang N, Williams SR, et coll. The Birth of a Return to work Policy for New Resident Parents in Emergency Medicine. *Academic Emergency Medicine*. 2019; vol. 26, n° 3 : p. 317-326.
81. Livingston EH, Ginsburg S, Levinson W. Introducing JAMA Professionalism. *JAMA*. 2016; vol. 316, n° 7 : p. 720-721.
82. Americo L, Ramjit A, Wu M, Jensen L, Caplin D, Mazzie J, et coll. Health Care Disparities in Radiology : A Primer for Resident Education. *Current Problems in Diagnostic Radiology*. 2019; vol. 48, n° 2 : p. 108-110.
83. Greene MZ, France K, Kreider EF, Wolfe-Roubatis E, Chen KD, Wu A, et coll. Comparing medical, dental, and nursing students' preparedness to address lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer health. *PloS One*. 2018; vol. 13, n° 9 : p. e0204104.



84. Westring A, McDonald JM, Carr P, Grisso JA. An Integrated Framework for Gender Equity in Academic Medicine. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*. 2016; vol. 91, n° 8 : p. 1041-1044.
85. Coe IR, Wiley R, Bekker L-G. Organisational best practices towards gender equality in science and medicine. *Lancet*. 2019; vol. 393, édition nord-américaine, n° 10171 : p. 587-593.
86. Spitzer-Shohat S, Chin MH. The “Waze” of Inequity Reduction Frameworks for Organizations : a Scoping Review. *Journal of General Internal Medicine*. 2019; vol. 34, n° 4 : p. 604-617.
87. McCann E, Brown M. The inclusion of LGBT plus health issues within undergraduate healthcare education and professional training programmes: A systematic review. *Nurse Education Today*. 2018; vol. 64 : p. 204-214.
88. Jongen C, McCalman J, Bainbridge R. Health workforce cultural competency interventions: A systematic scoping review. *BMC Health Services Research*. 2018; vol. 18, n° 1.
89. Santoro JD, Yedla M, Lazzareschi DV, Whitgob EE. Disability in US medical education : Disparities, programmes and future directions. *Health Education Journal*. 2017; vol. 76, n° 6 : p. 753-759.
90. Carter J, Hollinsworth D, Raciti M, Gilbey K. Academic ‘place-making’ : fostering attachment, belonging and identity for Indigenous students in Australian universities. *Teaching in Higher Education*. 2018; vol. 23, n° 2 : p. 243-260.
91. Carter BM, Powell DL, Derouin AL, Cusatis J. Beginning with the end in mind : cultivating minority nurse leaders. *Journal of Professional Nursing: Official Journal of The American Association of Colleges of Nursing*. 2015; vol. 31, n° 2 : p. 95-103.
92. Filmer T, Herbig B. Effectiveness of Interventions Teaching Cross-Cultural Competencies to Health-Related Professionals With Work Experience : A Systematic Review. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2018; vol. 38, n° 3 : p. 213-221.
93. Jongen C, McCalman J, Bainbridge R, Clifford A. Cultural competence education and training for health and medical students. *SpringerBriefs in Public Health*. 2018. p. 65-74.
94. Allwright K, Goldie C, Almost J, Wilson R. Fostering positive spaces in public health using a cultural humility approach. *Public Health Nursing*. 2019.
95. Taira BR, Kim K, Mody N. Hospital and Health System–Level Interventions to Improve Care for Limited English Proficiency Patients: A Systematic Review. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2019; vol. 45, n° 6 : p. 446-458.
96. Whittaker JA, Montgomery BL. Cultivating Diversity and Competency in STEM : Challenges and Remedies for Removing Virtual Barriers to Constructing Diverse Higher Education Communities of Success. *Journal of undergraduate neuroscience education: JUNE: a publication of FUN, Faculty for Undergraduate Neuroscience*. 2012; vol. 11, n° 1 : p. A44-51.
97. Seibert P, Stridh-Igo P, Zimmerman C. A checklist to facilitate cultural awareness and sensitivity. *Journal of Medical Ethics*. 2002; vol. 28, n° 3 : p. 143-146.
98. Cultural Competence Education for Medical Students. Washington D.C. : *Association of American Medical Colleges*; 2005.
99. Williams R. Cultural Safety - What does it mean for our work practice? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 1999; vol. 23, n° 2 : p. 213-214.
100. Cultural Competency Framework for Nursing Education. Ottawa : *Aboriginal Nurses Association of Canada*; 2009.
101. Rapport mondial sur le handicap. Genève : Organisation mondiale de la santé; 2011.
102. Guide fédéral de référence sur l’incapacité. Ottawa : Gouvernement du Canada; 2013.
103. Charte canadienne des droits et libertés, Article 8, partie 1 de la *Loi constitutionnelle* de 1982.

104. Holsinger JW, Jr., Beaton B. Physician professionalism for a new century. *Clin Anat.* 2006; vol. 19, n° 5 : p. 473-479.
105. Defining Marginalization : An Assessment Tool. Washington DC : Organisation mondiale du commerce équitable; 2015.