

# RAPPORT SOMMAIRE :

## Tables rondes de l'AMC sur l'équité, la diversité et la discrimination

### 1. Contexte

Dans le présent rapport sommaire, nous exposons les principaux thèmes qui se sont dégagés d'une série de six tables rondes, tenues entre le 30 septembre et le 5 octobre 2020, par l'Association médicale canadienne (AMC). Ces tables rondes ont réuni 33 médecins, apprenants et apprenantes en médecine affectés par la discrimination au sein de la profession et déterminés à la combattre. En 2019, nous avons mené une vaste consultation auprès de tous les membres, qui avait mené à l'élaboration de la [politique de l'AMC sur l'équité et la diversité en médecine](#). Prenant appui sur cette consultation, la série de tables rondes, axée sur l'écoute et l'apprentissage, visait à orienter le travail de l'AMC pour la suite de la mise en œuvre de la politique.

Dans le présent rapport, nous décrivons également les mesures que prend l'AMC en réponse aux témoignages livrés par les participants et participantes ainsi que l'incidence qu'auront leurs commentaires sur nos travaux futurs.

### 2. Témoignages : principaux thèmes

#### Expériences de discrimination

- 1. Fardeau imposé aux victimes** – Trop souvent, c'est aux membres des groupes sous-représentés victimes de discrimination et à eux seuls qu'incombe le fardeau de signaler les cas de maltraitance et d'en assurer le suivi. Plusieurs participants ont indiqué éprouver, dans ce genre de situation, un sentiment d'impuissance et d'insécurité dans leur milieu professionnel ou facultaire, surtout lorsqu'ils sont les seules personnes noires ou autochtones. Il est donc difficile pour ces personnes de dénoncer la discrimination, puisqu'elles sont très facilement repérables tout au long du processus. Par conséquent, bien que bon nombre de médecins et d'apprenants subissent de la maltraitance, la plupart gardent le silence. De même, d'autres participants ont expliqué que, parfois, quand une personne ose signaler un cas de discrimination, on s'en « débarrasse » ensuite sous prétexte qu'elle est trop revendicatrice ou dérange les autres.

*« C'est un milieu hostile pour les leaders féminins; nous sommes forcées de faire beaucoup de changements, mais souvent à un prix personnel élevé. »* – Participante à la table ronde, au sujet de son expérience en médecine universitaire.

En outre, les personnes qui subissent de la discrimination sont souvent invitées à faire partie de groupes de travail ou de comités sur l'équité et la diversité. Nombre d'entre elles reconnaissent certes l'importance de ce travail et acceptent ce rôle pour s'assurer que leur point de vue sera pris en considération. Toutefois, il s'agit parfois d'une tâche très exigeante et stressante, qui s'ajoute à la charge de travail normale, et ces efforts supplémentaires ne sont pas rémunérés.

*« Il faudrait changer de stratégie pour que la solution ne relève pas uniquement de nous. »*  
– Personne ayant participé à la table ronde

- 2. Soutien inadéquat pour les apprenants** – Il est crucial de s'attaquer à la discrimination systémique dès le début de la formation médicale, car il arrive souvent que les apprenants des groupes sous-représentés manquent de soutien et ne se sentent pas en sécurité à différentes étapes de leurs études.

*« Les stéréotypes cliniques sont omniprésents en formation médicale. »* – Personne ayant participé à la table ronde

Plusieurs apprenants ont souligné que la situation était particulièrement délicate lorsqu'ils sont les seules personnes autochtones ou de couleur de la cohorte et qu'il y a un manque de diversité au sein du corps professoral. Non seulement il est alors difficile de dénoncer un comportement discriminatoire, mais personne ne sait vraiment quels sont les ressources et le soutien à fournir.

Des participants ont aussi indiqué que certains apprenants des groupes sous-représentés souffrent du « syndrome de l'imposteur » : les études en médecine constituent tout un défi au départ et, en plus, ces apprenants se mettent de la pression supplémentaire en essayant de surpasser les attentes pour se prouver qu'ils méritent leur place. Certains apprenants nous ont confié qu'ils vivent tellement de stress qu'ils ont pris un congé de maladie ou envisagé d'abandonner leur programme.

Néanmoins, des participants ont reconnu que les facultés de médecine prennent des moyens pour améliorer le processus d'admission pour ces apprenants, mais sont d'avis que des mesures de soutien et autres processus connexes devaient être instaurés pour leur permettre de réussir leurs études.

*« C'est comme si on nous invitait à souper, mais qu'il n'y avait rien de prêt le moment venu de se mettre à table. »* – Personne ayant participé à la table ronde, au sujet de son expérience à la faculté de médecine, sans le soutien approprié

- 3. Manque de diversité et de représentation au sein de la profession** – Il doit y avoir une plus grande diversité au sein de la profession, tant chez les apprenants en médecine qu'à l'échelon de la direction dans les organisations médicales. Les apprenants ont parfois de la difficulté à trouver des mentors et des modèles issus de milieux ethniques et culturels variés auxquels ils peuvent s'identifier et qui savent quelles sont les difficultés à surmonter.

*« Je rêve d'une collectivité médicale qui soit le reflet de la communauté que nous servons. Il y a beaucoup de diversité au Canada, mais il y en a peu dans les sphères du préceptorat, des conseils d'administration et de la prise de décisions. »* – Personne ayant participé à la table ronde

Plus particulièrement, certaines des personnes présentes ont abordé la nécessité d'une meilleure représentation des genres, notamment aux postes de direction et dans les spécialités à majorité traditionnellement masculine.

- 4. Manque de sensibilisation et de reconnaissance quant à l'existence du racisme** – Les personnes qui ne sont pas affectées par le racisme ou le sexisme doivent reconnaître leur situation privilégiée et admettre ouvertement que ces problèmes existent au Canada. Bien que des événements récents tels que la mort de Joyce Echaquan aient permis de sensibiliser davantage la population et inspiré un mouvement de lutte contre la discrimination systémique en santé et dans la société en général, des participants ont souligné que les personnes qui n'ont pas vécu directement ce type d'expérience restent souvent silencieuses, d'où la nécessité d'éduquer et de mobiliser davantage les parties prenantes dans ce domaine.

*« Tous doivent admettre que le racisme systémique existe en médecine. Sans ça, nous ne pourrons jamais avancer. »* – Personne ayant participé à la table ronde

- 5. Absence de responsabilisation et de conséquences** – Outre les points soulevés plus haut concernant le fardeau du signalement des comportements discriminatoires en médecine, les participants ont également indiqué que, souvent, leurs auteurs occupent un poste d'autorité et ont rarement à assumer les conséquences de leurs gestes. Par exemple, quelqu'un a parlé de l'« effet de halo » dans certaines situations où une personne, bien qu'elle ait commis une faute, est mise sur un piédestal et excusée de sa conduite en raison de son expertise et de ses contributions médicales.

- 6. Possibilités limitées** – Certains participants ont décrit les importants obstacles qui leur ont barré la route pendant leur formation et leur carrière : candidature pour une possibilité d'avancement ou un poste au sein du corps professoral mise de côté; manque de respect ou remise en question des compétences dans sa spécialité (p. ex., travail dans une communauté autochtone ou une clinique de santé communautaire) ou son poste, malgré l'expérience reconnue, etc.

*« Les étudiants autochtones se font dire qu'ils ne servent qu'à atteindre les quotas. C'est une expérience récurrente. »* – Personne encore aux études ayant participé à la table ronde

## Commentaires au sujet de la politique de l'AMC sur l'équité et la diversité en médecine

- **Commentaires positifs et appui** – Plusieurs participants ont fait remarquer que la politique de l'AMC sur l'équité et la diversité en médecine était exhaustive, bien écrite et encadrée par des définitions et un contexte rigoureux. Beaucoup ont convenu que les recommandations fournissaient d'excellentes mesures à prendre pour aborder les questions d'équité et de diversité et qu'elles pourraient être utiles à d'autres organisations.
- **Notions à ajouter** – Quelques participants ont proposé de faire des ajouts précis à la politique, y compris de décrire explicitement les notions de racisme, de discrimination systémique, de structures de pouvoir et de capacité ou handicap. Comme l'a expliqué une des personnes présentes, « nous devons nommer précisément ce que nous voulons changer ».

## Suggestions pour accélérer l'adoption des recommandations formulées dans la politique

Pour l'avenir, les participants ont soulevé plusieurs idées et thèmes visant à favoriser l'adoption des recommandations formulées dans la politique de l'AMC, beaucoup faisant remarquer que le changement doit s'opérer plus rapidement et qu'une intervention concrète « *s'impose maintenant* », tant au sein de la profession que dans la société en général.

De plus, cette intervention doit prendre appui sur la mobilisation et la collaboration des principales parties prenantes (facultés de médecine, associations de spécialistes, etc.) et être arrimée aux efforts déployés par d'autres en ce sens ou en tirer parti.

1. **Faire place à la responsabilisation et aux conséquences** – Plusieurs participants ont reconnu la nécessité de faire place à plus de responsabilisation et de discipline au sein de la profession, notamment par l'élaboration de normes applicables dans l'ensemble du territoire. Des conséquences précises pourraient être envisagées en cas de maltraitance des apprenants, des collègues médecins et des patients.
2. **Mobiliser les facultés de médecine concernant les programmes d'études et le soutien aux apprenants** – Certains participants ont souligné la nécessité de réformer les programmes d'études pour y introduire les notions d'équité et de diversité, de même que pour tenir compte des besoins particuliers des apprenants qui pourraient subir ou subissent de la discrimination et prévoir des ressources appropriées (p. ex., aménagements pour les personnes handicapées). Il a notamment été suggéré de revoir les programmes d'études, de concevoir les programmes d'études et les processus d'admission dans une optique d'équité, de diversité et de justice sociale, d'offrir au corps professoral et au personnel une formation sur l'équité et la diversité et d'embaucher davantage de personnes ayant vécu de la discrimination.

« *Voici une belle occasion de repenser la formation médicale.* » – Personne ayant participé à la table ronde

- 3. Renforcer les capacités à l'échelon de la direction** – Les facultés de médecine et autres établissements de formation devraient considérer l'équité et la diversité comme une mesure d'excellence et avoir pour objectif de se doter d'une direction représentative de la population qu'ils servent. Ils pourraient notamment revoir les pratiques et directives d'embauche et de titularisation pour y inclure des processus permettant de mieux évaluer le niveau de connaissance et de sensibilisation des candidats et candidates à l'égard des questions de discrimination, ainsi que leur volonté de l'approfondir, particulièrement pour les personnes pressenties pour des postes de préceptorat et de corps professoral. En outre, certains participants ont recommandé que les personnes appartenant à des groupes sous-représentés qui convoitent des postes de direction, et non seulement des postes en lien avec l'équité et la diversité, bénéficient d'un soutien satisfaisant.

*« Faute d'expérience vécue, il est difficile de faire avancer le dialogue. »*

– Personne ayant participé à la table ronde

- 4. Accompagner les gens, où qu'ils en soient dans leur cheminement** – Les participants ont également reconnu que personne n'en est au même point dans sa prise de conscience à l'égard de la discrimination et des répercussions de ses propres agissements; en effet, certains médecins ne se rendent pas compte du fait qu'ils ont des préjugés et qu'ils risquent ainsi de blesser involontairement des personnes. C'est pourquoi il faut mettre au point des stratégies en réponse à ces problèmes, personnalisées en fonction de divers facteurs, pour aider les individus et les organisations à déterminer où ils en sont dans leur cheminement et les aspects à améliorer.
- 5. Collaborer dans la collecte de données** – Puisqu'on ne peut réparer un problème dont on ignore l'existence, tout plan d'action suppose d'abord un effort de collaboration pour recueillir des données et décider de l'usage qu'il conviendra d'en faire. À titre d'exemple, ces données pourraient servir à cerner les disparités à éliminer au sein des populations d'apprenants et des spécialités ainsi que les situations où aucune donnée pertinente n'est actuellement recueillie. Des participants ont émis des mises en garde concernant la collecte et la propriété des données, car certaines données sont sujettes à controverse et pourraient être utilisées pour causer du tort.
- 6. Créer des occasions de mise en commun des expériences** – Les participants ont dit estimer que les témoignages personnels, en plus des données, étaient des outils très puissants pour lever le voile sur la discrimination et sensibiliser les parties prenantes aux questions délicates qui doivent être réglées au sein de la profession. Par exemple, certains ont expliqué que bien des médecins et des apprenants ne sont aucunement au courant de la maltraitance qui sévit dans leur entourage. Cependant, les gens sont réticents à raconter leurs expériences personnelles, et il faut les respecter et leur fournir un environnement sûr, car se livrer peut parfois être épuisant et traumatisant.

7. **Soutenir les efforts de représentation des médecins** – Les participants ont également expliqué que, d’après leur expérience, les rôles de représentation chez les médecins devaient être mieux définis et valorisés, car ces rôles sont rarement reconnus à l’échelle des établissements comparativement à d’autres rôles non cliniques, notamment en recherche. Comme conséquence, les apprenants et les médecins sont peu nombreux à vouloir s’engager dans des activités de représentation qui pourraient contribuer à résoudre les problèmes liés à l’équité et à la diversité.

## Commentaires sur le déroulement des tables rondes

Plusieurs participants étaient heureux d’avoir l’occasion d’entendre d’autres personnes ayant vécu des expériences similaires pendant la tenue des tables rondes et d’apprendre de leurs expériences.

*« Je tiens à souligner le travail de l’AMC. J’avais beaucoup d’appréhension avant de me présenter à cette rencontre, mais j’ai senti, en parlant de mon expérience et en communiquant mes observations à l’équipe, que j’étais en sécurité. »*

*« Ces discussions m’ont littéralement donné de l’énergie. Vous entendre tous est thérapeutique! J’ai de l’espoir. C’est une première! »*

Mais surtout, les participants ont été unanimes à réclamer la prise de mesures concrètes et des progrès rapides. Bon nombre d’entre eux ont dit admettre que le changement à long terme en matière d’équité et de diversité nécessitait une « véritable transformation du pouvoir », tant au sein de la profession que dans la société en général.

## 3. Regard vers l’avenir : nos interventions

Les points de vue exprimés par les apprenants et les médecins au cours de la série de tables rondes ont permis de jeter un éclairage sur diverses initiatives qu’entend mener l’AMC pour aborder les questions d’équité, de diversité et de discrimination dans la profession, y compris les initiatives décrites ci-dessous.

- **Révision de la politique sur l’équité et la diversité en médecine** – En réponse aux commentaires précis formulés par les participants dans le cadre des tables rondes, des modifications ont été apportées à la politique sur l’équité et la diversité en médecine pour expliciter les notions suivantes : *racisme et antiracisme, discrimination et racisme systémiques, iniquités systémiques et structurelles, transformation profonde des structures et des dynamiques de pouvoir et capacité et handicap*. La politique révisée a été adoptée par le Conseil d’administration de l’AMC.

- **Approbation de deux documents d’alliance inclusive** – À la suggestion des participants et dans le but d’appuyer les efforts déployés par d’autres organisations, le Conseil d’administration de l’AMC a approuvé deux ressources d’alliance inclusive, soit le guide *For Allies* produit par les médecins noirs du Canada et la *Trousse d’outils pour les alliées aux luttes autochtones* du RÉSEAU de la communauté autochtone à Montréal.
- **Mise au point d’un outil d’aide à la décision axé sur les principes d’équité** – Les commentaires recueillis pendant les tables rondes ont été pris en considération dans l’élaboration par l’AMC d’un outil d’aide à la décision axé sur les principes d’équité, qui servira à assurer l’application de ces principes dans tous les travaux de l’AMC.
- **Orientation de la définition des objectifs pour Retombées 2040** – Les points de vue des participants ont été pris en considération dans le processus de planification de la stratégie de l’AMC, Retombées 2040. Plus précisément, les conclusions établies ont servi à l’élaboration des objectifs stratégiques, qui constituent désormais les objectifs stratégiques de l’AMC pour l’avenir. L’AMC continuera de s’inspirer des idées recueillies à l’occasion des tables rondes pour mieux orienter son travail tout au long de 2021 en vue de la mise en œuvre stratégique de Retombées 2040.