

La santé des communautés de minorité sexuelle et de genre : Un chemin vers une approche factuelle en formation médicale

Catherine Giffin^{1*}, Sari Glow^{1*}, Douglas Michael Lebo^{2,3}, Tara Freeman^{2,4}, Jovana Miladinovic^{2,5}, Sonja Hansen⁶, Chad Brown⁷, Nessika Karsenti^{2,8}

*Les deux autrices ont contribué également à ce livre blanc.

¹ Max Rady College of Medicine, University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba

² CQMSA Steering Committee Member

³ Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal, Québec

⁴ Faculty of Medicine & Dentistry, University of Alberta, Edmonton, Alberta

⁵ College of Medicine, University of Saskatchewan, Saskatoon, Saskatchewan

⁶ School of Medicine, Queen's University, Kingston, Ontario

⁷ Faculty of Medicine, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia

⁸ Faculty of Medicine, Memorial University of Newfoundland, St. John's,
Newfoundland and Labrador

© **Association canadienne des étudiant·es 2SLGBTQ+ en médecine et auteurs·rices**

Dépôt légal, Bibliothèques et archives nationales du Québec, printemps 2024



Note sur le langage

La traduction de ce livre blanc de l'anglais a été complétée en hiver 2024 par DML (iel avec accords masculins) et Florence Couturier (elle) en suivant les principes de la rédaction inclusive. Le français est une langue genrée de manière binaire, donc il est difficile de l'utiliser tel quel pour parler des personnes dont le genre bafoue les normes binaires. L'écriture inclusive modifie certaines règles du français conçues par des hommes blancs riches, cisgenres et hétérosexuels dans les siècles passés pour créer une boîte d'outils destinés à mieux écrire la réalité des personnes issues de la diversité des genres. Dans ce document, nous priorisons l'écriture épïcène et nous utilisons le point milieu pour marquer les accords inclusifs où une formulation épïcène n'est pas possible.

L'importance de la santé 2SLGBTQ+ dans la formation médicale de 1er cycle (FM1C)

Les personnes issues des minorités sexuelles et de genre font face à d'importantes disparités en matière de santé à cause de la marginalisation et de la discrimination liées à leurs identités. En 2019, le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes du Canada a publié un rapport montrant que les personnes appartenant à une minorité sexuelle ou de genre, comparées à leurs pairs cisgenres et hétérosexuels, sont quatre fois plus susceptibles de tenter de se suicider et présentent des taux plus élevés de maladies cardiovasculaires et respiratoires, ainsi que de l'arthrite (1). Nos communautés connaissent également des taux plus élevés de certains cancers et des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Dans l'ensemble, ces disparités peuvent s'expliquer en partie par la stigmatisation des communautés de minorité sexuelle et de genre (CMSG) dans les systèmes de santé : l'homosexualité n'a été retirée du DSM en tant que maladie qu'en 1973 (2), et la dysphorie de genre y figure encore, malgré un vif débat à ce sujet (3). Inversement, cette pathologisation des CMSG, associée à un manque perçu de connaissances des prestataires de soins de santé concernant les besoins propres aux CMSG (4), a conduit à une méfiance de longue date par les CMSG envers les prestataires et à un évitement des soins de santé en général (4,5).

Dans cette optique, il est fortement accepté que l'un des moyens d'améliorer les résultats de santé des CMSG est de réduire la stigmatisation de ces communautés au sein de la médecine, et cela devrait commencer par l'éducation des étudiant.es en médecine (1,6,7). Il est important de s'attaquer à ce problème au premier cycle de médecine, car la littérature a montré qu'une exposition précoce et répétée aux sujets de santé touchant les CMSG améliore la rétention et diminue la stigmatisation et les préjugés à l'égard de ces groupes (8,9). De plus, les étudiant.es en médecine souhaitent recevoir une formation qui les prépare à soigner des patient.es d'origines diverses (10). Une étude transversale réalisée en 2022 a montré que les étudiant.es en médecine sont relativement « à l'aise de s'occuper de patient.es trans, mais manquent de connaissances et de compétences pour s'occuper d'elleux en toute confiance » (6). Cela démontre que les étudiant.es en médecine veulent en savoir davantage que ce que proposent les programmes actuels, qui cherchent à enseigner une compétence culturelle, mais n'incluent pas de connaissances médicales ou de compétences concrètes.

Dans cet article, nous établirons d'abord la norme mondiale actuelle en matière d'enseignement de la médecine des CMSG, y compris les techniques d'enseignement couramment utilisées et une revue de la littérature concernant les meilleures pratiques. Nous expliquerons ensuite pourquoi une norme canadienne est nécessaire malgré l'existence de lignes directrices américaines ; en bref, une analyse intersectionnelle du paysage politique et social canadien révèle de multiples systèmes oppressifs qui posent des défis uniques aux CMSG, y compris aux MSG de couleur et aux personnes bispirituelles (1). L'état actuel de l'enseignement médical canadien révèle également d'importantes lacunes dans les programmes nationaux. Les méthodes permettant de combler ces lacunes sont examinées plus en détail ci-dessous dans le cadre de huit recommandations qui, selon nous, sont essentielles à l'élaboration d'un nouveau programme d'études inclusif des CMSG au Canada.

Lorsqu'on enseigne aux étudiant.es en médecine, il est impératif de reconnaître que les minorités sexuelles (MS) et les minorités de genre (MG) sont confrontées à des défis uniques et variés qui ne se recoupent que très peu. Ces deux groupes sont souvent confondus en raison du regard médical hétéronormatif et cisnormatif qui les a historiquement regroupés en raison d'un manque de compréhension des différences entre le sexe et le genre. Enseigner aux étudiant.es en médecine ces deux communautés distinctes sous un même chapeau est un mauvais service rendu aux étudiant.es et aux patient.es des MS et MG ; cependant, la plupart des écoles de médecine au Canada ne font actuellement pas cette distinction dans leur programme d'études (11). Tout au long de ce document, nous nous efforçons de discuter de ces communautés séparément chaque fois que cela est possible, et les compétences que nous suggérons sont séparées en parties sur les MS et MG.

Perspectives mondiales actuelles

Une revue de la littérature grise mondiale concernant l'état actuel de l'enseignement médical des CMSG montre qu'il y a peu de lignes directrices établies. Au Royaume-Uni, malgré la grande disponibilité de déclarations de principe et de lignes directrices sur les meilleures pratiques d'organisations médicales et infirmières qui se penchent sur le traitement des patient.es des CMSG, il n'existe pas de lignes directrices pour l'enseignement de ces concepts (12). Aux États-Unis, les lignes directrices existantes publiées en 2014 sont *Implementing Curricular and Institutional Climate Changes to Improve Health Care for Individuals who are LGBT, Gender Nonconforming, or born with a Disorder of Sexual Development (DSD)*, appelées par la suite « lignes directrices de l'AAMC » (13). Ce document est un ensemble de 30 compétences allant des aptitudes à la communication aux connaissances médicales. Cet ensemble de lignes directrices a été abondamment cité dans la littérature comme principes directeurs pour la réforme des programmes d'études aux États-Unis et dans le monde entier. Aucune ligne directrice officielle n'a été établie au Canada.

Malgré l'absence de lignes directrices établies en dehors des États-Unis, des efforts concertés ont été déployés pour élaborer des programmes d'études adéquats dans de nombreux pays. Quelques exemples notables sont énumérés dans le tableau 1 ; ces exemples décrivent de nouvelles approches de la conception des programmes qui se sont avérées efficaces avec des mesures statistiques décrites dans chaque référence. Nous les

incluons comme points de départ potentiels pour les concepteurs de programmes d'études à la recherche d'un point de départ.

Tableau 1 : Exemples de documents décrivant des efforts novateurs en matière de contenu sur les CMSG dans les curriculums facultaires

Référence	Contribution novatrice
Let's Talk About Sex: The Social Determinants of Sexual and Reproductive Health for Second-Year Medical Students (14)	Une faculté de médecine de Floride avait mis en place un cours didactique pour enseigner sur les CMSG, mais a ajouté une table ronde avec des membres de la communauté après avoir constaté que les étudiant·es avaient l'impression que leur cours était motivé par des considérations politiques et que les disparités en matière de soins de santé qui y étaient abordées étaient « exagérées ». L'ajout d'une expérience vécue a été essentiel pour s'assurer que les étudiant·es comprennent l'importance d'apprendre ce sujet.
Education of the medical profession to facilitate delivery of transgender health care in an Australian health district (15)	Ce papier australien décrit le processus de consultation des chercheur·es auprès des CMSG lors d'une refonte curriculaire pour s'assurer que le contenu présenté répondrait aux besoins de la communauté locale.
The Case of Ty Jackson: An Interactive Module on LGBT Health Employing Introspective Techniques and Video-Based Case Discussion (16)	Parmi d'autres excellents efforts, ce groupe américain a fourni des épinglettes arc-en-ciel aux étudiant·es pour montrer leur position d'allié·es, ainsi que des cartes de poche laminées avec de l'information concise sur les concepts de diversité sexuelle et de genre pour référence en clinique. L'intervention a été bien reçue.
A Novel Curriculum for Medical Student Training in LGBTQ Healthcare: A Regional Pathway Experience (17)	Ce papier décrit une ébauche de curriculum intégré sur quatre ans qui s'assure de la répétition de matériel pour améliorer la rétention. Il peut servir comme modèle pour des facultés qui utilisent actuellement un curriculum spiralé ou qui veulent intégrer ces concepts de manière longitudinale à la fois en préclinique et à l'externat (cf Recommandation 3).
Student Journal Club to Improve Cultural Humility with LGBTQ Patients (18)	Malgré un petit échantillon, ce papier décrit comment un club de lecture organisé par les étudiant·es et supervisé par des professeur·es a augmenté l'humilité culturelle et diminué le biais des participant·es envers les CSGM.
Using Standardized Patients to Augment Communication Skills and Self-Efficacy in Caring for Transgender Youth (19)	Ce papier propose une liste de compétences à démontrer durant les entrevues simulées. Malgré une structure d'ECOS standard, cette étude a laissé deux chances aux étudiant·es pour refaire le même scénario afin de mesurer l'amélioration en communication entre les deux essais.

L'état actuel de l'enseignement médical au premier cycle sur les CMSG au Canada

Le paysage de l'enseignement sur les CMSG dans les facultés de médecine du Canada est hétérogène, et il n'existe pas de normalisation des compétences que les étudiant.es en médecine devraient acquérir pour s'attaquer correctement aux disparités en santé et des soins des personnes 2SLGBTQ+ (10). Une enquête menée auprès de médecins praticien.nes de Winnipeg a révélé que l'exposition à des sujets liés aux CMSG durant la formation médicale variait de zéro à un jour par an tout au long de la formation (10). Malgré l'absence de normalisation nationale en matière d'éducation sur les CMSG, des demandes continues en faveur d'une éducation et d'une représentation accrues des CMSG se sont manifestés indépendamment dans tout le pays (10,11,20,21). Dans certains cas, la discrimination anti-2SLGBTQ+ et l'hétérosexisme ont été identifiés pendant les études médicales prédoctorales en même temps qu'un manque d'enseignement sur les CMSG (22). D'après l'expérience des auteurs.rices, lorsqu'ils discutent de cette question avec les responsables des programmes d'études dans tout le pays, l'absence d'une norme d'enseignement nationale pour l'orientation sur ce sujet est considérée comme un obstacle important à l'élaboration et à la diffusion de ce matériel.

Les limites des programmes d'enseignement sur les CMSG au Canada en ce qui concerne les soins aux personnes trans sont un sujet de préoccupation particulier. Une étude qualitative des connaissances des médecins sur les soins et la santé des personnes trans au Manitoba a révélé d'importantes disparités, reflétant la faible représentation de cette communauté dans la formation médicale locale (10). Ces disparités ne se limitent pas à une seule province. Ces déficits de connaissances incluent un manque d'aisance des médecins à fournir une thérapie hormonale et des soins aux patient.es en transition médicale, ainsi qu'un manque général de connaissances sur les besoins de santé des patient.es trans. Ces disparités ont eu pour effet de référer inutilement les patient.es souhaitant effectuer une transition, ce qui a entraîné une augmentation des temps d'attente, une diminution de l'accès aux soins et un manque de dépistage approprié des problèmes de santé pertinents tels que les tumeurs malignes gynécologiques et la grossesse chez les hommes trans (10). Des recherches menées à l'Université d'Ottawa ont également mis en évidence un manque d'éducation sur les soins aux personnes trans, avec pour conséquence une diminution de l'aisance des praticien.nes dans le traitement de cette population (22).

Le cadre actuel de l'enseignement médical canadien offre l'opportunité d'intégrer ces besoins dans un programme d'études basé sur les compétences. Plus précisément, l'atteinte des rôles d'expert médical et de défenseur de la santé CanMEDS devrait inclure des compétences spécifiques aux personnes 2SLGBTQ+. Actuellement, la compétence clé d'expert médical "Exercer la médecine dans le cadre de leur champ d'activité et d'expertise" n'est pas remplie par les médecins qui n'ont pas reçu de formation sur les soins aux personnes trans, ce qui est tout à fait du ressort des généralistes et des médecins de famille (23). Un ensemble de compétences spécifiques concernant les CMSG est justifié pour souligner l'importance de l'éducation sur les CMSG (24) et les divergences existantes en matière d'éducation. Ce changement s'alignerait avec les concepts clés du rôle de défenseur de la santé, en particulier ceux relatifs à l'équité en matière de santé et à l'amélioration continue de la qualité des soins (25).

Nos recommandations

Recommandation 1: Standardiser les objectifs d'apprentissage dans tout le pays afin de permettre à chaque étudiant.e en médecine d'acquérir des compétences dans ce domaine.

Après un examen approfondi de la littérature, des lignes directrices de l'AAMC (13) et de nos expériences en tant qu'étudiant.es en médecine, médecins, éducateurs.rices et défenseur.es, nous avons dressé une liste de compétences guidée par les rôles existants de CanMEDS (24). Ces compétences figurent dans le tableau 2, accompagnées de sources pertinentes pour étayer notre inclusion de ces compétences dans la mesure du possible. Il est important de noter que, contrairement à l'état actuel des programmes d'études au Canada, ces compétences vont bien au-delà de la sensibilité culturelle et comprennent des éléments essentiels pour devenir un.e expert.e médical.e, rôle intégrateur de CanMEDS. De plus, lorsque cela s'avérait nécessaire, nous avons inclus des objectifs d'apprentissage distincts et spécifiques pour les communautés des MS et MG. Le paysage des CMSG est en constante évolution et les compétences doivent être continuellement révisées pour rester d'actualité.

Tableau 2 : Les rôles de CanMEDS et les compétences suggérées

Rôle CanMEDS	Compétences suggérées : À la fin de l'externat, les étudiant·es devraient pouvoir...
Expert médical	<i>Identities sexuelles :</i> Comprendre la différence entre l'anatomie sexuelle, le développement des caractéristiques sexuelles, les comportements sexuels et l'orientation sexuelle. (26) Comprendre que l'identité sexuelle et les comportements sexuels sont des déterminants clés du bien-être sexuel, physique et mental, ainsi que comprendre l'importance de solliciter ces informations démographiques de manière sensible et inclusive afin de fournir des soins compréhensifs. (26) Fournir des soins de première ligne de qualité, incluant de la guidance anticipatoire et du dépistage (ex : violence conjugale, pratiques sexuelles sécuritaires, dépistage de cancer). (26,27) <i>Identities de genre :</i> Comprendre la différence entre l'anatomie sexuelle, l'identité de genre et l'expression de genre. La liste minimale de définitions à comprendre est : transgenre, non-binaire, intersexualité et bispiritualité. (31) Identifier un développement sexuel atypique (ex : hyperplasie congénitale des surrénales), ses étiologies et sa prise en charge de base, incluant les conseils aux parents. Comprendre les injustices vécues par les patient·es intersexu·es dont l'anatomie a été corrigée de manière forcée à la petite enfance. (23,32)

	Comprendre les liens entre l'identité de genre et la santé physique et mentale et comprendre comment demander cette information démographique de manière sensible et inclusive afin de fournir des soins compréhensifs. (26) Examiner un·e patient·e de manière sensible et sécuritaire face aux traumatismes, incluant l'identification des moments où un examen physique pourrait être inapproprié ou traumatisant en soi. (23) Décrire les options disponibles pour la transition de genre, incluant les soins d'affirmation de genre (ex : hormonothérapie, chirurgies) et les indications, bénéfices et risques de ces soins. La prescription d'hormonothérapie de base devrait être comprise dans les modules sur ce sujet. (23,27) Reconnaître les multiples façons que les patient·es affirment leur genre sans intervention médicale, incluant le bandage de poitrine, le tucking et la recherche d'hormones en ligne. Conseiller les patient·es sur les risques et l'utilisation sécuritaire de ces pratiques. (23)
Communicateur	<i>Identités sexuelles :</i> Compléter un anamnèse exhaustif et sensible pour les problèmes sexuels de tous·tes les patient·es indépendamment de la race, l'âge, la sexualité et l'identité de genre. (13) <i>Identités de genre :</i> Comprendre l'importance de l'utilisation des bons pronoms pour parler des patient·es et comment demander cette information. (23) Établir un rapport avec tous les individus impliqués dans les soins d'un·e patient·e indépendamment des identités sexuelles et l'expression de genre, incluant les parents, dont les priorités et les besoins peuvent différer de ceux de leurs enfants. Reconnaître l'importance accrue de la confidentialité de certaines données cliniques en lien avec la diversité sexuelle et de genre, y compris l'importance de ne pas divulguer les identités des patient·es à la famille ou à autrui.
Collaborateur	Comprendre comment conseiller les patients et leurs familles sur la santé sexuelle et l'identité de genre pour donner les moyens de prendre des décisions partagées. S'assurer que le consentement est obtenu avant d'impliquer la famille. (23) Comprendre l'importance de l'équipe multidisciplinaire dans les soins aux personnes 2SLGBTQ+ et pouvoir impliquer l'équipe au complet dans les soins.
Leader	Reconnaître et développer des stratégies pour atténuer les déséquilibres de pouvoir inhérents entre médecins, patient·es, et parents ou tuteur·rices. (13) Comprendre comment les préjugés implicites et explicites sur la

	sexualité et le genre peuvent nuire aux soins des patients et s'engager dans des processus d'autoréflexion constante pour réduire ces effets.
Promoteur de la santé	Comprendre les facteurs historiques, politiques, institutionnels et socioculturels impliqués dans le stress minoritaire chez les CMSG et comment ils sont liés à des issus inférieurs en matière de santé physique et mentale. (26) Comprendre le contexte juridique et culturel local entourant la transition médicale et sociale et comment aider les patient·es transgenres à naviguer dans ces processus. Comprendre l'obligation légale et l'obligation morale d'orienter les patient·es vers des soins liés à l'identité sexuelle ou de genre si l'on ne se sent pas à l'aise pour prodiguer ces soins. Se préparer à s'auto-former en permanence sur les thèmes des soins de santé 2SLGBTQ+, car la terminologie, le paysage juridique et politique et les besoins médicaux sont en constante évolution. (13)
Érudit	Pouvoir identifier les ressources locales, provinciales et nationales pour les patient·es des CMSG qui recherchent un soutien au-delà du cabinet. Pouvoir identifier des thématiques 2SLGBTQ+ pertinentes dans toutes les sous-spécialités médicales. (27)
Professionnel	Reconnaître les modes de communication qui peuvent s'avérer préjudiciables pour les patient·es et élaborer des stratégies pour faire face à ces situations afin de protéger les patient·es de ses propres préjugés implicites et de ceux des autres membres de l'équipe. Reconnaître que les membres de l'équipe peuvent également s'identifier comme des personnes 2SLGBTQ+ et être en mesure d'apporter un soutien si nécessaire pour maximiser l'inclusion et minimiser les effets néfastes des préjugés implicites sur les membres de l'équipe.

Recommandation 2: Utiliser des modèles de programmes d'enseignement établis pour guider l'établissement, le suivi et l'amélioration continue des curriculums.

Nous recommandons l'utilisation de modèles curriculaires existants pour concevoir et mettre en œuvre des changements en fonction des compétences décrites dans la recommandation 1. Cela permet d'adopter une approche cohérente de la réforme des programmes qui résistera au roulement du corps professoral et garantira la mise en place de stratégies de suivi et d'évaluation lorsqu'un nouveau programme sera mis en œuvre. Nous incluons des modèles validés et des exemples de professeur·es les ayant utilisés pour développer un programme d'études en CMSG afin d'offrir un point de départ. Les établissements doivent

utiliser la méthode d'élaboration des programmes qui leur convient le mieux, pour autant qu'elle contribue à garantir la cohérence et intègre une étape d'évaluation et d'amélioration.

Tout d'abord, le modèle Kern de développement curriculaire (28) est un processus circulaire en six étapes qui facilite l'élaboration et le suivi d'un nouveau programme scolaire. Il a été validé à de nombreuses reprises en tant que processus d'orientation pour la réforme des programmes et peut servir de point de départ pour les programmes d'enseignement des CMSG. Plusieurs recommandations figurant dans le reste du présent document peuvent être directement rattachées à l'une de ces étapes.

Encadré 1 : Le modèle Kern de développement curriculaire (28)

1. Identification des problèmes et évaluation des besoins généraux
2. Évaluation ciblée des besoins (voir recommandation 8)
3. Définition des buts et des objectifs (voir recommandation 1)
4. Identification des stratégies éducatives appropriées (voir recommandation 4)
5. Mise en œuvre du programme d'études (voir recommandation 3)
6. Évaluation et retour d'information

Le modèle Kern a été utilisé avec succès par un groupe de professeur.es de l'Université Rutgers pour élaborer deux programmes, l'un d'introduction à la CMSG en général (16) et l'autre spécifique à la santé des personnes trans (29). Les deux ont permis d'améliorer la compréhension et l'aisance des étudiant.es en médecine de première année en comparant les sondages réalisés avant et après le cours. Plus précisément, l'évaluation des besoins a révélé que les étudiant.es tiraient profit de l'observation d'un médecin interagissant avec un.e patient.e, d'abord mal, puis bien, après une période de réflexion en groupe sur la performance du médecin. L'utilisation du modèle de Kern les a aidés à mettre en place une méthode d'enseignement (vidéos de bonnes et mauvaises performances) qui était nouvelle pour leur établissement (16,29).

Le modèle Kirkpatrick d'évaluation curriculaire (30) a également été validé dans la littérature pour son application à l'enseignement sur les CMSG. Ce modèle guide le processus d'évaluation et de rétroaction d'un nouveau programme d'études, ce qui, par la suite, oriente les améliorations futures. Le modèle Kirkpatrick comporte quatre critères :

Encadré 2 : Le modèle Kirkpatrick d'évaluation curriculaire (30)

1. Réaction : les apprenant.es trouvent-ils le programme attrayant, utile et pertinent ?
2. Apprentissage : les apprenant.es ont-ils acquis les connaissances, les compétences et la confiance que l'on voulait leur inculquer ?
3. Comportement : si les apprenant.es ont été influencés par ce qu'ils ont appris et comment iels l'appliquent.
4. Résultats : comment les indicateurs liés aux résultats clés ont changé.

Le modèle Kirkpatrick a été utilisé avec succès par Roth et al. pour créer un programme d'études basé sur les compétences de l'AAMC. Ils ont évalué ce nouveau programme en demandant d'abord aux participant.es d'estimer leur satisfaction du curriculum et son importance pour leur programme de résidence à l'aide d'une échelle de Likert. Ils ont ensuite utilisé les appréciations subjectives des connaissances et du confort ressentis par les apprenant.es avant et après le programme pour évaluer les changements dans

l'apprentissage et les connaissances afin de mesurer plus objectivement le succès de ce programme d'études. Leur évaluation post-curriculum comprenait également des questions sur la manière dont les étudiant.es avaient l'intention d'utiliser ce qu'ils avaient appris dans la clinique. Enfin, l'équipe de recherche a évalué les changements dans les pourcentages auto-déclarés du temps passé par les prestataires à poser des questions pertinentes sur les antécédents d'un.e patient.e. Ce faisant, l'équipe a évalué les quatre critères du modèle Kirkpatrick et s'est assurée que son programme répondait de manière adéquate aux besoins des apprenants, à la fois dans l'immédiat et de manière longitudinale en clinique (31).

Plus spécifiquement pour la communauté MSG, Zumwalt et al. ont établi le SGM-CAT (32), une liste de 12 éléments tirés des lignes directrices de l'AAMC qui servent d'objectifs d'enseignement pour les programmes d'études. Ce travail a été effectué dans le contexte du renouvellement de leur programme d'études, comme décrit ci-dessus, et cette liste de points peut être utilisée ou adaptée aux objectifs institutionnels ou aux objectifs CanMEDS (voir la recommandation 1) pour aider l'évaluation de tout nouveau programme d'études mis en place dans un établissement canadien.

Recommandation 3 : Le contenu sur les CMSG devrait être intégré dans les activités d'apprentissage existantes et les cours isolés sur la « santé LGBTQ » devraient être évités. Toutes les activités d'apprentissage portant sur des sujets liés à la santé de CMSG devraient être obligatoires.

Le contenu portant sur les CMSG devrait être inclus dans le cursus médical longitudinal dans le cadre d'activités d'apprentissage obligatoires déjà existantes, car cela favorise un environnement d'inclusion, conduit à une meilleure rétention et à une diminution des préjugés, et garantit que tous les étudiant.es en médecine reçoivent une formation suffisante sur les enjeux des CMSG.

L'intégration du contenu sur les CMSG dans les activités d'apprentissage obligatoires déjà existantes normalise les identités MSG et contextualise les enjeux de santé d'un point de vue diversifié et plus complet. Les narratifs originaux et dominants sur lesquels les écoles de médecine occidentales ont été fondées reflètent les valeurs et les intérêts des hommes blancs, riches, hétérosexuels et cisgenres et sont intrinsèquement oppressifs pour les autres groupes tels que les personnes des MSG (33). La communauté médicale ayant commencé à remettre en question ces récits et à redéfinir l'enseignement médical pour y inclure les perspectives des autres communautés, il est essentiel d'intégrer ce contenu dans le programme d'études de base (33). La séparation du contenu sur les MSG dans une section distincte du programme est une forme d'« isolement structurel », sous-entendant que les personnes 2SLGBTQ+ sont une « population spéciale » et que leurs problèmes de santé sont distincts de ceux du grand public (33). Des modifications du tronc commun qui tiennent compte du large éventail d'identités MSG et de leurs différents besoins permettront aux étudiant.es de fournir des soins sûrs et informés à tous.les patient.es, quelle que soit la spécialité qu'ils choisissent d'exercer à l'issue de leurs études médicales de premier cycle.

L'intégration longitudinale des concepts sur les CMSG dans le cursus médical diminue les préjugés des étudiant.es à l'égard des personnes des MSG et permet une meilleure rétention des connaissances. Un sondage a interrogé des étudiant.es en médecine qui

avaient suivi un ou deux cours didactiques sur le traitement des jeunes souffrant de dysphorie de genre et a évalué leurs connaissances et leurs attitudes à l'égard des interventions hormonales pour les adolescent.es trans (8). Des niveaux de connaissance similaires ont été trouvés chez les étudiant.es qui croient que la thérapie hormonale est éthique et chez ceux qui croient qu'elle est contraire à l'éthique, ce qui démontre que les connaissances didactiques sur les avantages thérapeutiques ne sont peut-être pas suffisantes pour influencer les attitudes à l'égard des soins endocriniens pour les jeunes trans (8). Il a également été démontré que les connaissances générales et la précision dans l'utilisation de la terminologie diminuaient avec le temps, ce qui suggère qu'un enseignement de la matière tout au long des études médicales pourrait améliorer la rétention (8). En résumé, l'intégration continue et cohérente des sujets relatifs aux MSG et l'exposition à des pairs des CMSG tout au long de la formation médicale contribuent à réduire les préjugés et à améliorer la préparation des étudiant.es au traitement des patient.es des CMSG.

Un autre avantage de l'intégration dans les activités d'apprentissage préexistantes est qu'elle résout le problème du manque de temps dans les programmes, qui, d'après des conversations informelles avec les responsables des programmes, est un obstacle fréquemment cité à l'enseignement du contenu sur les CMSG. La modification des sessions existantes pour inclure les perspectives des MSG et utiliser un langage approprié permet de contourner ce problème et de centrer les identités 2SLGBTQ+ comme partie intégrante des soins de santé. En outre, les curriculums sur les CMSG longitudinaux s'étant révélés efficaces, les activités d'apprentissage sur les MSG doivent être obligatoires afin que tous les étudiant.es bénéficient de cette formation.

L'intégration du contenu LGBTQ dans les cours obligatoires garantit que *tous.les* les étudiant.es en médecine reçoivent cette formation importante sur la santé des MSG, puisqu'il a été démontré que ce ne sont pas tous.les les étudiant.es qui assistent aux conférences facultatives. En fait, la littérature sur l'éducation à la santé des CMSG cite souvent ce fait comme une limite de l'enseignement si les sessions d'apprentissage sont facultatives ; souvent, ce sont les personnes qui s'intéressent au sujet et le connaissent qui viennent aux sessions, et non les étudiant.es qui ont un manque de connaissances. C'est ce que démontrent Liang et al. dans une étude mesurant les connaissances et l'aisance des étudiant.es en médecine sur les sujets liés à la médecine chez les CMSG par le biais d'un sondage avant et après le programme (34). Bien que les étudiant.es ayant participé à des activités d'apprentissage sur la santé des MSG ou à un cours facultatif sur la médecine trans n'aient pas été identifiés, les « alliés et les personnes s'identifiant comme LGBTI » représentaient ensemble 94 % des répondants à l'enquête (34). Les auteurs.rices ont reconnu que le biais de réponse était une limite importante de l'étude, car il est difficile de caractériser pleinement l'efficacité des sessions d'apprentissage lorsque les étudiant.es qui choisissent de participer ont déjà un intérêt, des connaissances et une expérience supérieurs à la moyenne sur les sujets portant sur les CMSG par rapport à leurs pairs qui n'ont pas participé (34). Par conséquent, les activités obligatoires sont primordiales pour s'assurer que chaque étudiant.e bénéficie de cet enseignement important.

Il existe de la littérature qui propose des suggestions sur l'intégration de l'enseignement longitudinal sur les CMSG et des exemples de la manière dont cela a été fait dans certains programmes médicaux. Pregnall et al. fournissent un schéma directeur pour l'intégration de sujets relatifs aux CMSG dans le cursus médical existant, en se concentrant sur

l'enseignement médical postuniversitaire (27). Il y a décrit des considérations cliniques pour les personnes appartenant à des MSG dans vingt-sept spécialités médicales. La médecine interne, par exemple, pourrait intégrer un enseignement sur « prodiguer des soins aigus aux patient.es trans, une prophylaxie pré-exposition, de l'hormonothérapie d'affirmation du genre et des dépistages en matière de santé sexuelle et mentale, ainsi que répondre aux besoins en soins primaires des patient.es trans ». L'urologie, par exemple, pourrait offrir une formation sur « le cancer de la prostate chez les femmes trans, la réalisation de phalloplasties et de vaginoplasties conformes au genre et la prise en charge des complications liées à ces interventions » (27). Roth et al. décrivent un programme d'études sur les MSG longitudinal qui a été mis en œuvre avec succès dans le cadre de la formation médicale continue en pédiatrie (31). Leur étude a utilisé le temps de formation déjà suivi par les enseignant.es et les résident.es en médecine pour enseigner des sujets sur les CMSG spécifiques à la pédiatrie sur une période d'un an. Les résultats comprenaient une amélioration de l'aisance des praticien.nes dans l'anamnèse liée à la MSG et dans l'enseignement de ce matériel aux étudiant.es. À l'issue du programme, les personnes participantes ont également manifesté un intérêt accru pour l'adaptation de leur pratique afin d'inclure davantage les patient.es des CMSG et pour l'application de lignes directrices spécifiques aux CMSG dans leur pratique, ce qui démontre efficacement la force d'un programme d'études longitudinal (31). Un audit approfondi des programmes d'études médicales prédoctorales existants et des méthodes d'intégration du contenu sur les CMSG spécifiques à chaque matière dépasse la portée de notre article ; cependant, ces exemples démontrent la pertinence universelle des soins des CMSG parmi toutes les spécialités médicales et servent à encourager les équipes chargées des programmes à identifier les sujets concernant les MSG pertinents pour leur secteur de la médecine. Pregnall et al. incluent également un tableau d'études pertinentes qui détaillent la manière dont les sujets liés aux CMSG sont enseignés dans diverses disciplines (voir Pregnall et al., tableau 2), ce qui peut servir de point de départ à toute personne qui tente d'intégrer le contenu des CMSG dans son bloc spécifique ou son domaine de pratique.

Recommandation 4 : Des cas, des discussions de groupe, des exercices de jeux de rôle, des conférencier·ères invité·es et d'autres modalités d'enseignement pratique devraient être incorporés dans les curriculums portant sur les CMSG, car ils sont plus efficaces que les cours magistraux.

La sélection de méthodes d'enseignement appropriées est une étape critique pour l'intégration de l'enseignement des questions de santé des CMSG dans la formation médicale, car la méthode choisie influencera la façon dont les étudiant.es s'engageront et retiendront le matériel (26). Traditionnellement, les années précliniques des études médicales sont enseignées sous forme de cours magistraux ; cependant, la recherche a montré que les étudiant.es apprennent plus efficacement avec des modalités qui encouragent à la fois les interactions entre l'étudiant.e et l'enseignant.e et la possibilité de pratiquer ou d'appliquer les connaissances, ce qu'un cours magistral traditionnel n'offre pas (35). L'apprentissage basé sur des cas concrets permet aux étudiant.es d'appliquer les connaissances qu'ils acquièrent à des cas réels, développant ainsi leur esprit critique (26). Cela permet de mieux comprendre les problèmes auxquels les CMSG sont confrontées en matière de genre, d'équité dans les soins de santé et d'effets de la discrimination sur leur

santé physique et mentale (également connus sous le nom de "stress des minorités"). Dans le contexte de cette recherche, une activité d'apprentissage "basée sur un cas" signifie toute modalité où les étudiant.es appliquent ce qu'ils ont appris à une situation réelle ou simulée (26) ; cette définition englobe de nombreux types d'activités d'apprentissage.

Par exemple, les discussions de groupe avec des membres de la communauté MSG se sont révélées être une méthode d'apprentissage incroyablement efficace dans le cadre d'une étude qualitative menée par Yang et al. (26). Ils notent que les histoires partagées par les panélistes ont permis aux étudiant.es en médecine d'acquérir de nouvelles connaissances et de mieux comprendre la valeur de ces perspectives. Le réalisme offert par l'enseignement narratif à l'aide de panels ou de personnes invitées aide les étudiant.es à donner un sens à ces sujets ; ils sont donc plus susceptibles d'appliquer ces concepts à leur propre conduite en dehors de la salle de classe. De plus, il a été noté que les groupes de discussion et les intervenant.es invité.es étaient les parties préférées des étudiant.es dans les cours et que cela favorisait un plus grand engagement dans la matière (26). Il a également été constaté qu'une période de questions-réponses avec les présentateur.rices permettait d'impliquer les apprenant.es en apportant une réponse immédiate aux questions (26).

Une autre méthode pour prodiguer un enseignement basé sur des cas est celle des discussions basées sur des cas, où les étudiant.es sont regroupés en équipes pour discuter d'un cas qui a été rédigé soit sur la base d'une véritable expérience de patient.e, soit généré pour correspondre à un ensemble d'objectifs d'apprentissage (36). Cette modalité d'apprentissage permet aux étudiant.es de discuter entre eux, ce qui contribue au développement du raisonnement clinique et des compétences en matière de prise de décision (36). Ces cas sont généralement accompagnés d'une série de questions pour guider les discussions.

Il est important de noter que tous les établissements ne disposent pas des ressources immédiates pour identifier et recruter des personnes ayant une expérience vécue en tant que membres de la communauté MSG ; nous fournissons des conseils à ce sujet dans la recommandation 8. En outre, les périodes de questions-réponses et les discussions doivent être animées par une personne expérimentée ou formée pour garantir la sécurité de l'intervenant.e et des étudiant.es faisant partie des CMSG présent.es en répondant de manière adéquate à toute microagression intentionnelle ou non intentionnelle découlant des questions des étudiant.es. L'importance de la formation du corps enseignant est examinée plus en détail dans la recommandation 5. Enfin, les jeux de rôle et la pratique des techniques d'entretien font partie intégrante de l'application des connaissances ; nous discutons de l'utilisation des ECOS dans la recommandation 7. Pour des exemples de ces modalités d'enseignement en action, voir le tableau 1.

Recommandation 5 : Assurez une formation adéquate du corps professoral sur la réalité des CSMG.

Notre expérience en tant qu'étudiant·s, éducateur·es et défenseur·es des droits 2SLGBTQ+, ainsi que notre analyse de la littérature ont démontré que l'un des principaux obstacles à la mise en place d'un cursus SGM adéquat dans les facultés de médecine est le manque de formation du corps enseignant pour dispenser ce contenu (26). Le développement

professionnel de tout le corps professoral est essentiel pour garantir que le matériel approprié est enseigné et que les professeur·es informé·es ne perpétuent pas des stéréotypes préjudiciables en enseignant des cours qui ne sont pas immédiatement perçus comme étant pertinents pour les CSGM.

Biro et al. ont organisé des groupes de discussion avec des étudiant·es en médecine qui ont identifié que la variabilité de la qualité des précepteur·rices avait un impact sur leur apprentissage ; en outre, ils ont noté que les préjugés persistants de la faculté avaient également un impact négatif sur l'apprentissage (36). Il existe cependant des preuves concluantes montrant que le corps enseignant réagit bien à la formation. Roth et al. ont piloté un programme d'un an pour combler les lacunes de la formation médicale supérieure en pédiatrie concernant les CSGM et ont noté une augmentation statistiquement significative de l'aisance du corps professoral à enseigner ce matériel aux stagiaires à l'issue du cours (31). Les compétences clés que les enseignant·es doivent maîtriser vont au-delà de la maîtrise de la matière elle-même et incluent des compétences en matière d'animation de discussion afin d'éviter de submerger les étudiant·es et d'aider à trouver un équilibre entre les étudiant·es qui sont plus au fait de ces sujets et ceux qui les découvrent pour la première fois. (26). En outre, le corps enseignant doit être en mesure de réorienter avec tact les participant·es qui pourraient accidentellement perpétuer des stéréotypes ou des erreurs de genre sans honte (29), et de s'engager dans une auto-réflexion continue et proactive pour aider à gérer les préjugés implicites (37).

Le développement de la formation professionnelle devrait suivre la même approche globale que le développement du matériel d'apprentissage pour les étudiant·es, y compris l'évaluation continue du succès de cette formation et des améliorations continues ; veuillez vous référer à la recommandation 2 pour une approche globale et des suggestions de méthodes qui peuvent être utiles.

Recommandation 6 : Bâissez des espaces sécuritaires pour les étudiant·es 2SLGBTQ+.

Une revue systématique de 2019 sur les expériences des étudiant·es en médecine 2SLGBTQ+ a révélé que ces dernier·es subissaient plus de discrimination que d'inclusion pendant leur formation (38). Tous les élèves, y compris ceux de MSG, ont droit à un environnement d'apprentissage sûr et sain. La protection de ce droit passe par un curriculum médical qui couvre de manière adéquate les questions liées aux CMSG, par l'amélioration du climat de diversité de l'établissement et par la préparation des étudiant·es à soigner cette population en facilitant les interactions positives avec les CSGM (9). L'absence d'un cursus adéquat sur la santé MSG oblige les étudiant·es, en particulier ceux de MSG, à organiser des événements pédagogiques extrascolaires sur les questions fondamentales liées à la santé MSG. Cela signifie non seulement aux étudiant·es de MSG que leur identité et leurs besoins ne sont pas essentiels à la formation médicale, mais aussi que c'est à un groupe déjà marginalisé qu'il incombe d'éduquer ses pairs et de justifier la pertinence des questions MSG dans les soins prodigués aux patient·es. Il incombe à l'établissement de favoriser un espace inclusif et de fournir des enseignant·es ayant reçu une formation adéquate en matière de diversité.

Une formation adéquate des enseignant·es et une attention particulière au recrutement du personnel de MSG peuvent conduire à une meilleure représentation et à l'inclusion des étudiant·es 2SLGBTQ+. Freeman et Keuroghlian expliquent que les enseignant·es en médecine peuvent "se sentir anxieux[·ses] à l'idée d'offenser par inadvertance" lorsqu'ils discutent des problèmes de santé des CMSG, car ils ne maîtrisent pas suffisamment la terminologie et les concepts en constante évolution liés aux CMSG (37). Une formation adéquate des enseignant·es peut les aider à se sentir plus à l'aise dans l'enseignement de ces sujets et dans les interactions avec les étudiant·es de MSG, ce qui crée, en fin de compte, un environnement plus sûr et plus inclusif pour tout le monde. Parmi les exemples de formation du corps enseignant, citons la discussion des différences entre le sexe et le genre, les pronoms non-binaires et les expressions de l'identité de genre, ainsi que l'enseignement de la manière dont les préjugés implicites et explicites contre les CMSG "ont un impact négatif sur la communication, la relation et la prise de décision dans les soins cliniques et les établissements d'enseignement" (37). Un établissement accueillant pour les étudiant·es 2SLGBTQ+ et donnant la priorité à la sensibilisation et à l'acceptation des CMSG par le corps enseignant est plus susceptible d'être un environnement positif pour le personnel de MSG, ce qui conduit à un meilleur recrutement et à une meilleure rétention des enseignant·es MSG (39). La représentation est importante : les enseignant·es MSG servent de mentors, de modèles de rôle et de défenseur·es des étudiant·es et du personnel de MSG. Ils peuvent influencer positivement les opinions et les politiques institutionnelles sur les CMSG, en promouvant une culture de respect et d'équité (39). Les établissements dotés d'un corps professoral diversifié et activement inclusif créent un environnement dans lequel les étudiants peuvent être ouvertement queer et trans, ce qui se traduit par une meilleure préparation clinique pour toutes les étudiant·es en médecine.

L'augmentation des contacts entre étudiant·es de MSG et étudiant·es hétérosexuel·les et cisgenres permet une meilleure préparation générale à la prise en charge des patient·es de MSG. Phelan et al. ont constaté que des contacts favorables plus fréquents avec des collègues et des patient·es de MSG, moins de modèles de comportement discriminatoire de la part des enseignant·es et moins de discrimination rapportée par les étudiant·es de MSG étaient associés à une diminution des préjugés des étudiant·es en médecine à l'égard des personnes de MSG et à une meilleure perception des compétences et de la préparation à la prise en charge des patient·es de MSG (9). Un facteur important est que la présence d'étudiant·es 2SLGBTQ+ dans un programme favorise l'enseignement entre pairs, car ces étudiant·es démontrent systématiquement une plus grande connaissance des sujets MSG que leurs homologues cisgenres et hétérosexuel·les et peuvent aider les autres à mieux comprendre la culture des CMSG (34). En outre, un enseignement adéquat des questions liées à la sexualité et à la diversité de genre dans le cadre du programme permet à toutes d'avoir une connaissance de base des enjeux MSG et allège le fardeau des étudiant·es de MSG. Dans l'idéal, l'enseignement par les pairs peut ainsi fournir du contexte et de la compréhension supplémentaires, au lieu d'être la seule source d'information sur ces sujets importants.

Une exposition générale accrue aux personnes 2SLGBTQ+ permet d'atténuer les préjugés et de garantir un environnement plus sûr pour les étudiant·es de MSG. Burke et al. ont constaté que "des contacts intergroupes plus fréquents et plus positifs prédisaient des attitudes plus positives à l'égard des hommes gais et des femmes lesbiennes" et formulent

plusieurs recommandations concernant la facilitation des contacts positifs dans le cadre de la FM1C (40). Tout d'abord, les enseignant·es peuvent inclure des personnes de MSG dans les tables rondes de conférences, ce qui offre aux étudiant·es un "petit nombre de contact[s] positif[s] de haute qualité". Leurs résultats démontrent que lorsque le contact avec des personnes de MSG est très favorable, la quantité de ce contact est moins importante. Deuxièmement, la mise en œuvre de programmes visant à recruter davantage d'étudiant·es de MSG dans les facultés de médecine offre à toutes la possibilité d'avoir des contacts entre pairs avec les CMSG et s'avère particulièrement efficace pour réduire les préjugés intergroupes. Troisièmement, le corps enseignant devrait favoriser le développement d'un environnement inclusif et favorable à l'affirmation de l'identité des étudiant·es de MSG, ce qui réduit le risque d'abandon du programme (40).

Recommandation 7 : La place des ECOS comme outil d'apprentissage

Les ECOS ont un rôle à jouer dans le développement de la compétence culturelle dans un environnement à faible risque. Cet environnement d'apprentissage permet aux étudiant·es de faire des erreurs et de poser des questions sans offenser ou blesser des patient·es. Greene et al. proposent le Learner Activation Framework [NDLR: Cadre d'activation de l'apprenant] comme moyen d'impliquer les étudiant·es dans leur propre apprentissage de la santé trans, et ce sur quatre niveaux qui contribuent à développer l'agentivité et l'autodétermination (41). Pour utiliser efficacement les ECOS, il faut atténuer le sentiment de jugement que les étudiant·es peuvent ressentir de la part de leurs pairs. Potter et al. ont établi un ensemble de règles de base pour les scénarios de jeux de rôle et ont constaté que l'application de ces règles par le corps enseignant permettait aux étudiant·es de se sentir plus en sécurité en s'engageant dans la matière (42).

Il est important de concevoir des cas qui préparent les étudiant·es de manière adéquate sans contribuer aux préjugés. Une critique importante des programmes canadiens actuels est que les cas renforcent les stéréotypes en ne discutant des patients 2SLGBTQ+ que lorsque leur sexualité ou leur genre contribue directement au cas, ce qui comporte souvent une connotation négative. Un exemple classique est le patient séropositif qui est toujours un homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, ou un cas de psychiatrie où la dépression du patient est liée à son identité sexuelle et à rien d'autre. Nous proposons deux moyens d'atténuer ce phénomène : premièrement, veiller à ce que les cas présentés lors des ECOS soient plus nuancés et moins axés sur le sexe ou la sexualité d'un·e patient·e. Deuxièmement, et c'est sans doute le plus important, veiller à ce qu'il y ait des cas de patient·es 2SLGBTQ+ qui cherchent à se faire soigner pour des raisons non-liées à leur identité, par exemple un bras cassé. Cela permet d'introduire des scénarios dans lesquels l'identité sexuelle et de genre d'un·e patient·e n'est pertinente qu'en tant qu'information démographique et ne justifie pas une discussion approfondie sur les pratiques sexuelles.

En outre, certain·es étudiant·es peuvent ressentir le besoin d'avoir plus d'une occasion d'acquérir les compétences et la confiance nécessaires aux rencontres avec un patient·e 2SLGBTQ+ (41). Voir la recommandation 3 pour plus d'informations sur les avantages d'un programme d'études longitudinal.

Enfin, bien que les ECOS ne soient pas toujours représentatifs d'une véritable interaction en clinique, l'embauche de patient·es standardisé·es ayant une expérience vécue de l'identité qu'ils représentent peut améliorer l'authenticité des scénarios. La recommandation 8 contient des informations sur le recrutement de membres des CMSG au niveau local pour faciliter l'organisation d'un cours, y compris les ECOS.

Recommandation 8 : Impliquer la communauté MSG locale dans la création d'un nouveau curriculum sans la surcharger ni rechercher uniquement parmi les étudiant·es pour de la représentation 2SLGBTQ+.

L'importance de la participation des CMSG locales à la planification et à l'exécution d'un curriculum ne peut être sous-estimée et est particulièrement importante à deux étapes différentes. Tout d'abord, une évaluation fiable des besoins nécessite l'apport de la communauté à laquelle le programme d'études est destiné. Étant donné que le paysage politique et social varie d'une région à l'autre du Canada, la consultation des communautés locales fournira des informations précieuses qui peuvent aider à orienter la conception du programme d'études. En outre, comme nous l'avons déjà décrit, la plupart des programmes d'études utiliseront des modalités d'enseignement où une perspective 2SLGBTQ+ est présentée en cours (par exemple, des tables rondes, des discussions de cas), ou où un·e étudiant·e peut interagir avec un patient 2SLGBTQ+ dans le cadre d'un ECOS. Une communication précoce et transparente avec les communautés locales facilitera le recrutement et la fidélisation des personnes de MSG susceptibles d'animer ces sessions ou d'y participer.

Arora et al. ont utilisé efficacement les ressources locales lors de l'évaluation des besoins de leur faculté en Australie. En discutant avec des personnes trans locales et leurs familles, ils ont identifié les compétences spécifiques et les éléments de connaissance que les étudiant·es en médecine de cette région doivent acquérir pour soigner correctement leurs patient·es. Ils ont ainsi pu mettre en place un programme d'études adapté aux populations desservies (15). Salkind et al. ont également commencé par une évaluation des besoins de la communauté, qui a ensuite facilité le recrutement d'une personne transgenre pour une table ronde et d'animateurs·rices 2SLGBTQ+ supplémentaires pour les sessions en petits groupes (les animateurs·rices de petits groupes s'identifiant comme cis ont reçu une formation supplémentaire, voir la Recommandation 5) (41).

Ressources et points de départ

Chaque province, territoire et municipalité possède ses propres ressources communautaires et groupes MSG. Nous ne pouvons pas fournir une liste exhaustive des endroits où chercher de l'information partout au Canada, mais nous suggérons de commencer par les groupes des CMSG dans votre ville qui disposent de fonds et de ressources pour faire le lien entre les personnes intéressées par l'amélioration curriculaire en FM1C et les parties prenantes locales. Plus précisément, nous suggérons de consulter nos Guides de soins d'affirmation de genre, disponibles à cqmsa.org/guides, qui contiennent des sections sur les cliniques d'affirmation de genre et les groupes communautaires locaux dans chaque province et territoire.

Conclusion

Ce livre blanc résume le paysage canadien actuel de l'enseignement des sujets 2SLGBTQ+ dans la FM1C et décrit pourquoi cet enseignement devrait être standardisé dans tout le pays. Pour guider ce processus, nous avons présenté un ensemble de huit recommandations qui, selon notre expérience d'éducateurs·rices et d'étudiant·es, bénéficieraient à tout programme médical de 1er cycle. Nous concluons par une liste de ressources et de points de départ pour établir des liens avec les intervenant·es communautaires dans chaque province et à l'échelle nationale.

Le Canada doit élaborer un standard national pour la formation médicale sur les sujets 2SLGBTQ+, car tout·e médecin peut s'attendre à rencontrer des patient·es 2SLGBTQ+ dans sa pratique, quel que soit son domaine d'activité. Il est donc essentiel que les équipes pédagogiques facultaires s'adaptent aux besoins des étudiant·es et au climat changeant de la médecine, et qu'elles évoluent pour inclure une formation pertinente sur les populations mal desservies telles que les CMSG. Un curriculum adéquat et conforme aux normes d'accréditation nationales formera les étudiant·es en médecine 2SLGBTQ+, favorisera un environnement d'apprentissage plus inclusif et garantira que toutes les étudiant·es en médecine disposent des outils nécessaires pour s'occuper d'une population de patients diversifiée.

Remerciements

Les auteur·rices aimeraient remercier le Sous-comité 2SLGBTQ+ du Comité équité, diversité et inclusion de l'Association de facultés de médecine du Canada (AFMC) pour son aide lors du raffinement de nos recommandations. Nous aimerions aussi remercier tous les autres membres du comité directeur de l'ACÉQM pour leurs commentaires utiles lors de l'écriture de ce papier.

Banque de mots

2SLGBTQ+ - lesbien·ne, gai·e, bisexuel·le, transgenre, queer, et l'ensemble des autres personnes qui font partie de la communauté de la diversité sexuelle et de genre

Bispirituel·le - Abrégé comme 2E pour “Deux Esprits”. Terme pan-autochtone utilisé par certains individus autochtones pour s'auto-identifier en tant que non-cisgenre et/ou non-hétérosexuel·le. Il est faux de penser que les identités bispirituelles remplacent les identités non-cisgenres et non-hétérosexuelles qui sont spécifiques à une culture donnée. Ces identités appartenant aux Premiers Peuples existaient avant la colonisation et ont leurs propres significations et façons d'être.

Cisgenre - Un individu dont l'identité de genre correspond au sexe assigné à la naissance

CMSG - communautés de minorités sexuelles et de genre

Dysphorie de genre - Vécu de détresse et malaise qui arrive lors des incongruences ressenties entre l'identité de genre et le sexe biologique d'un individu.

ECOS - Examen clinique objective et structurée

FM1C - Formation médicale de 1er cycle

Genre - L'ensemble de caractéristiques, rôles, standards, et attentes des hommes, femmes et personnes diverses dans le genre tels que construits par la société dans laquelle iels vivent.

Hétérosexisme - La présomption que l'attraction hétérosexuelle est la norme et l'ensemble des biais et discriminations contre des personnes d'autres sexualités.

Queer - Un terme englobant les identités de sexualité et de genre qui ne sont pas hétérosexuelles et cisgenres.

Sexe - Une distinction biologique (mais qui reste socialement construite) basée sur les chromosomes et l'expression phénotypique de certains gènes impliqués dans le développement du corps. Catégorisé comme mâle, femelle, intersexe.

Stigmatisation structurelle - La marginalisation active, systémique et institutionnelle d'individus ou de groupes qui ne correspondent pas aux normes sociales majoritaires.

Transgenre - Adjectif qui décrit une personne dont l'identité de genre ne correspond pas au sexe assigné à la naissance. Peut s'abréger comme “trans”, mais notez bien qu'on n'utilise jamais le mot trans en tant que nom pour signifier un individu : on dit “une personne trans” ou “mon ami trans” plutôt que “un·e trans”.

Références

1. Casey B. The Health of LGBTQIA2 Communities in Canada. House of Commons. 2019;42nd Parliament(1st Session):70.
2. Drescher J. Out of DSM: Depathologizing Homosexuality. *Behav Sci (Basel)*. 2015 Dec 4;5(4):565–75.
3. Gender Dysphoria Diagnosis [Internet]. [cited 2023 Feb 27]. Available from: <https://www.psychiatry.org/443/psychiatrists/diversity/education/transgender-and-gender-nonconforming-patients/gender-dysphoria-diagnosis>
4. Roberts TK, Fantz CR. Barriers to quality health care for the transgender population. *Clin Biochem*. 2014 Jul;47(10–11):983–7.
5. Quinn GP, Sutton SK, Winfield B, Breen S, Canales J, Shetty G, et al. Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer/Questioning (LGBTQ) Perceptions and Health Care Experiences. *J Gay Lesbian Soc Serv*. 2015;27(2):246–61.
6. de Vries E, Kathard H, Müller A. Debate: Why should gender-affirming health care be included in health science curricula? *BMC Med Educ*. 2020 Feb 14;20(1):51.
7. Woodman J. Brief to the Standing Committee on Health: A Canada without barriers to the health and well-being of trans and gender diverse people [Internet]. 2019 [cited 2023 Feb 27]. Available from: <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/HESA/Brief/BR10482210/br-external/CanadianProfessionalAssociationForTransgenderHealth-1-e.pdf>
8. Turban JL, Winer J, Boulware S, VanDeusen T, Encandela J. Knowledge and attitudes toward transgender health. *Clin Teach*. 2018 Jun;15(3):203–7.
9. Phelan SM, Burke SE, Hardeman RR, White RO, Przedworski J, Dovidio JF, 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):1193–201.
10. McPhail D, Rountree-James M, Whetter I. Addressing gaps in physician knowledge regarding transgender health and healthcare through medical education. *Can Med Educ J*. 2016 Oct;7(2):e70–8.
11. The case for a Canadian standard for 2SLGBTQIA+ medical education [Internet]. Available from: <https://www.cmaj.ca/content/193/16/E562>
12. Hunt R, Bates C, Walker S, Grierson J, Redsell S, Meads C. A Systematic Review of UK Educational and Training Materials Aimed at Health and Social Care Staff about Providing Appropriate Services for LGBT+ People. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Dec;16(24):4976.
13. Association of American Medical Colleges. Implementing Curricular and Institutional Climate Changes to Improve Health Care for Individuals Who are LGBT, Gender Nonconforming, or Born with DSD: A Resource for Medical Educators [Internet]. 2014 [cited 2023 Mar 19]. Available from: <https://store.aamc.org/implementing-curricular-and-institutional-climate-changes-to-improve-health-care-for-individuals-who-are-lgbt-gender-nonconforming-or-born-with-dsd-a-resource-for-medical-educators.html>
14. Stumbar SE, Garba NA, Holder C. Let's Talk About Sex: The Social Determinants of Sexual and Reproductive Health for Second-Year Medical Students. *MedEdPORTAL*. 2018 Nov 9;14:10772.
15. Arora M, Walker K, Luu J, Duvivier RJ, Dune T, Wynne K. Education of the medical profession to facilitate delivery of transgender health care in an Australian health district. *Aust J Prim Health*. 2019;(101123037).
16. Gavzy SJ, Berenson MG, Decker J, Domogauer J, Alexander A, Pulaski M, et al. The Case of Ty Jackson: An Interactive Module on LGBT Health Employing Introspective Techniques and Video-Based Case Discussion. *MedEdPORTAL*. 2019 Jun 4;15:10828.
17. Gibson AW, Gobillot TA, Wang K, Conley E, Coard W, Matsumoto K, et al. A Novel Curriculum for Medical Student Training in LGBTQ Healthcare: A Regional Pathway Experience. *J Med Educ Curric Dev*. 2020 Dec;7:2382120520965254.

18. Thomas M, Balbo J, Nottingham K, Forster L, Chavan B. Student Journal Club to Improve Cultural Humility with LGBTQ Patients. *J Prim Care Community Health*. 2020 Dec;11:2150132720963686.
19. Vance SRJ, Dentoni-Lasofsky B, Ozer E, Deutsch MB, Meyers MJ, Buckelew SM. Using Standardized Patients to Augment Communication Skills and Self-Efficacy in Caring for Transgender Youth. *Acad Pediatr*. 2021 May 19;
20. Charles C, Haaland M, Kulkarni A, Webber J. Improving Healthcare for LGBTQ Populations. :12.
21. Yan H, Ahmad T, Kulkarni A. Health Care for Transgender Patients: Medical Education and Patient Access. 2015;8.
22. Nama N, MacPherson P, Sampson M, McMillan HJ. Medical students' perception of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) discrimination in their learning environment and their self-reported comfort level for caring for LGBT patients: a survey study. *Med Educ Online*. 2017;22(1):1368850.
23. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*. 2022 Aug 19;23(sup1):S1–259.
24. CanMEDS Framework :: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada [Internet]. [cited 2023 Mar 19]. Available from: <https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>
25. CanMEDS Role: Health Advocate :: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada [Internet]. [cited 2023 Mar 19]. Available from: <https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/framework/canmeds-role-health-advocate-e>
26. Al-Shidhani TA. Curriculum Development for Medical Education. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2010 Dec;10(3):416–7.
27. Berenson MG, Gavzy SJ, Cespedes L, Gabrani A, Davis M, Ingram K, et al. The Case of Sean Smith: A Three-Part Interactive Module on Transgender Health for Second-Year Medical Students. *MedEdPORTAL*. 2020 Jul 21;16:10915.
28. The Kirkpatrick Model [Internet]. Kirkpatrick Partners, LLC. [cited 2023 Mar 19]. Available from: <https://www.kirkpatrickpartners.com/the-kirkpatrick-model/>
29. Roth LT, Catallozzi M, Soren K, Lane M, Friedman S. Bridging the Gap in Graduate Medical Education: A Longitudinal Pediatric LGBTQ Health Curriculum. *Acad Pediatr*. 2021 Jun 4;
30. Zumwalt AC, Carter EE, Gell-Levey IM, Mulkey N, Streed CJ, Siegel J. A Novel Curriculum Assessment Tool, Based on AAMC Competencies, to Improve Medical Education About Sexual and Gender Minority Populations. *Acad Med*. 2021 Jun 8;
31. Yang HC. Teaching LGBT+ Health and Gender Education to Future Doctors: Implementation of Case-Based Teaching. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Aug 10;18(16):8429.
32. Pregnall AM, Churchwell AL, Ehrenfeld JM. A Call for LGBTQ Content in Graduate Medical Education Program Requirements. *Acad Med*. 2021 Jun 1;96(6):828–35.
33. Advancing Health Equity: A Guide to Language, Narrative and Concepts.
34. Liang JJ, Gardner IH, Walker JA, Safer JD. OBSERVED DEFICIENCIES IN MEDICAL STUDENT KNOWLEDGE OF TRANSGENDER AND INTERSEX HEALTH. *Endocr Pract*. 2017 Aug;23(8):897–906.
35. George T, Carey RAB, Abraham OC, Sebastian T, Faith MF. Trainee doctors in medicine prefer case-based learning compared to didactic teaching. *J Family Med Prim Care*. 2020 Feb 28;9(2):580–4.
36. Biro L, Song K, Nyhof-Young J. First year medical student experiences with a clinical skills seminar emphasizing sexual and gender minority population complexity. *Can Med Educ J*. 2021 Apr;12(2):e11–20.
37. Freeman NW, Keuroghlian AS. Supporting transgender and gender diverse medical students. *Lancet*. 2022 Sep 10;400(10355):804–5.
38. Ortiz-López N, Jerez-Yáñez O, Cortés-Chau F, Rodríguez-Cabello J. [Experiences of medical students belonging to sexual and gender diversity: a systematic review]. *Rev*

- Med Chil. 2021 Jul;149(7):1058–69.
39. Unique Populations [Internet]. AAMC. [cited 2021 Aug 3]. Available from: <https://www.aamc.org/professional-development/affinity-groups/gfa/unique-populations>
 40. Burke SE, Dovidio JF, Przedworski JM, Hardeman RR, Perry SP, Phelan SM, et al. Do Contact and Empathy Mitigate Bias Against Gay and Lesbian People Among Heterosexual First-Year Medical Students? A Report From the Medical Student CHANGE Study. *Acad Med*. 2015;90(5):645–51.
 41. Greene RE, Blasdel G, Cook TE, Gillespie C. How Do OSCE Cases Activate Learners About Transgender Health? *Acad Med*. 2020 Dec;95(12S Addressing Harmful Bias and Eliminating Discrimination in Health Professions Learning Environments):S156–62.
 42. Potter LA, Burnett-Bowie SAM, Potter J. Teaching Medical Students How to Ask Patients Questions About Identity, Intersectionality, and Resilience. *MedEdPORTAL publ*. 2016;12(101714390):10422.
 43. Salkind J, Gishen F, Drage G, Kavanagh J, Potts HWW. LGBT+ Health Teaching within the Undergraduate Medical Curriculum. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Jun 28;16(13).