

INTERSYNDICALE NATIONALE DES INTERNES

CONTRIBUTION

HANDICAP CHEZ LES INTERNES : Un parcours de formation entravé par de nombreux obstacles.

Avril 2024

Sommaire

Table des matières

I.	Résumé des propositions de l'ISNI.....	4
II.	Contexte.....	7
III.	La méconnaissance du sujet	8
A.	La méconnaissance par le manque de données	8
B.	La méconnaissance par l'omerta sociétale	9
C.	La méconnaissance par l'omerta institutionnelle.....	9
D.	La méconnaissance par l'omerta de la part des internes	10
IV.	Aménagement durant les études de médecine.....	12
A.	Les aménagements au sein de l'hôpital.....	12
B.	Les aménagements en ambulatoire	13
C.	Les aménagements à la faculté.....	14
D.	Les aménagements de la médecine du travail.....	15
V.	Le handicap et les études de santé	17
A.	Accès à la médecine.....	17
B.	Les périodes de transition (externat/internat – internat/vie professionnelle)	17
C.	La survenue d'un handicap au cours de l'internat.....	18
VI.	Les violences contre les personnes handicapées.....	19
VII.	Les aidants.....	20
VIII.	Bibliographie	22

“Nous avons le devoir moral de lever les obstacles à la participation et d’investir des fonds suffisants et l’expertise nécessaire pour libérer l’immense potentiel des personnes handicapées.”

Stefen Hawking

I. Résumé des propositions de l'ISNI

N°	Propositions
1	<i>Tolérance zéro contre la discrimination :</i> Lutter contre les discriminations que peuvent subir les internes ayant un handicap en appliquant une politique de tolérance zéro. Sanctionner par un retrait d'agrément et engager des procédures judiciaires contre les stages et médecins à l'origine de discriminations. Faire appliquer la politique de la tolérance zéro vis-à-vis du harcèlement en accord avec la législation française (Article L1152-5 du Code du travail) et européenne (directive 2000/43/CE et 2000/78/CE).
2	<i>Evaluer :</i> Mener des enquêtes nationales, dont les objectifs les suivants : • Evaluer la prévalence du handicap chez les internes • Evaluer les freins et les leviers à la bonne intégration des personnes ayant un handicap dans les études de santé • Évaluer l'accès des personnes ayant un handicap aux études de médecine
3	<i>Formation :</i> Former les responsables universitaires et chefs de service au sujet du handicap, et sur les moyens pour intégrer les personnes ayant un handicap dans l'activité du service. Améliorer la formation des professionnels de santé au sujet du handicap.
4	<i>Création d'un parcours de soin pour les internes ayant un handicap :</i> Créer un parcours de soins et de suivi clair, en partenariat avec les institutions hospitalières et facultaires, afin de permettre un accompagnement des internes ayant un handicap et/ou qui en développe un au cours de leur internat. Ce parcours devra être en lien étroit avec la médecine du travail pour que l'interne bénéficie d'un suivi par un médecin du travail de référence au cours de celui-ci. Communiquer largement ces parcours de soins parmi les étudiants en médecine. Identifier pour chaque interne handicapé une personne ressource ayant la capacité d'intervenir rapidement en cas de survenue d'événement intercurrent.

5	Information : Documenter et diffuser les droits et dispositifs existant autour du handicap. Expliquer leurs droits aux internes ayant un handicap afin d'augmenter les déclarations et demande d'aides financières (RQTH Reconnaissance de la qualité de Travailleur Handicapé) pour accéder à du matériel et adapter les postes de travail.
6	Aménagements hospitaliers : Élargir l'accès aux surnombres pour les internes ayant un handicap. Permettre un meilleur ajustement des heures de travail en autorisant des absences ponctuelles soumises à justificatif. Faire respecter la dispense des gardes et astreintes pour les internes disposant d'une autorisation par la médecine du travail. Intégrer dans le choix du stage (y compris en surnombre) la distance entre l'habitation, le lieu de travail, et le lieu d'exercice des professionnels suivant l'interne ainsi que l'accès des lieux de stage. Sensibiliser et former les chefs de services sur les surnombres et les dispositifs qui y sont liés.
7	Aménagements matériels : Adapter l'accès des bâtiments (y compris les internats) aux normes handicapées. Renforcer et majorer les aides pour les aménagements de poste et leur accès par les internes ayant un handicap. Mettre à disposition des lieux de repos calmes et adaptés pour favoriser la sociabilisation et le repos des personnes ayant un handicap.
8	Aménagements ambulatoires : Créer un surnombre ambulatoire donnant accès à une réduction des heures de travail, une adaptation des conditions de travail ou encore une autorisation d'absence ponctuelle... Expliquer ce dispositif au médecin recevant ces internes afin d'adapter au cas par cas les situations.
9	Aménagements facultaires :

	Proposer un aménagement du temps facultaire pour tous les types de handicap (cours en distanciel, tiers temps, aide d'une personne pour la prise de notes et pendant les examens...) Permettre une identification claire des personnes ressources au sein de la faculté pouvant venir en aide aux internes ayant un handicap.
10	<i>Médecine du travail :</i> Garantir le respect de la loi quant à la première consultation obligatoire à l'embauche par la médecine du travail (au début de l'internat). Permettre un accès privilégié à la médecine du travail aux internes ayant un handicap afin d'assurer leur suivi et détecter la survenue d'évènements intercurrents nécessitant une adaptation rapide de leurs conditions de travail.
11	<i>Survenue d'un handicap durant l'internat :</i> Mettre en place un parcours coordonné en cas de survenue d'un handicap, au cours de l'internat, en facilitant les démarches et en diminuant le nombre d'intervenants. Renforcer la législation sur les changements de filières et de spécialités en incluant la situation d'apparition d'un handicap au cours de l'internat. Permettre, ainsi, la prise en compte des conséquences d'une déclaration d'inaptitude par la médecine du travail.
12	<i>Les aidants :</i> Faciliter l'aide et expliquer les dispositifs existants pour les aidants (exemple : faciliter l'accès à des surnombres ou des congés) Garantir l'accès aux congés pour proches aidant, solidarité familiale et en cas de décès d'un proche pour les internes, à l'instar des autres professionnels de santé.

II. Contexte

Le handicap a été défini pour la première fois en 2005. Cette définition du Code de l'action sociale et des familles décrit le handicap comme « **toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant** ». (Article L114)

Cette première prise de conscience collective, a depuis, été renforcée par d'autres définitions et classifications. L'Organisation Mondiale de la Santé, a notamment fourni un rapport sur le handicap dans le monde en 2011 évaluant, pour la première fois, la prévalence du handicap (estimée à environ 15%) et fixant des axes d'amélioration à atteindre, avec, entre autre un volet sur les obstacles à l'accès à l'éducation et à l'emploi.

Ces premiers pas restent néanmoins insuffisants, le sujet du handicap étant encore trop souvent délaissé voire oublié. Ainsi, ni le « Rapport sur la santé des étudiants et jeunes médecins » du Conseil National de l'Ordre des Médecins de 2016 (2), ni le « Rapport sur la santé des professionnels de santé du 9 octobre 2023 » (3) n'évoquent cette thématique.

Le premier objectif de cette contribution est donc de replacer au centre des débats, ce sujet prioritaire et d'attirer votre attention sur les axes d'amélioration souhaités pour les internes ayant un handicap.

III. La méconnaissance du sujet

Lors de l'écriture de cette contribution, nous avons identifié une grande méconnaissance de cette thématique par les différents acteurs (professionnels, publics, institutionnels). Celle-ci pourrait s'expliquer par différents aspects ; tout d'abord par le manque de données sur la question puis par une certaine forme d'omerta sociétale, institutionnelle et enfin de la part des internes eux-mêmes. Suite à ce constat, il nous semble important, dans un premier temps, de faire un état des lieux des causes et conséquences de cette méconnaissance avant même d'aborder la question de la reconnaissance des internes ayant un handicap.

A. La méconnaissance par le manque de données

La question des personnes handicapées est largement abordée dans la littérature à travers le monde. Cependant la thématique des étudiants en médecine en France ayant un handicap n'a, en revanche, jamais été abordée. Cette absence de littérature sur le sujet rend impossible la connaissance de la prévalence de cette population, les aménagements qu'elle nécessite ou encore les besoins qu'elle peut avoir.

Pourtant, si on se réfère à une étude américaine de 2016 sur le sujet, environ 2,7% des étudiants en médecine aux Etats-Unis auraient un handicap(4), ce chiffre étant certainement fortement sous-estimé du fait d'une importante sous déclaration.

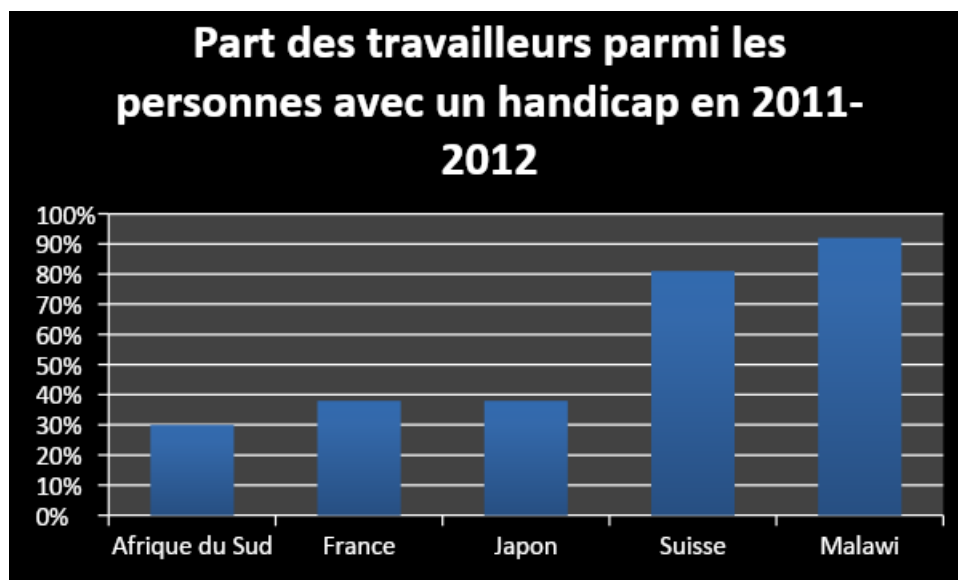
Il paraît évident que les étudiants en médecine en France sont concernés également avec des chiffres qui seraient proches de ceux observés aux Etats-Unis. Cette population ne peut donc être ignorée.

Propositions de l'ISNI :

- **Mener des enquêtes nationales**, dont les objectifs les suivants :
 - Evaluer la prévalence du handicap chez les internes
 - Evaluer les freins et les leviers à la bonne intégration des personnes ayant un handicap dans les études de santé
 - Évaluer l'accès des personnes ayant un handicap aux études de médecine.

B. La méconnaissance par l'omerta sociétale

Beaucoup de croyances sociétales ont amené à ralentir la prise de conscience du problème du handicap parmi les travailleurs. Ces préjugés peuvent se résumer autour de la notion de « capacitisme » : à savoir la dévalorisation et le mésestime du potentiel des personnes handicapées. (5) Ainsi certains pays, dont la France, font moins travailler les personnes handicapées par rapport à la population générale. (6)



Cette dévalorisation du potentiel des personnes ayant un handicap nous amène, inconsciemment, à minimiser leur nombre parmi les études supérieures et, notamment, en médecine.

De plus, une amélioration de la connaissance de ce sujet parmi les étudiants en médecine permettrait, selon une étude, d'augmenter leur sensibilité et d'assurer une meilleure prise en charge des patients handicapés(7).

L'optimisation de la connaissance permettrait donc, non seulement, de mieux reconnaître les étudiants en médecine ayant un handicap et leur besoin, mais également d'améliorer le parcours de soins des patients.

Propositions de l'ISNI :

- **Former les responsables universitaires et chefs de service** au sujet du handicap, et sur les moyens pour intégrer les personnes ayant un handicap dans l'activité du service.
- **Améliorer la formation des professionnels de santé au sujet du handicap.**

C. La méconnaissance par l'omerta institutionnelle

Les directives et protocoles de prise en charge des internes ayant un handicap au sein des institutions facultaires et hospitalières sont insuffisants, hétérogènes sur le territoire et non contraignants. Ce vide réglementaire expose les internes à la sensibilité et l'interprétation

législative de chaque institution sans que celles-ci n'aient aucune obligation légale envers eux. L'absence de parcours de prise en charge clair amène donc souvent l'interne, déjà en difficulté, à une errance pouvant nuire à son travail (et donc ses patients) mais également à sa propre santé.

Selon un rapport anglais de 2020, seulement 7% des médecins déclarait avoir connaissance d'un réseau d'aide autour du handicap dans leur établissement (12).

Propositions de l'ISNI :

- **Créer un parcours de soins et de suivi clair, en partenariat avec les institutions hospitalières et facultaires**, afin de permettre un **accompagnement des internes ayant un handicap et/ou qui en développe un au cours de leur internat**. Ce parcours devra être en **lien étroit avec la médecine du travail** pour que l'interne bénéficie d'un **suivi** par un médecin du travail de **référence** au cours de celui-ci.
- **Communiquer largement ces parcours de soins parmi les étudiants en médecine.**
- **Expliquer leurs droits aux internes** ayant un handicap afin d'augmenter les déclarations et demande d'aides financières (RQTH Reconnaissance de la qualité de Travailleur Handicapé) pour **accéder à du matériel et adapter les postes de travail.**

D. La méconnaissance par l'omerta de la part des internes

La première limite à la reconnaissance des handicaps est la notion même de « savoir » que l'on en est atteint. Ainsi, les internes eux-mêmes, peinent à reconnaître leur propre handicap (7).

Il existe, encore, au sein des études médicales le mythe du « médecin surpuissant ». Cette idée de médecin exempt de faiblesse, présent dans l'imaginaire collectif, peut empêcher les internes de reconnaître leur besoin d'aide mais également d'admettre avoir un handicap.

Les handicaps liés à des pathologies mentales sont particulièrement touchés par cette problématique, leur sous-déclaration étant très importante (8). Une étude américaine a montré que les handicaps prépondérants chez les étudiants en médecine sont les troubles anxieux et les TDAH(4).

La difficulté à reconnaître leur propre handicap entraîne une méconnaissance des droits auxquels les internes pourraient prétendre, compromettant ainsi leur accès à ces ressources essentielles.

Facteurs expliquant le faible pourcentage d'étudiants révélant des troubles psychologiques⁽⁸⁾ (étude américaine de 2020 incluant 74 facultés de médecine)

- Manque d'engagement entre les étudiants en médecine et les services de santé mentale
- Manque de sensibilisation des parties prenantes au fait que les diagnostics de santé mentale peuvent être éligibles à des aménagements
- Manque d'aménagement du handicap psychologique en faveur de la mise en congés autorisé des étudiants
- Stigmatisation entourant les handicaps psychologiques
- Le moment du diagnostic (avant ou pendant les études en médecine)
- L'accès à une évaluation et à son coût
- Les préoccupations de divulgation obligatoires sur les licences des conseils d'Etat.

Un travail important sur cette représentation du médecin a été commencé, mais il doit continuer et être renforcé afin de permettre une normalisation de la reconnaissance du besoin d'aide et des handicaps, concourant ainsi à améliorer l'accès aux soins des étudiants en médecine.

Une autre cause de sous-déclaration, décrite dans la littérature, est la peur des soignants d'exprimer leur handicap^(9–11).

Selon un rapport anglais de 2020, seulement 1/3 des médecins se sentent libres de parler de leur handicap (12). Les principales craintes sont l'impact sur leur carrière ainsi que la peur de discrimination et de violence. Selon le même rapport, plus des trois quarts des médecins interrogés craignent d'être traités de manière défavorable s'ils révélaient leur handicap. Moins de la moitié de ceux ayant révélé leur situation ont déclaré avoir reçu un meilleur soutien sur leur lieu de travail et de la part de leurs collègues.

Propositions de l'ISNI :

- **Améliorer la formation des professionnels de santé au sujet du handicap.**
- **Documenter et diffuser les droits et dispositifs existant autour du handicap.**
- **Lutter contre les discriminations que peuvent subir les internes ayant un handicap en appliquant une politique de tolérance zéro. Sanctionner par un retrait d'agrément et engager des procédures judiciaires contre les stages et médecins à l'origine de discriminations.**

IV. Aménagement durant les études de médecines

Le chapitre précédent a permis de poser les bases de la connaissance, mais surtout de la méconnaissance du sujet et a démontré que les premières actions à entreprendre sont de **communiquer, informer et former** à la fois la population générale mais également les internes et les institutions sur le sujet du handicap au cours des études de médecine.

Nous entrons, maintenant, au cœur même de la problématique, à savoir les aménagements nécessaires à mettre en place afin de permettre aux étudiants en médecine ayant un handicap de réaliser leurs études dans des conditions optimales.

Le rapport anglais cité précédemment(12) a mis en évidence que les aménagements les plus fréquemment demandés par les médecins sont :

- Des modifications des heures de travail, de formation ou d'études (57%)
- Des équipements spécialisés (34%)
- Des modifications des bâtiments ou de locaux facilitant l'accès (10%)

Ce rapport montre également que seules 55% des demandes d'ajustement, de la part des médecins et étudiants en médecine, ont abouti.

Comme exprimé précédemment, ces chiffres n'ont pas d'équivalent en France du fait de l'absence de littérature.

Nous nous permettons de rappeler ici que les droits fondamentaux, à savoir le respect du temps de travail, du repos de sécurité et des récupérations d'astreintes, l'accès aux demi-journées de formation ou encore à des logements décents participent également à la prévention de la santé mentale des internes et a fortiori des décompensations d'un handicap.

A. Les aménagements au sein de l'hôpital

L'adaptation hospitalière des handicaps se déroule à plusieurs niveaux :

- Adaptation du matériel
- Adaptation du lieu de stage
- Dispensation des gardes et astreintes
- Adaptation des horaires de travail
- Accessibilité des lieux de stage (existence de transport et distance avec le domicile).

Malgré l'appui de la médecine du travail, ces adaptations restent encore trop fréquemment à la discrétion des chefs de services qui opposent les droits des internes aux obligations de service. Les dispenses d'astreintes et de gardes ou encore les surnombres ne sont ainsi bien souvent pas respectés afin de pallier les manques d'effectifs.

Toujours selon le rapport anglais, 47% des médecins se seraient ainsi sentis poussés à retourner travailler avant de se sentir suffisamment bien pour le faire. (12)

<i>Propositions de l'ISNI :</i>
--

- **Élargir l'accès aux surnombres** pour les internes ayant un handicap.
- Permettre un meilleur ajustement des heures de travail **en autorisant des absences ponctuelles soumises à justificatif**.
- **Faire respecter la dispense des gardes et astreintes** pour les internes disposant d'une autorisation par la médecine du travail.
- **Intégrer dans le choix du stage (y compris en surnombre) la distance entre l'habitation, le lieu de travail, et le lieu d'exercice des professionnels suivant l'interne ainsi que l'accès des lieux de stage.**
- **Former les responsables universitaires et chefs de service** au sujet du handicap, et sur les moyens pour intégrer les personnes ayant un handicap dans l'activité du service.
- **Adapter l'accès des bâtiments (y compris les internats) aux normes handicapées.**
- **Renforcer et majorer les aides pour les aménagements de poste et leur accès par les internes ayant un handicap.**
- **Mettre à disposition des lieux de repos calmes et adaptés pour favoriser la sociabilisation et le repos des personnes ayant un handicap.**

B. Les aménagements en ambulatoire

Si les internes sont majoritairement formés au sein du milieu hospitalier, de nombreuses spécialités nécessitent également une formation en milieu ambulatoire qui doit être prise en compte dans cette contribution.

La principale problématique de la médecine ambulatoire est **l'accès** au lieu de travail. Les internes handicapés peuvent rencontrer des difficultés à faire des longs trajets pour se rendre à leur lieu de stage.

L'accessibilité (existence de transport en commun par exemple) et la distance sont donc à prendre en compte dans le choix du stage de l'interne.

Tout comme pour les stages hospitaliers, il est important de prendre en compte **l'environnement** du lieu de stage en lui-même en fonction du type de handicap (ne pas exposer l'interne à un environnement bruyant par exemple).

Enfin, il est primordial de prendre en considération qu'un handicap nécessite, bien souvent, un **accès à des praticiens spécialistes** pour la prise en charge médicale et sociale de celui-ci. La distance entre le lieu de stage et les praticiens accompagnateurs de l'interne doit donc être prise en compte également.

Comme évoqué précédemment le surnombre en milieu hospitalier, même s'il comporte des défauts, permet d'adapter un stage à la situation de handicap de l'interne. Cependant il n'existe pas officiellement de « **surnombre ambulatoire** » ce qui empêche l'accès de certains stages à ces internes.

Propositions de l'ISNI :

- **Créer un surnombre ambulatoire** donnant accès à une réduction des heures de travail, une adaptation des conditions de travail ou encore une autorisation d'absence ponctuelle...
- Expliquer ce dispositif au médecin recevant ces internes afin d'adapter au cas par cas les situations.

C. Les aménagements à la faculté

Les internes sont soumis au double statut « professionnel de santé » et « étudiant ». A ce titre, l'institution facultaire doit jouer et assurer un rôle important dans la vie de l'interne et encore plus dans les cas de handicap.

Pourtant il n'existe pas, à ce jour, de personnes ressources au sein des facultés et encore moins d'un parcours clair permettant de recourir aux aides facultaires existantes.

Cela majore également la sous-déclaration.

Au-delà de l'absence de ce parcours, les obligations facultaires, inhérentes et nécessaires à la formation des internes, peuvent également être un poids en cas de handicap.

- La présence physique systématique lors des cours universitaires aggrave la fatigue des internes ayant déjà des temps de travail moyens de 59h/semaine (pouvant aller jusqu'à plus de 80h/semaine pour 10% des internes) (13).
- Le rendu de travail universitaire (mémoire, thèse, bibliographie, présentations orales) dans les mêmes délais et conditions imposés pour les autres internes peut également être compliqué pour un interne handicapé.

Une indulgence de la part des facultés est donc indispensable pour éviter toute discrimination. Enfin, l'aide de la faculté lors des choix de stage semble indispensable pour adapter aux mieux les terrains de stage des internes quel que soit leur handicap en faisant du cas par cas.

Propositions de l'ISNI :

- **Créer un parcours de soins et de suivi clair, en partenariat avec les institutions hospitalières et facultaires**, afin de permettre un **accompagnement des internes ayant un handicap et/ou qui en développe un au cours de leur internat**. Ce parcours devra être en **lien étroit avec la médecine du travail** pour que l'interne bénéficie d'un **suivi** par un médecin du travail de **référence** au cours de celui-ci.
- **Proposer un aménagement du temps facultaire pour tous les types de handicap** (cours en distanciel, tiers temps, aide d'une personne pour la prise de notes et pendant les examens...)
- **Permettre une identification claire des personnes ressources au sein de la faculté** pouvant venir en aide aux internes ayant un handicap.

D. Les aménagements de la médecine du travail

L'accès aux différents aménagements dépend en grande partie de la médecine du travail. Cet organisme, central dans la gestion des handicaps et du parcours professionnel que peuvent avoir les internes, est malheureusement encore trop inaccessible. Par ailleurs, la médecine du travail n'est parfois pas au fait des particularités des internes (doubles statuts...) et de leurs droits.

Une « consultation d'embauche » avant de débiter l'internat, ainsi qu'un suivi lors du passage entre les différentes phases de l'internat (phase socle, d'approfondissement, de consolidation) a été rendue obligatoire, notamment à la suite du Ségur de la Santé. Pourtant ces consultations sont encore très peu réalisées, voire exceptionnelles pour les consultations de suivi.

Il paraît primordial de replacer la médecine du travail et ces consultations au cœur du suivi des internes. Cela permettrait d'identifier les internes ayant un handicap, de leur proposer un accompagnement adapté mais également d'instaurer une relation de confiance entre eux et les institutions. La clarification et l'identification au sein de la médecine du travail de personnes ressources permettraient de faciliter l'accessibilité aux systèmes d'aides et la mise en place de parcours dédiés et adaptés pour chaque situation. En effet, l'aide doit être adaptée à chaque handicap et à chaque individu pour être efficace et pour ne pas entraîner plus de discrimination(14).

Ce système, qui pourtant existe, est rendu inefficace du fait de son manque d'accessibilité et de réactivité.

Les handicaps peuvent évoluer, et ce, parfois rapidement (rechute ou réactivation aiguë d'une pathologie, nécessité d'hospitalisation etc.). Lorsque ceci se produit il est nécessaire de fournir une prise en charge rapide et efficace afin de limiter l'impact sur le plan professionnel et personnel. Le circuit existant actuellement ne permet pas cette efficacité d'action et rend les aides existantes obsolètes.

La médecine du travail est un service dépendant de l'institution hospitalière ainsi son lien avec la faculté est extrêmement limité. Ce manque de communication entre services altère encore plus le parcours de soins et de formation des internes ayant un handicap.

Le rapport de Donata Marra au sujet de la « Qualité de vie des étudiants en santé » évoque d'ailleurs la problématique de ce manque de lien notamment chez les internes handicapés (15).

Propositions de l'ISNI :

- **Garantir le respect de la loi quant à la première consultation obligatoire à l'embauche par la médecine du travail (au début de l'internat).**
- **Permettre un accès privilégié à la médecine du travail aux internes ayant un handicap** afin d'assurer leur suivi et détecter la survenue d'évènements intercurrents nécessitant une adaptation rapide de leurs conditions de travail.

V. Le handicap et les études de santé

A. Accès à la médecine

L'accès aux études médicales pour les personnes handicapées souffre de plusieurs problèmes.

- Le « capacitisme » : exposant ces personnes à des préjugés quant à leur capacité à devenir médecin.
- L'accès aux différents concours des études médicales (16) :
 - Des épreuves comme les ECOS peuvent être désavantageuses
 - Des différences de chances pour l'accès à certaines spécialités en découlent (17)
- Les difficultés rencontrées durant les études, décrites précédemment.

Le manque de données dans la littérature et d'études françaises rend, encore une fois, difficile d'étayer ce point.

Outre le respect de l'égalité des chances inhérent à notre système universitaire, l'ouverture des études médicales aux personnes handicapées permettrait également de répondre à une demande des patients ayant un handicap. En effet, selon des études, ceux-ci semblent plus enclin à être pris en charge par des médecins souffrant eux-mêmes d'un handicap (18–20).

Ce travail et prise de conscience sur ce sujet permettrait non seulement d'améliorer l'intégration des internes ayant un handicap mais également d'assurer une meilleure prise en charge des patients (7).

Propositions de l'ISNI :

- **Mener des enquêtes nationales**, dont les objectifs les suivants :
 - Évaluer l'accès des personnes ayant un handicap aux études de médecine

B. Les périodes de transition (externat/internat – internat/vie professionnelle)

La longueur et la spécificité des études de médecine (6ans de premier et deuxième cycle, 4 à 6ans d'internat) imposent des périodes de transition propres à ce modèle (que l'on retrouve également pour les études pharmaceutiques et dentaires chez les étudiants de ces filières réalisant un 3^{ème} cycle). Deux périodes de transition majeures se présentent ; tout d'abord la période entre l'externat et l'internat, passage de la vie étudiante à une vie semi-professionnelle avec des responsabilités qui s'accroissent ; puis le passage de l'internat à la vie professionnelle qui présente de nombreux défis en plus de survenir à des âges clés où les souhaits d'installation personnels et de construction de vie de famille sont également prépondérant.

Ces périodes de transition, déjà difficiles à appréhender pour tout interne, le sont d'autant plus chez les internes ayant un handicap. L'absence d'accompagnement clair et de personne ressource, notamment via le biais de la médecine du travail et ce, dans des délais convenables, compliquent d'autant plus l'adaptation à ces nouveaux postes et responsabilités.

A ces périodes de transition, auxquelles font face chaque interne, il arrive que certains choisissent de changer de spécialité pour des raisons personnelles ou professionnelles, impliquant une nouvelle transition. Ces « droits au remords » encadrés par la législation ne prévoient cependant pas les cas où la survenue d'un handicap entraîne le besoin de changement de spécialité pour des raisons de santé.

Propositions de l'ISNI :

- **Garantir le respect de la loi quant à la première consultation obligatoire à l'embauche par la médecine du travail (au début de l'internat).**
- **Permettre un accès privilégié à la médecine du travail aux internes ayant un handicap** afin d'assurer leur suivi et détecter la survenue d'évènements intercurrents nécessitant une adaptation rapide de leurs conditions de travail.
- **Renforcer la législation sur les changements de filières et de spécialités en incluant la situation d'apparition d'un handicap au cours de l'internat. Permettre, ainsi, la prise en compte des conséquences d'une déclaration d'aptitude par la médecine du travail.**

C. La survenue d'un handicap au cours de l'internat

Outre les personnes entrant dans les études médicales en ayant un handicap, il est important de prendre en compte l'éventualité de la survenue d'un handicap durant l'internat.

La survenue d'un handicap durant son internat expose l'interne à :

- Des difficultés psychologiques propres à la découverte et à l'acceptation du handicap (actuellement aucun suivi n'est mis en place de façon systématique)
- La nécessité d'adaptation rapide du poste (parfois difficile du fait des changements de stage prévus à date fixe tous les 6 mois durant l'internat)
- La demande et la mise en place des aides nécessaires à son adaptation de poste et à la gestion de son handicap. Ces aides sont souvent parfaitement inconnues de l'interne.

Un aiguillage et un accompagnement appropriés semblent plus que nécessaires pour éviter ces complications.

La survenue d'un handicap durant l'internat rend, parfois, certaines spécialités inadaptées à la pratique médicale de l'interne. Ainsi un changement de spécialité peut être nécessaire mais n'est pas prévu par la loi comme dit précédemment.

Il est primordial que la possibilité de changer de filière soit rendue possible, à n'importe quelle phase de son internat, à la suite de la survenue d'un handicap.

Le double statut de l'internat (salarié et étudiant) rend inaccessible certains dispositifs d'aide et entraînent un manque de sécurité notamment financière. Nous citerons en ce sens la mise en inaptitude, prononcée par la médecine du travail, où les indemnités de licenciement et d'accès au chômage ne sont pas prévues pour les internes. La reconversion professionnelle

sans obtention de diplôme final n'est également jamais envisagée dans les textes de lois, mettant en difficulté l'avenir de l'interne.

Il est important de rappeler à ce sujet que l'une des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé est la mise en place de programmes de gestion du handicap, de suivi individualisé, et d'adaptation professionnelle en cas de survenue d'un handicap durant la vie professionnelle. (1)

Propositions de l'ISNI :

- **Mettre en place un parcours coordonné** en cas de survenue d'un handicap, au cours de l'internat, en facilitant les démarches et en diminuant le nombre d'intervenants.
- **Renforcer la législation sur les changements de filières et de spécialités en incluant la situation d'apparition d'un handicap au cours de l'internat. Permettre, ainsi, la prise en compte des conséquences d'une déclaration d'incapacité par la médecine du travail.**

VI. Les violences contre les personnes handicapées

Le rapport de Genève du « Bureau International du Travail » a montré que les travailleurs handicapés étaient deux fois plus exposés aux violences que les personnes sans handicap (6). Toujours d'après le rapport anglais de 2020, ces données ont été confirmées dans le monde médical (12).

La stigmatisation contre les personnes ayant un handicap est majeure et favorise la survenue d'harcèlement.

Outre les violences personnelles subies par les internes handicapés, il est important de rappeler que les difficultés d'intégration, l'absence de prise en compte du handicap et d'aménagement adaptés sont considérées comme des violences sociétales à l'égard des personnes ayant un handicap.

Pour rappel :

- Le harcèlement aggrave le mal-être et peut mener à des conduites extrêmes comme le suicide : 19% des internes français (soit deux fois plus que la population étudiante) ont présenté des idées suicidaires durant leurs études de médecine. (21)
- Le Code du travail précise qu'il incombe à l'employeur de prendre toutes les dispositions nécessaires en vue de prévenir les agissements de harcèlement moral (Article L1152-4).

Les internes handicapés sont d'autant plus concernés.

Propositions de l'ISNI :

- **Lutter contre les discriminations** que peuvent subir les internes ayant un handicap **en appliquant une politique de tolérance zéro. Sanctionner par un retrait d'agrément et engager des procédures judiciaires contre les stages et médecins à l'origine de discriminations.**
- **Faire appliquer la politique de la tolérance zéro vis-à-vis du harcèlement en accord avec la législation française (Article L1152-5 du Code du travail) et européenne (directive 2000/43/CE et 2000/78/CE).**
- **Documenter et diffuser les droits et dispositifs existant autour du handicap.**

VII. Les aidants

La question des « aidants » a pris une place importante au sein de notre société dernièrement. Ces personnes, mettant de côté une partie de leur vie professionnelle pour venir en aide à un proche ayant une maladie ou un handicap, sont encore bien souvent invisibilisées dans la société et les aides financières sont trop faibles et méconnues.

Un interne, au même titre que n'importe quelle personne de la population générale, peut être amené à devenir « l'aidant » d'un proche.

Il est à noter que les aidants principaux des internes ayant un nouveau handicap sont souvent également des internes.

Dans cette situation, l'adaptation de son stage et de ses conditions de travail semble primordiale pour lui permettre de concilier sa formation et ses obligations « d'aidant ».

Pourtant cette adaptation est encore trop souvent difficile à mettre en place, voire non réalisée. L'absence de législation claire sur le sujet rend les demandes de congés, surnombres ou disponibilités encore trop dépendante du seul jugement de la personne responsable de l'interne. Les obligations de service prennent encore une fois le dessus sur les besoins de l'interne.

Pourtant, les impératifs personnels entourant des fins de vie, des décès etc. ne devraient pas subir le jugement d'une hiérarchie hospitalière ou facultaire.

Les internes doivent pouvoir bénéficier des mêmes droits que les autres salariés dans ces types de circonstances. Cependant, le double statut de l'interne (agent public et étudiant) est encore trop souvent source de confusion et est utilisé comme excuse pour refuser des aménagements ou congés.

Nous citerons comme exemple, les congés de solidarité incluant les congés autour des décès (articles L3142-1 à L3142-3 et L3142-6 à L3142-13 du Code du travail) et congés de proches aidants (article L3142-16 à L3142-25-1 du Code du travail), qui, bien que mentionnés dans la loi sont difficilement accessibles pour les internes car ils ne sont pas considérés comme salariés par leur employeur (CHU). A noter que ces congés sont pourtant mentionnés dans le Guide de protection sociale de l'interne, guide non remis à jour depuis 2013. (22)

L'absence de législation claire est actuellement un frein voire un obstacle pour ces internes en difficulté.

Propositions de l'ISNI :

- **Faciliter l'aide et expliquer les dispositifs existants pour les aidants** (exemple : faciliter l'accès à des surnombres ou des congés)
- **Garantir l'accès aux congés pour proches aidant, solidarité familiale et en cas de décès d'un proche pour les internes, à l'instar des autres professionnels de santé.**

VIII. Bibliographie

1. WHO. World Report on Disability. OMS; 2005.
2. Bissonnier C, Boetsch D. Commission jeunes médecins – Section santé publique et démographie médicale.
3. Bataille-Hembert A. Rapport sur la santé des professionnels de santé.
4. Meeks LM, Herzer KR. Prevalence of Self-disclosed Disability Among Medical Students in US Allopathic Medical Schools. JAMA [Internet]. 6 déc 2016 [cité 30 déc 2023];316(21):2271-2. Disponible sur: <https://doi.org/10.1001/jama.2016.10544>
5. Commission ontarienne des droits de la personne. <https://www.ohrc.on.ca/fr/politique-sur-la-pr%C3%A9vention-de-la-discrimination-fond%C3%A9e-sur-les-troubles-mentaux-et-les-d%C3%A9pendances/5-capacitisme-attitudes-n%C3%A9gatives-st%C3%A9r%C3%A9otypes-et-stigmatisation#:~:text=Le%20%2AB%20capacitisme%20%2BB%20fait%20r%C3%A9f%C3%A9rence%20%C3%A0,le%20potentiel%20des%20personnes%20handicap%C3%A9es>
6. Bureau International du Travail. Réunion d'experts sur la violence contre les femmes et les hommes dans le monde du travail. 3 oct 2016;
7. Bosques G, Philip K, Francisco GE. Integration of Chronic Disability Management in a Medical Student Curriculum. Am J Phys Med Rehabil. 1 févr 2021;100(2S Suppl 1):S30-3.
8. Meeks LM, Plegue M, Case B, Swenor BK, Sen S. Assessment of Disclosure of Psychological Disability Among US Medical Students. JAMA Netw Open [Internet]. 23 juill 2020 [cité 21 janv 2024];3(7):e2011165. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7378748/>
9. Neilson S. Disclosing disabilities in medicine. Can Fam Physician [Internet]. oct 2023;69(10):712-4. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10575649/>
10. Lawrence R. Disclosing mental illness : a doctor's dilemma. BJPsych Bull, 2024;44(6):227-30. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7684779/>
11. De Cesarei A. PSYCHOLOGICAL FACTORS THAT FOSTER OR DETER THE DISCLOSURE OF DISABILITY BY UNIVERSITY STUDENTS. Psychol Rep. juin 2015;116(3):665-73.
12. British Medical Association. Disability in the medical profession. 2020.
13. ISNI, ISNAR-IMG, FNSIP-BM. Enquête -Temps de travail. 2023;
14. Deckoff-Jones A, Duell MN. Perceptions of appropriateness of accommodations for university students: Does disability type matter Rehabil Psychol. févr 2018;63(1):68-76.
15. Donata M. Rapport sur la Qualité de vie des étudiants en santé. 2018.

16. Meeks LM, Moreland C. How Should We Build Disability-Inclusive Medical School Admissions AMA J Ethics [Internet]. 1 déc 2021 ;23(12):987-94. Disponible sur: <https://journalofethics.ama-assn.org/article/how-should-we-build-disability-inclusive-medical-school-admissions/2021-12>
17. Teherani A, Papadakis MA. Clinical Performance of Medical Students With Protected Disabilities. JAMA. 4 déc 2013 ;310(21):2309-11. Disponible sur: <https://doi.org/10.1001/jama.2013.283198>
18. Chang HA, Iuliano K, Tackett S, Treisman GJ, Erdek MA, Chisolm MS. Should Physicians Disclose Their Own Health Challenges Perspectives of Patients With Chronic Pain. J Patient Exp. 21 sept 2022 ;9:23743735221128675. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9500306/>
19. Knishkowsky B, Guggenheim N. The ill physician who self-discloses: What do patients think? Eur J Gen Pract. 2024;28(1):244-51. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9718545/>
20. Iezzoni LI. Why Increasing Numbers of Physicians with Disability Could Improve Care for Patients with Disability. AMA J Ethics. 1 oct 2016;18(10):1041-9.
21. Rolland F, Hadouiri N, Haas-Jordache A, Gouy E, Mathieu L, Goulard A, et al. Mental health and working conditions among French medical students: A nation wide study. J Affect Disord. 1 juin 2022;306:124-30.
22. Ministère du travail, du l'emploi et de la santé. Guide relatif à la protection sociale des internes en médecine, odontologie et pharmacie. 2013.