

Responsabilité sociale des institutions de formation : où en sommes-nous ?

Social accountability of health education institutions: where do we stand today?

Charles BOELEN¹

¹ Consultant international en système et personnel de santé. Ancien coordonnateur du programme de l'OMS (Genève) des ressources humaines pour la santé

Manuscrit reçu le 17 novembre 2015 ; commentaires éditoriaux formulés à l'auteur le 7 janvier 2016 ; accepté pour publication le 20 janvier 2016

Mots-clés

Responsabilité sociale ;
Accréditation

Résumé – Contexte : L'application des principes de responsabilité sociale tend à améliorer l'impact des institutions de formation sur la santé, en prenant comme référence les déterminants sociaux de la santé, les besoins prioritaires des citoyens et la réforme pour un système de santé équitable et efficient. **Exégèse :** On note un intérêt croissant pour ces principes de par le monde, y compris en francophonie, entraînant des expérimentations sur le terrain et l'élaboration de normes pour l'évaluation.

Keywords

Social accountability;
Accreditation

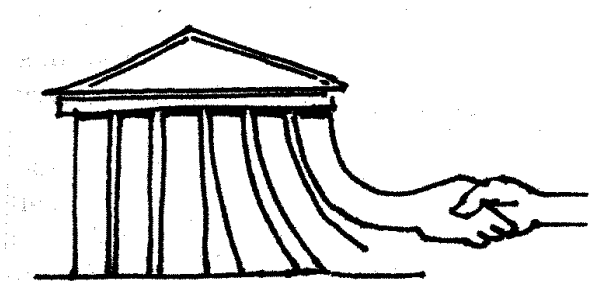
Abstract – Context: The implementation of social accountability principles tends to improve the impact of educational institutions on people's health by taking as reference social determinants, priority health needs and the reform designed to provide a more equitable and efficient health system. **Analysis:** Interest for those principles is growing worldwide, including in the French-speaking world as evidenced by field experimentation and the development of evaluation standards.

Emergence du concept

L'intérêt manifesté pour le concept de responsabilité sociale (RS) de l'institution de formation, en particulier de la faculté de médecine, est notoire et croissant. Ainsi, le principal moteur de recherche sur l'internet affiche 500.000 références en français et cinq fois plus en anglais. Ce qui motive cet intérêt

universel peut être attribué à la conjonction de trois phénomènes généralement observés dans les pays quant aux politiques et stratégies de santé. D'abord, un questionnement sur le bon fonctionnement des institutions y compris l'usage des ressources mises à leur disposition au regard des besoins prioritaires de santé de la société. Ensuite, le besoin ressenti pour davantage de transparence et de traçabilité sur les effets

produits sur les citoyens et la société en général par les programmes d'action des institutions. Enfin, une prise de conscience de plus en plus aigüe du fait que chacun à son niveau peut contribuer par ses attitudes et ses actions au bien-être de tous, dans son environnement immédiat comme à l'échelle planétaire, et ce grâce à une utilisation plus équitable et plus efficiente des services et une préservation du cadre de vie. Dans ce contexte général, l'institution de formation peut être amenée à réfléchir à sa capacité de répondre aux véritables enjeux de santé, réajuster ses missions et entreprendre des actions ayant un plus grand impact sociétal.



La première publication faisant référence au concept de RS des facultés de médecine est a été publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et date de 1995 ; la RS y est définie comme « l'obligation d'orienter la formation qu'elles donnent, les recherches qu'elles poursuivent et les services qu'elles dispensent, vers les principaux problèmes de santé de la communauté, région ou/et nation qu'elles ont comme mandat de servir. Les principaux problèmes de santé seront identifiés conjointement par les gouvernements, les organismes, les professionnels de la santé et le public »^[1]. Cette définition est applicable à toute institution de formation, de recherche et de prestation de services en santé. En 2011, est publié le Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine, fruit d'une étude Delphi impliquant 130 organisations et experts en éducation médicale de par le monde. Le document de consensus propose dix axes stratégiques déclinés en 43 actions spécifiques permettant à l'institution à devenir « socialement responsable ».

Quatre formules lapidaires caractérisent l'institution socialement responsable comment étant en mesure de :

- « répondre aux besoins et défis actuels et futurs de la société ;
- prioriser en conséquence l'orientation en matière d'éducation, recherche et service ;
- renforcer la gouvernance et le partenariat avec d'autres acteurs de la santé ;
- évaluer et accréditer en vue de mesurer et d'améliorer la performance et l'impact »^[2].

La clarté des directives proposées et la crédibilité de son processus d'élaboration ont contribué à une large utilisation de ce document pour une réflexion stratégique sur l'avenir des facultés de médecine.

Défis à relever

Le principe d'assumer une responsabilité sur la conséquence de ses actes et d'en rendre compte à celles et ceux envers qui on s'est engagé est généralement bien accepté. Cependant, il soulève quelques interrogations quant à son application.

Le premier défi consiste à lever quelques ambiguïtés

Etre socialement responsable pour une institution de formation ne se réduit pas à introduire des disciplines nouvelles dans un programme d'études telles que la santé publique ou les sciences humaines ni à exposer les apprenants en situation de stage à des réalités de terrain aussi enrichissantes, pertinentes et diversifiées soient-elles. Il s'agit aussi et surtout pour l'institution de s'assurer que les étudiants acquièrent toutes les compétences nécessaires non seulement pour prévenir ou guérir des maladies, mais aussi pour comprendre et agir sur les principaux déterminants sociaux de la santé, et de prendre des dispositions pour qu'ils puissent appliquer ces compétences dans leur pratique future. C'est ici que cela se complique car en principe l'institution de formation a peu de pouvoir sur le marché de l'emploi et l'employabilité de ses diplômés. Or, le concept de RS entend encourager l'institution à s'intéresser aux effets

induits par la formation et donc à collaborer avec les employeurs potentiels des cadres formés. Cette collaboration devrait aboutir à un entendement sur le profil, le nombre et les conditions de pratique des futurs diplômés selon une analyse des besoins et les défis que devra relever le système de santé pour satisfaire à ces besoins. L'institution de formation accepterait ainsi d'assumer pleinement son rôle d'acteur de santé, porteuse de valeurs de justice sociale et d'efficience, et engagée à orienter ses programmes de formation, mais aussi de recherche et de prestation de soins, au service de ces valeurs. Au niveau mondial, une reconnaissance de la nécessité de ce changement de paradigme se fait jour et le projet international francophone sur la RS des facultés de médecine en est un exemple^[3].

L'autre défi est d'ordre méthodologique

Comment mesurer l'impact d'une institution de formation sur la santé de la société ? Comment mesurer les progrès accomplis à la suite de l'application du concept de RS dans ses programmes, à court terme et à plus longue échéance ? On a trop souvent admis – implicitement – qu'une institution qui forme des professionnels de la santé en suivant les règles de l'art en matière de pédagogie contribue effectivement à la santé de la société. Bien sûr, elle le fait, mais cette appréciation serait plus juste si l'évaluation ne se faisait pas essentiellement sur les processus de formation, mais également sur les résultats et l'impact sociétal, ce qui est plus rarement le cas. On peut comprendre qu'une faculté qui s'engagerait explicitement à réduire les disparités de santé dans la région et le pays, ou à développer en priorité la première ligne de santé serait amenée à démontrer son niveau d'implication et apporter des preuves que ses actions ont contribué directement ou indirectement à des avancées, surtout si elle a obtenu un appui des autorités publiques pour ces causes.

Des questions telles que celles-ci pourraient inspirer l'élaboration de normes : la formation est-elle planifiée à partir d'une analyse des besoins en consultation avec d'autres partenaires de santé ? Les diplômés choisissent-ils une spécialité conforme aux priorités de santé ? Vont-ils s'installer là où la population

en a le plus besoin ? Sont-ils motivés à travailler en équipe pluri-professionnelle ? Pratiquent-ils une approche intégrée des soins ? Coordonnent-ils leur pratique avec des programmes de santé publique et protection sociale ? Ces questions sont rarement prises en compte dans les normes communément utilisées pour l'évaluation et l'accréditation des institutions de formation.

Cependant, des expériences innovantes sont en cours de par le monde, y compris dans le projet francophone déjà cité plus haut, en envisageant d'adapter ces normes pour qu'elles reflètent davantage l'esprit de RS, notamment en se référant au modèle CPU^[4]. Celui-ci suggère d'utiliser des indicateurs dans les trois domaines interdépendants de la conception (C), la production (P) et l'utilisabilité (U) du professionnel formé^[5, 6]. À la phase C, l'institution énonce les compétences que le professionnel devrait acquérir au regard du rôle que celui-ci tiendrait dans un système de santé orienté vers les besoins de la personne, équitable et efficient. À la phase P, elle prendrait toutes les dispositions pour qu'un tel professionnel soit efficacement formé. À la phase U, elle vérifie que le professionnel formé est utilisé selon les attentes exprimées à la phase C et entreprend le cas échéant des démarches auprès de l'employeur. Le cycle est ainsi bouclé : la planification de l'action est inspirée des problèmes de santé de la société et l'impact de l'action est mesuré à l'aune de la résolution de ces mêmes problèmes. La spécificité de cette approche réside dans le fait que les problèmes ne sont plus identifiés par la seule institution de formation mais en consultation étroite avec d'autres acteurs de santé, représentatifs de la société que l'institution s'est engagée à servir.

Perspectives encourageantes

L'application rigoureuse des principes de RS devrait entraîner des transformations importantes quant à la gouvernance des institutions de formation, notamment en ce qui concerne la consultation et la collaboration avec les partenaires de santé, la participation à la gestion de la santé d'un territoire. Le but est que la pertinence des compétences envisagées puisse être vérifiée en continu sur le terrain tout en

assurant la mobilisation de l'ensemble des enseignants, superviseurs et chercheurs pour répondre aux engagements pris par l'institution. Cette démarche ne devrait en rien s'apparenter à une quelconque idéologie ou mise sous tutelle de l'institution. Au contraire, elle devrait être librement consentie par les responsables et les membres de l'institution après en avoir perçu les opportunités, les bénéfices et les contraintes, et être soumise à la rigueur scientifique en exigeant les preuves des retombées au bénéfice des citoyens, de la société et de l'institution elle-même.

Certes, des conditions politiques et administratives ainsi que des incitatifs professionnels devront être prévus pour que la démarche de RS puisse s'appliquer pleinement dans une institution et dans un pays. L'évolution des idées et les premières manifestations de réforme notées à l'échelle internationale sont de bon augure. Certains pays comme le Canada font de la RS une priorité nationale pour leurs facultés de médecine^[7]. D'autres comme la Tunisie s'apprêtent à le faire et d'autres encore comme Madagascar et la Roumanie invitent l'ensemble de leurs facultés de médecine à des sessions d'information et de formation sur la RS. Dans le cadre du projet international francophone sur la RS des facultés de médecine, 56 de celles-ci dans 18 pays différents se sont déclarées intéressées à participer à une recherche-action dont les principaux axes sont : le partenariat avec les autres acteurs de santé, la mesure d'impact et l'évaluation-accréditation. Enfin, sur un plan individuel, un nombre croissant d'enseignants et de pédagogues, conscients de l'importance de la formation comme moteur de changement, sont des fervents promoteurs de la RS dans leurs institutions et, participent brillamment à réaliser ce que certains appellent une « révolution »^[8].

Déclaration d'intérêts

L'auteur ne déclare de conflit d'intérêt en lien avec le contenu de cet article

Approbation éthique

Sans objet, non sollicitée

Références

1. Boelen C, Heck J. Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine, Genève : OMS 2000 [Online]. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_HRH_95.7_fre.pdf.
2. Contribution collective de la conférence pour le consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine. Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine. *Pédagogie Médicale* 2011;12:37-48
3. Projet international francophone sur la responsabilité sociale des facultés de médecine : www.responsabilite-sociale-francophone.org
4. Charles Boelen C, Grand'Maison P, Ladner J, Pestiaux D. Responsabilité sociale et accréditation. Une nouvelle frontière pour l'institution de formation. *Pédagogie Médicale* 2008;9:235-44
5. Boelen C, Gibbs T, Dharamsi S. The social accountability of medical schools and its indicators. *Educ Health (Abingdon)* 2012;25:180-94.
6. Hosny S, Ghaly M, Boelen C. Is our medical school socially accountable ? The case of Faculty of Medicine Suez Canal University. *Med Teach* 2015;37 Suppl 1:S47-55.
7. Association des Facultés de Médecine du Canada. Responsabilité sociale et enseignement de la médecine au Canada : Le devoir d'un médecin canadien envers la société. 2012 [On-line] Disponible sur : <https://www.afmc.ca/fr/outils-%C3%A9lectroniques/m%C3%A9decins-canadiens-de-demain/introduction>
8. Ventres W, Dharamsi S. Socially accountable medical education. The REVOLUTIONS framework. *Acad Med* 2015;90:1728

Correspondance et offprints : Charles Boelen,
Mailto : boelen.charles@wanadoo.fr