

# Repenser les normes techniques dans l'enseignement médical prédoctoral au Canada

Promotion de l'accessibilité et  
l'inclusion pour les apprenant(e)s  
en situation de handicap

**avril 2024**

Rapport préparé par:  
Groupe de travail sur la  
révision des normes techniques

## Proposition

Les personnes en situation de handicap apportent une perspective critique et un savoir expérientiel à l'enseignement de la médecine et aux soins aux patients, mais elles ont été découragées et exclues de la profession médicale en raison d'hypothèses discriminatoires au sein du milieu de l'enseignement médical. Nous proposons de repenser les normes techniques canadiennes actuelles et de redéfinir les capacités fonctionnelles requises pour entamer des études médicales. Ainsi, les personnes handicapées pourraient apporter leur contribution à l'enseignement de la médecine et aux soins aux patients. Bien que ces normes s'appliquent particulièrement à l'enseignement prédoctoral, elles influenceront les apprenants à tous les niveaux de la formation médicale.

Les normes techniques fonctionnelles permettent d'identifier les compétences fondamentales à l'entrée en faculté de médecine qui constituent la base des connaissances, des aptitudes et des comportements requis pour atteindre les objectifs du programme d'études médicales. Contrairement aux normes techniques organiques qui mettent l'accent sur la manière dont les objectifs sont atteints (comme les compétences motrices et sensorielles), les normes techniques fonctionnelles se concentrent sur les capacités nécessaires, avec ou sans l'utilisation d'aménagements ou de technologies d'assistance.<sup>1</sup> Ce recadrage des normes techniques est l'un des moyens par lequel la formation médicale au Canada peut mieux intégrer les apprenants en situation de handicap et promouvoir la justice épistémique en médecine. Nous souhaitons collaborer avec d'autres programmes de formation professionnelle dans le domaine de la santé afin d'adopter des approches parallèles.

## I. Contexte

Les responsables de la formation médicale au Canada demandent davantage d'équité, de diversité et d'inclusion dans le processus d'admission<sup>2</sup>. Cependant, des normes techniques dépassées, qui définissent les façons précises dont les capacités fonctionnelles doivent être démontrées pour accéder à la formation médicale, risquent d'exclure les apprenants en situation de handicap<sup>3,4</sup>. Un Canadien sur cinq sera frappé d'un handicap au cours de sa vie<sup>5</sup>; par conséquent, les étudiants en médecine atteints d'un handicap apportent un savoir expérientiel essentiel et contribuent à une plus grande sécurisation culturelle en créant une profession qui représente mieux la population qu'elle sert.<sup>6,7</sup> En outre, les facultés de médecine qui continuent à refuser des aménagements pour les personnes handicapées risquent d'engager leur responsabilité en vertu de la législation provinciale, de la *Loi canadienne sur les droits de la personne* et de la *Loi canadienne sur l'accessibilité*<sup>8</sup>, qui stipulent que toute personne « a droit à un accès exempt d'obstacles et à une participation pleine et égale dans la société, quels que soient ses handicaps »<sup>9</sup>.

## II. Concepts fondamentaux

**Handicap** : Selon l'Organisation mondiale de la santé<sup>10</sup>, handicap est un terme générique qui relie la variabilité de la fonction ou de la structure du corps et de l'esprit à une limitation d'activité ou à une restriction de participation dans l'environnement social et/ou physique d'un individu. La *Loi canadienne sur l'accessibilité*<sup>8</sup> définit le handicap comme « toute déficience notamment physique, intellectuelle, cognitive, mentale ou sensorielle, trouble d'apprentissage ou de la communication ou limitation fonctionnelle, de nature permanente, temporaire ou épisodique, manifeste ou non et dont l'interaction avec un obstacle nuit à la participation pleine et égale d'une personne dans la société ».

**Aménagements pour personnes handicapées** : Cette notion fait référence aux ajustements faits par les établissements d'enseignement et aux aides auxiliaires qui permettent aux étudiants handicapés d'avoir accès à une formation équivalente à celle de leurs camarades non handicapés. L'objectif des aménagements est de faciliter l'égalité des chances de réussite<sup>11</sup>.

Les aménagements peuvent inclure le recours à des intermédiaires ou à des assistants d'accès qui effectuent des tâches cliniques spécifiques facilitant l'acquisition de données cliniques par l'apprenant. Les intermédiaires

travaillent sous la direction explicite de l'étudiant. Ils n'interprètent pas les données cliniques et n'agissent pas de manière indépendante.<sup>12</sup>

**Obligation d'accommodement :** L'accommodement raisonnable est un terme juridique qui fait référence aux obligations découlant de la législation sur les droits de la personne. Une autre manière d'énoncer l'obligation est de dire que l'accommodement doit avoir lieu dans la mesure où elle n'entraîne pas de contrainte excessive.

Chaque juridiction (fédérale, provinciale et territoriale) au Canada possède sa propre législation en matière de droits de la personne et, bien que la formulation exacte puisse varier, les décisions relatives à l'obligation d'accommodement telles qu'elles ont été formulées par la Cour suprême du Canada sont généralement considérées comme applicables à toutes les lois individuelles sur les droits de la personne. De même, les droits à l'égalité garantis par la *Charte* ont été soumis à des principes similaires en ce qui concerne la question de savoir si une différence d'accès préjudiciable constitue une violation de la *Constitution*. Le contexte dans l'application des règles et principes généraux dans ce domaine du droit est important mais, en général, la norme de preuve requise pour démontrer une contrainte excessive par le gouvernement, y compris les entités du secteur public, est élevée (voir l'Annexe 1, section « Cas canadiens impliquant un établissement d'enseignement post-secondaire et des handicaps »).

### III. Justification et considérations

L'esprit de ce document repose à la fois sur une approche d'affirmation/culturelle<sup>13</sup> et sur une approche fondée sur les droits de la personne. Il reconnaît que le handicap est un aspect valorisé de la diversité humaine, une expérience commune<sup>5,14</sup> et une catégorie protégée en vertu de la *Loi canadienne sur les droits de la personne*.<sup>8</sup>

1. Le handicap est fréquent. Au Canada, la prévalence au cours de la vie est de vingt pour cent.<sup>5,14</sup>
2. L'expérience du handicap renforce la capacité à fournir des soins aux patients, au-delà de ce qui peut être obtenu par la seule formation.<sup>6,7</sup> Malgré cela, les personnes handicapées sont sous-représentées parmi les étudiants en médecine.<sup>2</sup>
3. Les normes techniques, principalement issues du groupe consultatif spécial de l'AAMC sur les normes techniques de 1979<sup>3</sup>, sont dépassées. Les progrès de la technologie d'assistance, les modifications de la législation<sup>8</sup> et les pratiques émergentes dans le domaine de l'inclusion des personnes handicapées exigent que nous réexaminions les normes techniques.<sup>15,6,16,17</sup>
4. Les facultés de médecine devront peut-être réexaminer la nécessité de produire des « diplômés indifférenciés » aptes à réaliser l'anamnèse, l'examen physique et tout geste médical sans aménagement.<sup>18</sup>
5. Les préoccupations concernant l'inclusion des personnes handicapées et le « monde réel » de la médecine doivent être prises en compte : il faut enseigner ce qu'est l'impératif de capacité et comment lutter contre sa présence en tant que manifestation contextuelle spécifique du capacitisme.<sup>19</sup>
6. Idéalement, les facultés de médecine font preuve de responsabilité sociale en recrutant activement des apprenants handicapés et en faisant le suivi des résultats de ces stratégies de recrutement, y compris l'évaluation longitudinale de leur vécu de la formation médicale de niveau prédoctoral et postdoctoral.<sup>20</sup> En outre, les facultés reconnaissent le travail supplémentaire de ces apprenants et formateurs<sup>22</sup> dans la co-création de l'accès en milieu clinique.
7. Ce projet dépend d'un engagement en faveur de processus d'admission accessibles.

## IV. Résultat escompté – Engagement en faveur de l'inclusion du handicap dans l'EMPr

**Toutes les facultés de médecine canadiennes devront faire ce qui suit :**

1. Promouvoir un changement de mentalité en matière de soutien institutionnel aux personnes handicapées par le biais d'environnements d'apprentissage inclusifs grâce à une conception universelle et à la mise en place d'aménagements qui favorisent le bien-être et l'appartenance.
2. Mettre en place des politiques et des procédures d'admission adaptées aux personnes handicapées et accessibles, qui intègrent les principes de conception universelle et soient conformes aux politiques et procédures institutionnelles.
3. <sup>23</sup>Adopter une approche basée sur les capacités fonctionnelles<sup>18,24</sup> des normes techniques pour les étudiants qui entament et terminent leur formation médicale, qui précisent clairement quelles sont les capacités requises pour réussir et qui permettent une certaine souplesse dans la *manière* dont ces capacités sont acquises et réalisées.
4. Fournir un soutien institutionnel comprenant des ressources humaines ayant une expertise en matière de formation et d'inclusion dans le domaine des soins de santé (recrutées à l'extérieur de la faculté, le cas échéant) afin de travailler en partenariat avec les étudiants handicapés. Ensemble, ils mettront en place des aménagements personnalisés permettant une égalité des chances d'atteindre les résultats d'apprentissage malgré le handicap dans tous les contextes de formation, y compris les stages dans les milieux cliniques affiliés. Cette équipe doit protéger la confidentialité de l'apprenant et ne pas agir en tant qu'évaluateur au sein de la faculté de médecine.
5. Intégrer les principes de la conception universelle<sup>21</sup> dans la transmission des contenus, l'évaluation et les politiques de la faculté, reconnaissant que c'est l'institution plutôt que l'individu qui supportera les coûts liés à la création d'environnements accessibles.
6. Promouvoir une harmonisation dans le continuum de la formation médicale, en préconisant un soutien aux apprenants handicapés qui entament des études postdoctorales et, plus tard, une pratique indépendante.
7. Contribuer à la création d'un corps médical plus responsable socialement et plus représentatif de la population qu'il sert et, en fin de compte, à l'amélioration des soins prodigués aux patients.

## V. Admissions

Les aménagements dans le processus de candidature sont une question distincte mais cruciale qui doit être harmonisée aux aménagements disponibles après que le candidat a reçu une offre d'admission. Gertsman et al. (2023)<sup>15</sup> donnent un aperçu des politiques et procédures d'admission accessibles et tenant compte du handicap. Idéalement, les sites web d'admission fourniraient des renseignements sur les types d'aménagements possibles au cours du processus d'admission, que les étudiants pourraient consulter sans avoir à divulguer leur identité. Les offres d'admission qui suivront devraient inclure des instructions à l'intention de tous les étudiants, les informant que les personnes handicapées, qu'elles aient ou non déjà divulgué leur handicap, devraient prendre contact avec les services d'aide aux personnes handicapées dès que possible après avoir accepté l'offre d'admission afin de déterminer les mesures d'aménagement appropriées.

## VI. Compétences de base exigées des étudiants qui entament des études médicales

Les capacités fonctionnelles suivantes constituent la base des connaissances, des savoir-faire et des comportements requis pour atteindre les objectifs du programme d'études médicales et, conjointement avec les normes universitaires, sont des conditions d'admission. Ces compétences de base à l'admission favorisent la rétention, la promotion et la diplomation des étudiants en médecine. Les étudiants handicapés peuvent avoir besoin d'aménagements<sup>1</sup> pour démontrer leurs capacités. Le terme « apprenant » fait référence aux candidats à

l'admission à la faculté de médecine ainsi qu'aux étudiants en médecine actuels qui acquièrent un handicap durant leurs études.

<sup>1</sup> Les aménagements font référence aux ajustements faits par les établissements d'enseignement et aux aides auxiliaires qui permettent aux étudiants handicapés d'avoir un accès à la formation équivalent à celui de leurs camarades non handicapés.

Capacité fonctionnelle	Description de la capacité (avec ou sans aménagements raisonnables)
Apprentissage et évaluation de l'apprentissage	<p>Les apprenants acquièrent des connaissances, des savoir-faire et des comportements par diverses méthodes, y compris, mais sans s'y limiter, l'enseignement en classe, l'enseignement en laboratoire, y compris le laboratoire d'anatomie; les démonstrations physiques, les activités en petits groupes, en équipe et en collaboration, la participation à la prestation de soins aux patients en milieu clinique, l'étude individuelle, la préparation et la présentation de rapports, et l'utilisation de la technologie.</p> <p>Les apprenants seront évalués sur l'acquisition des connaissances, des savoir-faire et des comportements par diverses méthodes d'évaluation, y compris, mais sans s'y limiter, des examens écrits ou à l'ordinateur, des évaluations en milieu de travail, des activités de réflexion (écrites et orales) et des examens cliniques objectifs structurés, comme l'exige le programme pour l'avancement, la promotion et l'obtention d'un diplôme.</p>
Communication	<p>Les apprenants communiquent activement; en transmettant efficacement l'information en personne et virtuellement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• avec leurs pairs, le personnel administratif, les membres de l'équipe pluridisciplinaire et les superviseurs pour permettre l'apprentissage et une participation efficace au programme;</li> <li>• avec les patients et ceux qui les soutiennent, en créant un lien, en recueillant leurs points de vue et en collaborant à la prise en charge;</li> </ul> <p>et consignent les informations obtenues de manière claire et précise.</p>
Intégration des connaissances	<p>Les apprenants interprètent les informations obtenues lors d'entretiens, d'observations, d'examens et par la recherche médicale afin de formuler une hypothèse, de recommander et de mettre en œuvre des interventions, le cas échéant.</p>
Sécurité des patients et soins de qualité	<p>Les apprenants pratiquent dans les limites de leur niveau de compétence dans la recherche ou la dispensation de soins axés sur le patient. Cela comprend ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• participer en tant que membre de l'équipe à la réponse aux situations mettant en jeu la sécurité des patients, en reconnaissant que les rôles de l'équipe ne se limitent pas à exécuter des procédures ou à diriger des interventions d'urgence;</li> <li>• respecter les normes de sécurité dans l'environnement d'apprentissage et l'environnement clinique, en suivant les mesures de précaution universelles.</li> </ul>

Comportements professionnels	<p>Les apprenants</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• s'engagent dans une réflexion personnelle afin d'identifier leurs besoins d'apprentissage, personnels et professionnels, nécessaires au maintien de leur compétence;</li> <li>• respectent les limites, la confidentialité et la vie privée des patients et des collègues indépendamment du sexe, de l'identité ou de l'expression de genre, de l'âge, de la race, de la couleur, de l'orientation sexuelle, de la religion, d'un handicap, des convictions politiques ou de tout autre statut protégé. ;</li> <li>• limitent leurs actions aux normes éthiques et juridiques de la profession médicale.</li> </ul>
------------------------------	--

## VII. Organismes de ressources :

Association canadienne des médecins handicapés : <https://www.capd.ca/fr>

Initiative « Docs with Disabilities » : <https://www.docswithdisabilities.org>

Laboratoire sur l'équité dans les systèmes de santé : <https://www.eqhslab.com/advocacy>

## VIII. Principes juridiques

Les obligations légales de l'université et de sa faculté de médecine sont nuancées, en fonction des faits propres à chaque circonstance. De manière générale, les principes sont les suivants :

1. Les facultés de médecine doivent élaborer et mettre en œuvre des normes et des réglementations en matière d'accessibilité dans le but d'atteindre le niveau d'accessibilité le plus élevé.
2. Les facultés de médecine doivent collaborer avec les personnes handicapées et les organisations qui leur fournissent une assistance et une formation.
3. Les facultés de médecine devraient revoir leurs politiques afin d'identifier les préjugés implicites liés au handicap et modifier celles-ci afin de lutter contre ces préjugés.
4. Les politiques, les programmes, les services et les structures doivent tenir compte de la manière dont se recourent les différents types d'obstacles et de discrimination.
5. Les facultés de médecine doivent chercher activement à inclure des personnes handicapées. Cela requiert de la formation expressément axée sur l'identification du capacitisme, les normes d'accessibilité et les aménagements pour les personnes handicapées, en recherchant l'expertise de ces personnes et en reconnaissant leurs contributions.
6. Les facultés de médecine ont le devoir de vérifier s'il est raisonnable de croire, à partir d'observations, que la personne peut souffrir d'un handicap ou d'un problème médical qui affecte son rendement ou son comportement. Il est donc prudent de s'enquérir de l'existence d'un problème médical affectant le rendement ou le comportement. S'il n'y a pas de problème médical, il n'y a pas d'obligation d'adaptation. Si l'apprenant fournit des documents provenant d'un professionnel de la santé qui indiquent une contrainte à l'emploi pour raisons médicales, alors il existe un devoir d'aménagements.

Voir l'Annexe 1 pour la législation en vigueur.

## IX. Bibliographie annotée

Meeks (2020)<sup>1</sup> : Ce chapitre souligne la différence entre les normes techniques organiques et fonctionnelles, et fournit une feuille de route pour leur révision, y compris les meilleures pratiques actuelles. Contrairement aux normes techniques organiques, un point de vue plus progressiste repose sur les normes techniques fonctionnelles, qui se concentrent sur les capacités des étudiants, avec ou sans aménagements ou technologies d'assistance. Le recours à des normes techniques fonctionnelles peut contribuer à éliminer les obstacles qui empêchent les étudiants handicapés d'accéder aux programmes de formation des professionnels de la santé, puis aux professions de la santé, améliorant ainsi la diversité de la main-d'œuvre professionnelle dans le domaine de la santé. Les normes techniques fonctionnelles permettent aux étudiants handicapés d'utiliser des technologies d'assistance de pointe en développement rapide (stéthoscopes amplifiés, fauteuils roulants motorisés spécialisés, dispositifs grossissants, par exemple) et des aménagements (prolongation de la durée des examens, par exemple) pour satisfaire aux normes techniques de la faculté ou du programme de formation dans une profession de la santé.

Groupe de réflexion sur l'avenir des admissions au Canada (GRAAC) (2020)<sup>2</sup> : Le rapport du GRAAC à l'AFMC sur la stratégie proposée pour améliorer les admissions explore le consensus national sur les définitions de la diversité et de la responsabilité sociale et identifie les personnes handicapées parmi les trois groupes sous-représentés qui justifient des changements en matière de politique nationale et d'agrément. Selon l'Association canadienne des médecins handicapés et Delisa et Lindenthal (2012)<sup>9</sup>, **les deux principaux obstacles à la présence d'un plus grand nombre de personnes handicapées parmi les étudiants en médecine sont le coût des aménagements pour ces personnes et les normes techniques des facultés de médecine.** Les personnes handicapées portent un regard unique sur la profession (Gulli, 2015)<sup>6</sup>. Le rapport du GRAAC recommande aux facultés de médecine de **« veiller à ce que les processus d'admission soient conformes aux normes applicables d'aménagement pour les personnes handicapées ».**

Curry et al. (2020)<sup>3</sup> : Les efforts visant à intégrer les personnes handicapées en tant qu'étudiants et praticiens dans les professions de santé ont pris de l'ampleur ces dernières années. Toutefois, les normes techniques en vigueur dans les facultés de médecine américaines comportent des biais qui peuvent empêcher ou entraver leur admission, leur avancement et l'obtention de leur diplôme. Ces normes découlent d'une approche promulguée pour la première fois en 1979 et sont restées pratiquement inchangées depuis. Les normes techniques en vigueur dans la plupart des facultés de médecine sont aujourd'hui en contradiction avec les changements intervenus depuis la promulgation, en 1990, de vastes mesures de protection des droits civils des personnes handicapées et avec les aspirations actuelles à la diversité, à l'équité et à l'inclusion dans la profession médicale. Il est temps de remplacer les normes techniques par une approche plus cohérente avec les pratiques médicales actuelles et avec les impératifs sociétaux d'équité et de justice sociale. Une telle approche devrait évaluer les compétences et les mérites démontrables des candidats, plutôt que de s'appuyer sur un schéma préconçu identifiant la présence ou l'absence de niveaux définis de capacité. La maturation des approches axées sur les compétences pour la conception et l'évaluation des programmes d'études offre la possibilité de reconceptualiser les capacités requises pour exercer la médecine, de favoriser l'inclusion appropriée des médecins handicapés et de mieux harmoniser l'éducation et la formation médicales aux besoins et aux objectifs plus larges de la société.

Stauffer et al. (2022)<sup>4</sup> : Les normes techniques rendent compte des critères des facultés de médecine américaines autres que le rendement scolaire nécessaires à l'admission, à la persévérance et à l'obtention d'un diplôme et transmettent l'engagement de la faculté en faveur de l'inclusion des personnes handicapées et d'aménagements, mais elles sont considérées comme l'une des plus grandes barrières pour les étudiants en situation de handicap. Les appels en faveur de normes techniques plus inclusives se sont multipliés ces dernières années, mais leur impact sur la modification des normes techniques n'a pas été mesuré. Les auteurs ont procédé à une analyse documentaire des normes techniques de 15 facultés de médecine nouvellement créées afin d'évaluer la disponibilité et la nature inclusive des normes en ce qui concerne les étudiants souffrant de handicaps sensoriels ou moteurs. Les normes techniques ont été codées en fonction de leur découvrabilité, de la

volonté déclarée de la faculté de fournir des aménagements raisonnables, de la ou des personnes responsables de faire la demande et de mettre en œuvre des aménagements, et de l'ouverture de la faculté aux intermédiaires ou aux aides auxiliaires. Pour l'ensemble des 15 facultés, 73 % des normes techniques n'étaient pas faciles à trouver en ligne. Peu de normes (13 %) contenaient des dispositions en faveur d'aménagements pour les personnes handicapées. La plupart (73 %) utilisaient un langage codé comme « restrictif » pour les étudiants souffrant de handicaps physiques ou sensoriels. Le codage des facultés de médecine nouvellement agréées aux États-Unis porte à croire que les normes techniques nouvellement créées sont plus restrictives que celles rapportées dans des études précédentes. Les auteurs concluent que des **efforts visant à créer des normes techniques plus inclusives restent à faire**. Les nouvelles facultés de médecine américaines qui délivrent des diplômes de médecine et de médecine dentaire peuvent perpétuer des normes techniques historiquement restrictives qui constituent des obstacles pour les candidats handicapés. **La recherche future devrait évaluer le rôle des organismes d'agrément des facultés de médecine pour aller au-delà de la simple exigence de normes techniques et s'assurer que les normes sont facilement accessibles et qu'elles véhiculent de manière appropriée la disponibilité d'aménagements raisonnables pour les étudiants handicapés.**

Statistique Canada (2018)<sup>5</sup> : On estime qu'un Canadien sur cinq (soit 6,2 millions de personnes) âgé de 15 ans et plus présentait au moins une incapacité qui limitait ses activités, selon les données de l'Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI) de 2017.

Pour un grand nombre de ces Canadiens, des défis et des obstacles dans leur vie quotidienne peuvent limiter leur pleine participation à la société. Une meilleure compréhension des défis que doivent relever les personnes avec incapacité dans leurs situations personnelles, professionnelles ou économiques contribue à l'orientation des politiques gouvernementales.

Gulli (MacLeans) (2015)<sup>6</sup> : Dans cet article, des médecins handicapés sont interrogés sur leurs expériences. Ils suggèrent qu'une déficience peut favoriser de meilleures relations médecin-patient : **Un médecin handicapé peut avoir plus d'empathie pour les patients, qui, à leur tour, peuvent se rapprocher d'un médecin handicapé ou lui faire davantage confiance parce qu'ils se sentent compris**. Ils ajoutent : « Un candidat issu d'un milieu extraordinaire et doté d'une perspective unique fait souvent un médecin extraordinaire ».

Battalova (2020)<sup>7</sup> : Cette étude a exploré le rôle que la capacité des cliniciens à s'appuyer sur leurs expériences personnelles de vie avec un handicap a sur leurs interactions avec les clients et les patients. Les auteurs ont identifié trois processus sociaux qui interagissent au fur et à mesure que des liens épistémiques se forment : la compréhension, la défense des intérêts des patients et les tensions entre le fait d'être handicapé en tant que professionnel de la santé et le contexte des soins. Les données révèlent que les étudiants et les cliniciens handicapés considèrent que leurs expériences personnelles d'un handicap sont des facteurs importants qui façonnent leur pratique clinique. Une expérience commune de vie avec un handicap identique ou similaire facilite un profond sentiment de compréhension qui jette les bases d'une meilleure qualité d'interaction entre le clinicien et le client. La concordance (même diagnostic/handicap) n'est pas la seule composante de la compréhension. Le lien émotionnel que procure le fait de savoir simplement ce que cela signifie de naviguer dans le monde avec un handicap, même si les détails des expériences individuelles sont différents, est également un élément de la compréhension.

*Loi canadienne sur l'accessibilité (LCA) (2019)*<sup>8</sup> : La *Loi canadienne sur l'accessibilité* repose sur la reconnaissance des 7 principes suivants :

1. le droit de toute personne à être traitée avec dignité, quels que soient ses handicaps;
2. le droit de toute personne à l'égalité des chances d'épanouissement, quels que soient ses handicaps;
3. le droit de toute personne à un accès exempt d'obstacles et à une participation pleine et égale dans la société, quels que soient ses handicaps;

4. le droit de toute personne d'avoir concrètement la possibilité de prendre des décisions pour elle-même, avec ou sans aide, quels que soient ses handicaps;
5. le fait que les lois, politiques, programmes, services et structures doivent tenir compte des handicaps des personnes, des différentes façons dont elles interagissent au sein de leurs environnements ainsi que des formes multiples et intersectionnelles de discrimination et de marginalisation vécues par celles-ci;
6. le fait que les personnes handicapées doivent participer à l'élaboration et à la conception des lois, des politiques, des programmes, des services et des structures;
7. l'élaboration et la révision de normes d'accessibilité et la prise de règlements doivent être faites dans l'objectif d'atteindre le niveau d'accessibilité le plus élevé qui soit pour les personnes handicapées.

La LCA définit le terme « obstacle » comme tout élément — notamment celui qui est de nature physique ou architecturale, qui est relatif à l'information, aux communications, aux comportements ou à la technologie ou qui est le résultat d'une politique ou d'une pratique — qui nuit à la participation pleine et égale dans la société des personnes ayant des déficiences notamment physiques, intellectuelles, cognitives, mentales ou sensorielles, des troubles d'apprentissage ou de la communication ou des limitations fonctionnelles.

DeLisa et. al. (2012)<sup>9</sup> : Alors que les personnes handicapées représentent environ 20 % de la population, seuls 2 à 10 % d'entre elles sont des médecins en exercice. **Les deux principaux obstacles à la présence d'un plus grand nombre de personnes handicapées parmi les étudiants en médecine sont le coût des aménagements pour ces personnes et les normes techniques des facultés de médecine.** Les auteurs proposent des solutions pour surmonter ces obstacles, ainsi que l'obstacle supplémentaire de la communication avec les personnes souffrant de divers handicaps, tels que la surdité ou la déficience visuelle. Les auteurs abordent également certaines des questions liées à une plus grande représentation des minorités en médecine. En outre, ils soulignent la nécessité d'une formation plus poussée en matière de sensibilisation culturelle pour les étudiants et les résidents, ainsi que pour les médecins en cours de carrière. Les enseignants en médecine seront de plus en plus appelés à créer de nouveaux modèles destinés à sensibiliser les étudiants et les enseignants à la diversité raciale, ethnique et autre, tout en documentant l'efficacité et les coûts des modèles existants, du point de vue du praticien et du consommateur. Les auteurs espèrent que l'évolution vers une plus grande diversité et une formation plus poussée en matière de sensibilisation culturelle permettra d'accroître l'efficacité des soins de santé tout en réduisant leur coût. Ces efforts nécessiteront l'engagement de personnes diverses, intellectuellement compétentes et compatissantes à de nombreux niveaux de la médecine universitaire.

Sondage national de l'AMC sur la santé des médecins de 2021 (2022)<sup>14</sup>: L'Association médicale canadienne (AMC) rapporte que parmi les 23 % de médecins répondants qui s'identifient comme ayant un handicap, les cas les plus prévalents incluent les maladies ou affections chroniques telles que le diabète et la sclérose en plaques (10 %), ainsi que les problèmes de santé mentale (8 %). De plus, certaines personnes s'identifient comme ayant un trouble neurologique du développement (p. ex., TDAH, autisme ou dyspraxie) (3 %), un trouble de l'audition ou de la parole (2 %), un problème de mobilité physique (2 %) ou une autre forme de handicap (2 %). En outre, en comparant les résultats des personnes ayant un handicap avec celles sans handicap, on note que les personnes ayant un handicap ont une moins bonne santé mentale sur le plan de tous les principaux facteurs psychologiques. Elles sont plus susceptibles que les personnes sans handicap d'avoir une santé mentale languissante (12 %\* p/r à 6 %), de souffrir d'épuisement professionnel (61 %\* p/r à 39 %), d'obtenir un résultat positif au dépistage de la dépression (62 %\* p/r à 43 %), de souffrir d'anxiété modérée ou grave (36 %\* p/r à 21 %) et d'avoir eu des idées suicidaires au cours de leur vie (56 %\* p/r à 29%).

Stergiopoulos et. al. (2018)<sup>16</sup> : **Les étudiants en médecine handicapés détiennent des connaissances de première main en tant que bénéficiaires de soins de santé, mais sont confrontés à des obstacles à la divulgation et au soutien.** Leurs expériences fournissent une perspective unique pour comprendre la construction de l'identité professionnelle; cette étude a exploré comment les étudiants en médecine handicapés vivent la formation en tant que patients et stagiaires. Deux discours dominants ont émergé des entretiens et des textes, révélant des notions

institutionnalisées de « bon étudiant » et de « bon patient ». Ces rôles comportaient des exigences contradictoires, démontrant comment les institutions concevaient souvent implicitement et explicitement le bien-être comme un moyen d'obtenir un meilleur rendement. Deux autres thèmes, la « compartimentation de l'identité » et l'« intersection des identités », illustrent les expériences des étudiants qui naviguent entre les identités de patient et de stagiaire. Bien que les étudiants n'aient pas eu d'occasions explicites d'exprimer leur expertise en tant que patients dans le cadre du programme d'études officiel, leurs expériences dans les deux rôles ont permis d'améliorer la communication, la défense des intérêts des patients et la compassion. Les auteurs concluent que les discours institutionnels sur le handicap et le rendement des étudiants ont des implications pertinentes pour le contenu des programmes, l'enseignement clinique et le soutien disponible dans les facultés de médecine. **En repositionnant les expériences des étudiants vivant avec un handicap en tant que sources d'expertise, cette étude met en évidence les possibilités d'enseigner les soins prodigués avec compassion.**

Stergiopoulos et Martimianakis (2023)<sup>17</sup> : La définition d'un « bon médecin » varie considérablement d'un groupe à l'autre et d'un contexte à l'autre. Alors que les patients privilégient la communication et l'empathie, les médecins mettent l'accent sur l'expertise médicale, et les étudiants en médecine décrivent une combinaison des deux comme des idéaux professionnels. Les auteurs ont étudié les conceptions du « bon médecin » qu'ont les étudiants en médecine atteints de maladies chroniques ou de handicaps et qui s'identifient comme des patients, afin de comprendre comment leur apprentissage, en tant que patients et futurs médecins, réussit à s'harmoniser aux programmes existants des facultés de médecine. Selon les participants, les dimensions du « bon médecin » comprennent l'empathie, la communication, l'attention portée aux répercussions de la maladie et l'établissement de limites entre eux et les patients. **Les étudiants ont indiqué que l'enseignement formel sur l'empathie et l'impact de la maladie était présent dans le programme officiel, mais qu'il était finalement dévalorisé dans les interactions quotidiennes avec le corps enseignant et les pairs.** Il est important de noter qu'un enseignement sur l'établissement de limites ne figurait pas au programme officiel, mais que les participants ont développé de manière indépendante des pratiques réflexives pour cultiver ces compétences. **Les auteurs ont identifié deux discours sur le « bon médecin » : un discours institutionnalisé sur le « médecin compétent » et un contre-discours sur le « médecin ayant une expérience vécue », ce qui a créé un espace pour reconceptualiser les expériences de maladie et de handicap comme une source d'expertise plutôt que comme une source de stigmatisation.** Les points de vue sur le « bon médecin » ont des implications importantes sur la façon dont nous définissons les rôles professionnels et ont des conséquences profondes sur les admissions dans les facultés de médecine, l'enseignement des programmes et l'octroi du permis d'exercice. **Les étudiants en médecine ayant vécu la maladie ou un handicap offrent des points de vue critiques sur les messages sur le « bon médecin » dans les programmes d'études, fondés sur leurs expériences en tant que patients, et fournissent des considérations importantes pour l'élaboration des programmes d'études et le développement professoral.**

Reichgott (1996)<sup>18</sup> : Les facultés de médecine comptent une très faible proportion d'étudiants handicapés, **ce qui, selon l'auteur, s'explique en grande partie par le fait que les facultés considèrent que le « diplômé indifférencié » est apte à réaliser l'anamnèse, l'examen physique et toute autre geste médical sans intermédiaire.** Mais l'auteur maintient que les étudiants en médecine ne doivent pas nécessairement être physiquement parfaits; **l'obligation des enseignants en médecine est de former les étudiants qui sont qualifiés pour devenir médecins en vertu de leur intelligence, de leur attitude professionnelle et de leur capacité à interagir et à communiquer efficacement.** En ce qui concerne la formation clinique, il est important de se demander si une expérience personnelle et pratique est nécessaire pour que l'apprentissage soit adéquat. Étant donné que la plupart des médecins limitent l'étendue de leur pratique et n'effectuent pas tous les gestes techniques, que les médecins qui acquièrent des handicaps physiques ne sont pas empêchés de poursuivre certaines formes de pratique médicale et que les progrès technologiques permettent de substituer l'imagerie et les tests diagnostiques à la démarche plus conventionnelle de l'examen physique, l'exigence d'une capacité pratique devient moins impérieuse. Pour autant, tous les candidats souffrant d'un handicap physique ne devraient pas être admis à la faculté de médecine, et ceux qui sont admis ont besoin d'être encadrés, guidés et conseillés sur leur carrière pour réussir malgré leurs limitations physiques. L'auteur suggère que l'un des concepts fondamentaux de l'enseignement médical, « sans

handicap », ne soit pas considéré comme faisant référence à l'état physique préexistant des étudiants, mais plutôt comme l'obligation des formateurs d'offrir à tous leurs étudiants les expériences d'apprentissage les plus larges possibles afin qu'ils ne souffrent pas du handicap d'une formation inadéquate lorsqu'ils s'orienteront vers leur domaine de prédilection.

Jain et al.(2022)<sup>19</sup> : Les programmes de formation médicale s'engagent en faveur de la justice, de l'équité et de l'inclusion, dans le but de diversifier la profession et de mieux servir les populations de patients. Bien que le handicap ait récemment rejoint les catégories reconnues de la diversité valorisée, des obstacles importants subsistent pour les apprenants handicapés en médecine. Cet article énonce le concept d'impératif de capacité, dérivé d'une étude théorique constructiviste sur l'inclusion des personnes handicapées dans quatre facultés de médecine américaines, qui a analysé les politiques de normes techniques et les entretiens avec 19 étudiants handicapés et 27 responsables de la faculté (professeurs et administrateurs). À travers trois modèles (le surhomme désintéressé, le « monde réel » de la médecine et l'étudiant malléable), l'impératif de capacité impose les caractéristiques d'un bon médecin, justifie les dispositions institutionnelles et cherche à produire un apprenant capable de se conformer à ces attentes. S'appuyant sur les théories critiques sur les personnes handicapées relatives au capacitisme et sur la théorie crip, cet article soutient **que l'impératif de capacité représente une manifestation contextuelle spécifique du capacitisme qui maintient une logique culturelle d'hyper-capacité physique et mentale obligatoire. Cette logique va à l'encontre des objectifs d'inclusion.** L'exploration de ce qui constitue un médecin et de ceux que cette vision sert peut contribuer à faire évoluer la culture professionnelle vers la justice et à déraciner la marginalisation actuelle des personnes handicapées dans la profession médicale.

Principes de base de la conception universelle de Mace (1990)<sup>21</sup>: En 1997, Ronald Mace a dirigé un groupe de travail composé d'architectes, de concepteurs de produits, d'ingénieurs et de chercheurs en conception environnementale, afin d'énoncer les 7 principes de la conception universelle pour aider à guider le processus de conception d'environnements, de produits et de communications.

Résumé des principes.

- **Principe 1 : Utilisation équitable.** Le concept est utile et commercialisable pour des personnes aux capacités diverses.
- **Principe 2 : Souplesse d'utilisation.** La conception s'adapte à un large éventail de préférences et de capacités individuelles.
- **Principe 3 : Utilisation simple et intuitive.** L'utilisation du concept est facile à comprendre, indépendamment de l'expérience de l'utilisateur, de ses connaissances, de ses compétences linguistiques ou de son niveau de concentration actuel.
- **Principe 4 : Information perceptible.** La conception communique efficacement à l'utilisateur les informations nécessaires, quelles que soient les conditions ambiantes ou les capacités sensorielles de l'utilisateur.
- **Principe 5 : Tolérance d'erreur.** La conception minimise les risques et les conséquences négatives d'actions accidentelles ou involontaires.
- **Principe 6 : Faible effort physique.** Le modèle peut être utilisé efficacement et confortablement, avec un minimum de fatigue.
- **Principe 7 : Taille et espace pour l'approche et l'utilisation.** Des dimensions et un espace appropriés sont prévus pour l'approche, l'atteinte, la manipulation et l'utilisation, indépendamment de la taille, de la posture ou de la mobilité de l'utilisateur.

Bulk et al. (2023)<sup>22</sup> : « The invisible work of co-creating disability access in work integrated learning » décrit le travail non reconnu des formateurs dans la co-création de l'accès dans les contextes d'enseignement clinique des

professions de santé, en mettant particulièrement l'accent sur : le temps supplémentaire, le travail émotionnel, l'engagement dans le travail relationnel et la navigation dans les complexités. Ce travail n'est pas reconnu et est facultatif, et par conséquent son résultat - l'accès à l'éducation - est réparti de manière inéquitable.

Kezar et al. (2019)<sup>23</sup> : La profession médicale a abordé pour la première fois la nécessité de normes techniques (NT), définissant les exigences autres que le rendement scolaire jugées essentielles pour la participation à un programme éducatif, dans des lignes directrices publiées par l'Association of American Medical Colleges en 1979. Malgré de nombreux changements dans la pratique de la médecine et des avancées juridiques, culturelles et technologiques qui offrent de plus grandes possibilités aux personnes handicapées, l'attitude de la profession à l'égard des NT est restée largement inchangée au cours des quatre décennies qui ont suivi. Bien que les médecins handicapés portent un regard unique sur la médecine et contribuent à un effectif diversifié de médecins compétents sur le plan culturel, ils restent sous-représentés dans la profession. **Les auteurs soulignent la nécessité d'une mise à jour du cadre des NT, tenant compte des changements intervenus dans le climat juridique et réglementaire, la pratique médicale et la formation médicale depuis la publication des premières lignes directrices sur les NT.** Ils concluent en proposant huit recommandations et deux approches fonctionnelles des NT qui sont cohérentes avec les concepts de l'éducation médicale fondée sur les compétences qui sont maintenant répandus. En outre, les **facultés devraient prendre en compte les principes de la conception universelle pour mettre en place des politiques et des évaluations qui fonctionnent pour tous les apprenants, dans la mesure du possible, sans qu'il soit nécessaire de procéder à des aménagements après coup.**

## X. Références

1. Meeks LM, Neal-Boylan L. Disability as Diversity. In: Meeks LM, Neal-Boylan L, eds. *Disability as Diversity: A Guidebook for Inclusion in Medicine, Nursing, and the Health Professions*. Springer International Publishing; 2020:C1-C1.
2. Postl B AM, Ding M, Ellaway R, Hammond R, Hanson M, Lewis M, Mankour H, O'Hearn S, Parsons W, Prowse O, Razack S, Richardson L, Sanfilippo T, Smith P, Sharma r, Tardiff M, Verma S, Moineau G, Karwowska A, Kimball J, Shahin M, Drake C. . *Groupe de réflexion sur l'avenir des admissions au Canada (GRAAC) Stratégie proposée pour améliorer les processus d'admission*. Rapport. 2020. 22 avril 2020. [https://www.afmc.ca/wp-content/uploads/2022/10/2020-04-22-FACTT-strategy\\_fr.pdf](https://www.afmc.ca/wp-content/uploads/2022/10/2020-04-22-FACTT-strategy_fr.pdf)
3. Curry RH, Meeks LM, Iezzoni LI. Beyond Technical Standards: A Competency-Based Framework for Access and Inclusion in Medical Education. *Academic Medicine*. 2020;95(12S):S109-S112. doi:10.1097/acm.0000000000003686
4. Stauffer C, Case B, Moreland CJ, Meeks LM. Technical Standards from Newly Established Medical Schools: A Review of Disability Inclusive Practices. *J Med Educ Curric Dev*. Jan-Dec 2022;9:23821205211072763. doi:10.1177/23821205211072763
5. Enquête canadienne sur l'incapacité, 2017. Statistique Canada. 2018. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/181128/dq181128a-fra.htm>
6. Gulli D. Diversity among doctors: Students with disabilities are finding their place in medical schools—and beyond. *MacLeans*. 2015;doi:<https://macleans.ca/education/post-graduate/breaking-down-barriers-for-med-students-with-disabilities/>
7. Battalova A, Bulk L, Nimmon L, et al. "I Can Understand Where They're Coming From": How Clinicians' Disability Experiences Shape Their Interaction With Clients. *Qualitative Health Research*. 2020/11/01 2020;30(13):2064-2076. doi:10.1177/1049732320922193

8. *Loi canadienne sur l'accessibilité* - 2019. Gouvernement du Canada. Consulté le 6 août 2023, <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/a-0.6/page-1.html#h-1139872>
9. DeLisa JA, Lindenthal JJ. Commentary: reflections on diversity and inclusion in medical education. *Acad Med*. Nov 2012;87(11):1461-3. doi:10.1097/ACM.0b013e31826b048c
10. *Organisation mondiale de la santé - Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé: CIF*. 2001. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42407>
11. Ferro-Lusk M, Meeks LM. Chapter 4: The Process for Determining Accommodations. *Equal Access*. 2nd Edition ed. Springer Publishing; 2021.
12. Meeks LM, Serrantino J, Jain NR, et al. Accommodations in Didactic, Lab, and Clinical Settings. In: Meeks LM, Jain NR, Laird EP, eds. *Equal Access for Students with Disabilities: the Guide for Health Science and Professional Education*. 2nd ed. Springer; 2021.
13. Bulk LY. *Being blind and belonging in academia*. Thesis: Text, Sound. 2020. <https://open.library.ubc.ca/collections/24/items/1.0395453>
14. Sondage national de l'AMC sur la santé des médecins de 2021/2022. [https://www.cma.ca/sites/default/files/2022-08/NPHS\\_final\\_report\\_FR.pdf](https://www.cma.ca/sites/default/files/2022-08/NPHS_final_report_FR.pdf)
15. Gertsman S, Dini Y, Wilton D, Neilson S. Tackling barriers in Canadian medical school admissions for students with disabilities. *Revue canadienne de l'éducation médicale*. 2023;195(44):E1512. doi:10.1503/cmaj.230734
16. Stergiopoulos E, Fernando O, Martimianakis MA. "Being on Both Sides": Canadian Medical Students' Experiences With Disability, the Hidden Curriculum, and Professional Identity Construction. *Acad Med*. Oct 2018;93(10):1550-1559. doi:10.1097/acm.0000000000002300
17. Stergiopoulos E, Martimianakis MAT. What makes a 'good doctor'? A critical discourse analysis of perspectives from medical students with lived experience as patients. *Med Humanit*. Apr 26 2023;doi:10.1136/medhum-2022-012520
18. Reichgott MJ. "Without handicap": issues of medical schools and physically disabled students. *Acad Med*. Jul 1996;71(7):724-9. doi:10.1097/00001888-199607000-00003
19. Jain NR. The capability imperative: Theorizing ableism in medical education. *Soc Sci Med*. Dec 2022;315:115549. doi:10.1016/j.socscimed.2022.115549
20. Clarke Q, Gertsman S, Sandino-Gold A. National data needs for medical trainees with disabilities. Blog du *Médecin de famille canadien*. 2022. <https://www.cfp.ca/news/2022/10/18/10-18>
21. Mace RL, Hardie GJ, Place JP, North Carolina State University Center for Accessible H. *Accessible environments : toward universal design*. Center for Accessible Housing, North Carolina State University Raleigh, NC; 1990.
22. Bulk LY, Franks A, Stephens L, et al. The invisible work of co-creating disability access in work integrated learning. *Advances in health sciences education : theory and practice*. 2023/12// 2023;28(5):1391-1408. doi:10.1007/s10459-023-10216-z
23. Kezar LB, Kirschner KL, Clinchot DM, Laird-Metke E, Zazove P, Curry RH. Leading Practices and Future Directions for Technical Standards in Medical Education. *Academic Medicine*. 2019;94(4):520-527. doi:10.1097/acm.0000000000002517

## XI. Annexe 1 : Législation en matière de handicap

Cas canadiens impliquant un établissement d'enseignement post-secondaire et des handicapés :

Brar and others c. B.C. Veterinary Medical Association et Osborne, 2015 BCHRT 151. <https://canlii.ca/t/glsds>

Dunkley c. UBC and others, 2015 BCHRT 100. <https://canlii.ca/t/gjxjm>

Fernandes c. City University of Seattle in Canada et autre (No. 2), 2020 BCHRT 116. <https://canlii.ca/t/j7x19>

Heck obo Heck c. University of Alberta, 2021 AHRC 85. <https://canlii.ca/t/jfrq>

Kelly c. University of British Columbia (No. 4), 2013 BCHRT 302. <https://canlii.ca/t/g2h3d>

Konesavarathan c. College of Physicians and Surgeons of Ontario, 2017 HRTO 973. <https://canlii.ca/t/h5660>

Providence Health Care c. Dunkley, 2016 BCSC 1383. <https://canlii.ca/t/gsp2d>

### Législation en vigueur en matière de handicap

*CCSM c H175 | Code des droits de la personne.* (n.d.). CanLII. Consulté le 4 mai 2023 à l'adresse suivante :

<https://www.canlii.org/en/mb/laws/stat/ccsm-c-h175/latest/ccsm-c-h175.html?searchUrlHash=AAAAAQhKcJwb3N0LXNlY29uZGFyeSlgT1IglInBvc3Qgc2Vjb25kYXJ5IiBPUiAibWVkaWNhbCBzY2hvb2wiiE9SIHVuaXZlcnNpdHkplIEFORCBkaXNhYiogQU5EIGFjY2Vzc2liKgAAAAAB&resultIndex=28>

*CQLR c C-12 | Charte des droits et libertés de la personne.* (n.d.). CanLII. Consulté le 8 mai 2023 à l'adresse

suivante : <https://www.canlii.org/en/qc/laws/stat/cqlr-c-c-12/latest/cqlr-c-c-12.html?searchUrlHash=AAAAAQAhImh1bWVfUlHJpZ2h0cyIlgQU5EiChjb2RIIG9yIGFjdCkgAAAAAAE&resultIndex=1>

*RSA 2000, c A-25.5 | Alberta Human Rights Act.* (n.d.). CanLII. Consulté le 8 mai 2023 à l'adresse suivante :

<https://www.canlii.org/en/ab/laws/stat/rsa-2000-c-a-25.5/latest/rsa-2000-c-a-25.5.html?searchUrlHash=AAAAAQAhImh1bWVfUlHJpZ2h0cyIlgQU5EiChjb2RIIG9yIGFjdCkgAAAAAAE&resultIndex=1>

*RSBC 1996, c 210 | Human Rights Code* (n.d.). CanLII. Consulté le 8 mai 2023 à l'adresse suivante :

<https://www.canlii.org/en/bc/laws/stat/rsbc-1996-c-210/latest/rsbc-1996-c-210.html?searchUrlHash=AAAAAQAhImh1bWVfUlHJpZ2h0cyIlgQU5EiChjb2RIIG9yIGFjdCkgAAAAAAE&resultIndex=1>

*RSC 1985, c H-6 | Loi canadienne sur les droits de la personne.* (n.d.). CanLII. Consulté le 4 mai 2023 à l'adresse

suivante : <https://www.canlii.org/en/ca/laws/stat/rsc-1985-c-h-6/latest/rsc-1985-c-h-6.html?searchUrlHash=AAAAAQhKcJwb3N0LXNlY29uZGFyeSlgT1IglInBvc3Qgc2Vjb25kYXJ5IiBPUiAibWVkaWNhbCBzY2hvb2wiiE9SIHVuaXZlcnNpdHkplIEFORCBkaXNhYiogQU5EIGFjY2Vzc2liKgAAAAAB&resultIndex=22>

*RSNB 2011, c 171 | Loi sur les droits de la personne.* (n.d.). CanLII. Consulté le 4 mai 2023 à l'adresse suivante :

<https://www.canlii.org/en/nb/laws/stat/rsnb-2011-c-171/latest/rsnb-2011-c-171.html?searchUrlHash=AAAAAQhKcJwb3N0LXNlY29uZGFyeSlgT1IglInBvc3Qgc2Vjb25kYXJ5IiBPUiAibWVkaWNhbCBzY2hvb2wiiE9SIHVuaXZlcnNpdHkplIEFORCBkaXNhYiogQU5EIGFjY2Vzc2liKgAAAAAB&resultIndex=4>

*RSNS 1989, c 214 | Loi sur les droits de la personne* (n.d.). CanLII. Consulté le 8 mai 2023 à l'adresse suivante :

<https://www.canlii.org/en/ns/laws/stat/rsns-1989-c-214/latest/rsns-1989-c-214.html?searchUrlHash=AAAAAQAhImh1bWVfUlHJpZ2h0cyIlgQU5EiChjb2RIIG9yIGFjdCkgAAAAAAE&resultIndex=1>

*RSO 1990, c H.19 | Code des droits de la personne.* (n.d.). CanLII. Consulté le 8 mai 2023 à l'adresse suivante :

<https://www.canlii.org/en/on/laws/stat/rso-1990-c-h19/latest/rso-1990-c-h19.html?searchUrlHash=AAAAAQAhImh1bWVfUlHJpZ2h0cyIlgQU5EiChjb2RIIG9yIGFjdCkgAAAAAAE&resultIndex=1>

La *Loi canadienne sur les droits de la personne* reconnaît le droit de tous les individus, sur la base de l'égalité avec les autres individus, de mener la vie qu'ils peuvent et souhaitent mener et de voir leurs besoins satisfaits sans discrimination et, en particulier, sans discrimination fondée sur le handicap.

*RSPEI 1988, c H-12 | Human Rights Act | CanLII.* (n.d.). Consulté le 8 mai 2023 sur le site

<https://www.canlii.org/en/pe/laws/stat/rspei-1988-c-h-12/latest/rspei-1988-c-h-12.html?searchUrlHash=AAAAAQAhImh1bWFuHJpZ2h0cyIlgQU5EiChj2RIIG9yIGFjdCkgAAAAAAE&resultIndex=1>

*SBC 2021, c 19 | Accessible British Columbia Act.* (n.d.). CanLII. Consulté le 4 mai 2023 à l'adresse suivante :

<https://www.canlii.org/en/bc/laws/stat/sbc-2021-c-19/latest/sbc-2021-c-19.html?searchUrlHash=AAAAAQBhKCJwb3N0LXNlY29uZGFyeSlgT1glnBvc3Qgc2Vjb25kYXJ5IiBPUiAibWVkaWNhbCBzY2hvb2wiiE9SIHVuaXZlcnNpdHkplEFORCBkaXNhYiogQU5EIGFjY2Vzc2liKgAAAAAB&resultIndex=12>

*SC 2019, c 10 | Loi canadienne sur l'accessibilité.* (n.d.). CanLII. Consulté le 4 mai 2023 à l'adresse suivante :

<https://www.canlii.org/en/ca/laws/stat/sc-2019-c-10/latest/sc-2019-c-10.html?searchUrlHash=AAAAAQBhKCJwb3N0LXNlY29uZGFyeSlgT1glnBvc3Qgc2Vjb25kYXJ5IiBPUiAibWVkaWNhbCBzY2hvb2wiiE9SIHVuaXZlcnNpdHkplEFORCBkaXNhYiogQU5EIGFjY2Vzc2liKgAAAAAB&resultIndex=23>

*SM 2013, c 40 | Loi sur l'accessibilité pour les Manitobains.* (n.d.). CanLII. Consulté le 4 mai 2023 à l'adresse

suivante : <https://www.canlii.org/en/mb/laws/astat/sm-2013-c-40/latest/sm-2013-c-40.html?searchUrlHash=AAAAAQBhKCJwb3N0LXNlY29uZGFyeSlgT1glnBvc3Qgc2Vjb25kYXJ5IiBPUiAibWVkaWNhbCBzY2hvb2wiiE9SIHVuaXZlcnNpdHkplEFORCBkaXNhYiogQU5EIGFjY2Vzc2liKgAAAAAB&resultIndex=18>

*SNL 2010, c H-13.1 | Human Rights Act, 2010.* (n.d.). CanLII. Consulté le 8 mai 2023 à l'adresse suivante :

<https://www.canlii.org/en/nl/laws/stat/snl-2010-c-h-13.1/latest/snl-2010-c-h-13.1.html?searchUrlHash=AAAAAQAhImh1bWFuHJpZ2h0cyIlgQU5EiChj2RIIG9yIGFjdCkgAAAAAAE&resultIndex=1>

*SNS 2017, c 2 | Accessibility Act.* (n.d.). CanLII. Consulté le 4 mai 2023 à l'adresse suivante :

<https://www.canlii.org/en/ns/laws/stat/sns-2017-c-2/latest/sns-2017-c-2.html?searchUrlHash=AAAAAQBhKCJwb3N0LXNlY29uZGFyeSlgT1glnBvc3Qgc2Vjb25kYXJ5IiBPUiAibWVkaWNhbCBzY2hvb2wiiE9SIHVuaXZlcnNpdHkplEFORCBkaXNhYiogQU5EIGFjY2Vzc2liKgAAAAAB&resultIndex=5>

*SO 2001, c 32 | Loi de 2001 sur les personnes handicapées de l'Ontario.* (n.d.). CanLII. Consulté le 4 mai 2023 à

l'adresse suivante : <https://www.canlii.org/en/on/laws/stat/so-2001-c-32/latest/so-2001-c-32.html?searchUrlHash=AAAAAQBhKCJwb3N0LXNlY29uZGFyeSlgT1glnBvc3Qgc2Vjb25kYXJ5IiBPUiAibWVkaWNhbCBzY2hvb2wiiE9SIHVuaXZlcnNpdHkplEFORCBkaXNhYiogQU5EIGFjY2Vzc2liKgAAAAAB&resultIndex=28>

*SO 2005, c 11 | Loi de 2005 sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario.* (n.d.). CanLII. Consulté

le 4 mai 2023 à l'adresse suivante : [https://www.canlii.org/en/on/laws/stat/so-2005-c-11/latest/so-2005-c-11.html?searchUrlHash=AAAAAQBhKCJwb3N0LXNlY29uZGFyeSlgT1glnBvc3Qgc2Vjb25kYXJ5IiBPUiAibWVkaWNhbCBzY2hvb2wiiE9SIHVuaXZlcnNpdHkplEFORCBkaXNhYiogQU5EIGFjY2Vzc2liKgAAAAAB&resultIndex=29#sec6\\_smooth](https://www.canlii.org/en/on/laws/stat/so-2005-c-11/latest/so-2005-c-11.html?searchUrlHash=AAAAAQBhKCJwb3N0LXNlY29uZGFyeSlgT1glnBvc3Qgc2Vjb25kYXJ5IiBPUiAibWVkaWNhbCBzY2hvb2wiiE9SIHVuaXZlcnNpdHkplEFORCBkaXNhYiogQU5EIGFjY2Vzc2liKgAAAAAB&resultIndex=29#sec6_smooth)

*SS 2018, c S-24.2 | Code des droits de la personne de la Saskatchewan, 2018 | CanLII.* (n.d.). Consulté le 4 mai

2023 à l'adresse suivante : <https://www.canlii.org/en/sk/laws/stat/ss-2018-c-s-24.2/latest/ss-2018-c-s-24.2.html?searchUrlHash=AAAAAQBhKCJwb3N0LXNlY29uZGFyeSlgT1glnBvc3Qgc2Vjb25kYXJ5IiBPUiAibWVkaWNhbCBzY2hvb2wiiE9SIHVuaXZlcnNpdHkplEFORCBkaXNhYiogQU5EIGFjY2Vzc2liKgAAAAAB&resultIndex=8>

Autres politiques, déclarations, etc.

*Accommodation Carries a Price Tag, but the Bottom—ProQuest.* (n.d.). Consulté le 28 septembre 2023 sur le site

<https://www.proquest.com/docview/1752066151/abstract/2254219DAD3B48F0PQ/1>

Commission canadienne des droits de la personne (Ed.). (2007). *Exigences professionnelles justifiées et motifs justifiables dans la Loi canadienne sur les droits de la personne : Incidences des arrêts de Meiorin et Grismer*. Commission canadienne des droits de la personne. <https://www.chrc-ccdp.gc.ca/fr/ressources/publications/exigences-professionnelles-justifiees-et-motifs-justifiables-dans-la-loi>

*Politique sur l'éducation accessible aux élèves handicapés | Commission ontarienne des droits de la personne*. (n.d.). Consulté le 28 avril 2023 sur le site <https://www.ohrc.on.ca/fr/politique-sur-l'education-accessible-aux-élèves-handicapés>

*Politique sur la prévention de la discrimination fondée sur les troubles mentaux et les dépendances*. (n.d.). <https://www.ohrc.on.ca/fr/politique-sur-la-prevention-de-la-discrimination-fondée-sur-les-troubles-mentaux-et-les-dépendances>

*Commission ontarienne des droits de la personne*. (n.d.). Consulté le 28 septembre 2023, à l'adresse suivante : <https://www.ohrc.on.ca/fr/dans-une-optique-d'apprentissage>

## XII. Annexe 2 : Membres du groupe de travail

D<sup>re</sup> Cheryl Holmes, *doyenne associée, Enseignement médical prédoctoral (EMPr), Université de la Colombie-Britannique*

D<sup>re</sup> Laura Farrell, *doyenne associée, Affaires étudiantes, Université de la Colombie-Britannique*

D<sup>re</sup> Ginger Rudy, *doyenne associée, Affaires étudiantes, Université de Saskatchewan*

D<sup>re</sup> Laura Yvonne Bulk, *professeure adjointe, enseignement, sciences du travail et ergothérapie, Université de la Colombie-Britannique*

D<sup>re</sup> Lynn Ashdown, *membre du conseil d'administration de l'Association canadienne des médecins handicapés (ACMH) et chercheure - Laboratoire sur l'équité et les systèmes de santé, partenaire des patients - conseillère principale de l'AFMC.*

D<sup>r</sup> Quinten Clarke, *vice-président de l'Association canadienne des médecins handicapés (ACMH)*

D<sup>r</sup> Franco Rizzuti, *Santé publique et médecine préventive, Université de Calgary et Président de l'Association canadienne des médecins handicapés (ACMH)*

D<sup>r</sup> Lee Toner, *doyen associé, Enseignement médical prédoctoral, Université de l'EMNO*

D<sup>r</sup> Alex Scott, *chef du département de physiothérapie de l'UBC, Université de la Colombie-Britannique*

D<sup>r</sup> George Kim, *doyen associé des admissions, École de médecine et de dentisterie Schulich, Université Western*

D<sup>re</sup> Julia Ersilia Hanes, *résidente, Médecine Physique et Réhabilitation, Université de Colombie Britannique*

D<sup>r</sup> Charles Su, *vice-doyen intérimaire, Enseignement médical prédoctoral, Université d'Ottawa*

M<sup>me</sup> Rachel Giddings, *étudiante à l'UBC, promotion 2026*

D<sup>re</sup> Lisa Graves, *Secrétaire, Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada (CACMS)*

M<sup>me</sup> Melissa Shahin, *directrice des Opérations et chef de la responsabilité sociale, Association des facultés de médecine du Canada*

D<sup>r</sup> Saleem Razack, *professeur, Division des soins intensifs, Département de pédiatrie, Faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique*

D<sup>r</sup> Michael Quon, *Division de médecine interne générale, Hôpital d'Ottawa*

D<sup>re</sup> Erene Stergiopoulos, *clinicienne scientifique, Département de psychiatrie, Université de Toronto*

D<sup>re</sup> Naomi Lear, *directrice associée du Student Advocacy and Wellness Centre, Faculté de médecine Cumming, Université de Calgary*

*Nous remercions tout particulièrement M<sup>mes</sup> Kacey Krenn LLB et Meredith Holmes LLB pour leur expertise juridique, ainsi que la D<sup>re</sup> Sarah Knitter, directrice du Centre for Accessibility de l'Université de Colombie-Britannique, pour sa contribution.*

### XIII. Annexe 3 : Organisations consultées

Comité des doyens de l'enseignement médical prédoctoral de l'AFMC  
Comité de l'AFMC sur l'EDI et la lutte contre le racisme  
Comité permanent de l'AFMC sur la responsabilité sociale  
Comité des doyens de l'enseignement médical postdoctoral de l'AFMC  
Réseau de l'AFMC sur les admissions  
Comité de l'AFMC sur les affaires étudiantes  
Réseau de l'AFMC sur l'externat  
Réseau de l'AFMC sur le préexternat  
Réseau de l'AFMC sur les compétences cliniques  
La Fédération des ordres des médecins du Canada (FOMC)  
Le Conseil médical du Canada (CMC)  
Le Conseil des facultés de médecine de l'Ontario (COFM)  
L'Association canadienne des médecins handicapés  
La Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada (FEMC)  
La Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ)  
Le Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada (CAFMC)  
Le Comité d'agrément du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) (CMFC)  
Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC)  
Le Conseil des facultés de médecine de l'Ontario (COFM) et l'Association professionnelle des résidents de l'Ontario (PARO)  
L'Initiative « Docs with Disabilities »

*Les facultés de médecine devront également procéder à des consultations internes. Il s'agira notamment du Centre d'accessibilité/Services d'accessibilité pour les étudiants (ou équivalent), du conseil juridique, des comités directeurs et d'autres organes, le cas échéant.*