

Responsabilité sociale des facultés de médecine francophones : organisation, résultats et leçons apprises du projet de recherche-action international des facultés de médecine francophones

The francophone international action research project on social accountability: implementation and preliminary results

Joël LADNER¹, Ahmed MAHERZI², Geneviève POITEVIEN³, Dominique PESTIAUX⁴, Paul GRAND'MAISON⁵, José GOMÈS⁶, Tewfik NAWAR⁵, André-Jacques NEUSY⁷, Michel ROLAND⁸, Charles BOELEN⁹

¹ Faculté de médecine de Rouen, Université de Rouen, France

² Faculté de médecine de Tunis, Université de Tunis, Tunisie

³ Faculté de Médecine de Quisqueya, Port-aux-Princes, Haïti

⁴ Faculté de médecine, Université Catholique de Louvain, Belgique

⁵ Faculté de médecine de Poitiers, Université de Poitiers, France

⁶ Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé, Université de Sherbrooke, Canada

⁷ Training and Health Equity Network (THEnet)

⁸ Faculté de médecine, Université Libre de Bruxelles, Belgique

⁹ 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 aux auteurs le 7 janvier 2016 ; accepté pour publication le 20 janvier 2016

Mots-clés

Responsabilité sociale ; Faculté de médecine ; Education ; Recherche-action

Résumé – Contexte et objectif : L'objectif général du projet de recherche-action international francophone sur la responsabilité sociale des facultés de médecine a été d'expérimenter et d'évaluer la pertinence, l'applicabilité et la mise en œuvre d'une démarche de qualité inspirée des principes de responsabilité sociale (RS) et d'en démontrer l'utilité comme une stratégie de choix pour améliorer la santé. **Description :** Au 1^{er} novembre 2015, 56 facultés de médecine dans 18 pays francophones ont adhéré au projet de recherche-action. La phase d'évaluation de la perception des différents acteurs a montré que la sensibilisation devait être poursuivie auprès

des acteurs « *intra muros* » et « *extra-muros* ». La participation forte des étudiants signe un vif intérêt de ces derniers pour la RS. Des expérimentations d'actions pragmatiques de RS ont été choisies par les facultés : le contrat faculté-territoire, la première ligne de santé, l'adaptation de la formation et les populations vulnérables. **Résultats :** Le regroupement de facultés dans un même pays montre une dynamique nationale forte, une mutualisation des projets d'intervention et une visibilité accentuée. En Tunisie et en Haïti, les quatre facultés nationales sont partenaires du projet autour d'une thématique commune. Les six facultés de médecine de Madagascar se sont engagées dans un partenariat national prometteur. **Conclusion :** L'expérience du projet de recherche action sur la RS des facultés de médecine est une expérience d'envergure originale dans le monde francophone. En raison de la diversité des engagements, le projet illustre de manière évidente la possibilité d'engager des actions pragmatiques de RS à l'échelle d'une communauté, d'une institution académique ou d'un pays.

Keywords

Social accountability;
Medical school;
Medical education;
Research action

Abstract – Context and objective: The overall objective of the francophone international action research project on social accountability (SA) was to experiment and assess the relevance and implementation of a quality approach based on SA principles and to demonstrate its usefulness as a preferred strategy to improve the health system. **Description:** On November 1st, 2015, 56 medical schools in 18 French-speaking countries joined the action research project. In the first phase, the opinions and perceptions of various stakeholders were measured. Results indicated that work on SA awareness should continue among stakeholders. High student involvement demonstrated a strong interest in SA concepts. Medical schools chose different themes in experimenting practical SA interventions: faculty-territory agreement, first-line care, training adaptation and vulnerable populations. **Results:** The decision of medical schools to work on a common theme in the same country demonstrated strong national dynamics. In Tunisia and Haiti, the 4 faculties partnered and worked on a common theme. In Madagascar, the 6 medical schools embarked on a promising national partnership. **Conclusion:** The experience of the SA action research project by medical schools is singular in the French-speaking world. Because of the range of commitments, the project clearly illustrates the possibility of implementing practical SA actions in academic institutions, communities and countries.

« *La mesure de la grandeur d'un pays est basée sur la manière dont il prend soin de ses populations les plus vulnérables.* »

Gandhi

Contexte

En 2006, la Société internationale francophone d'éducation médicale (SIFEM) a initié un groupe de travail prioritaire « Santé-Société » ; celui-ci a publié trois articles dans *Pédagogie Médicale* et animé de nombreux ateliers lors des conférences francophones en éducation médicale. Il a évolué au fil des années pour aboutir à la mise en œuvre depuis 2012

d'un projet international de recherche-action interventionnelle sur la responsabilité sociale (RS) des facultés de médecine francophone par une approche pragmatique.

En 2010, le Consensus mondial a proposé dix axes de changement pour que les institutions de formation en santé deviennent socialement responsables, en insistant sur des améliorations indispensables pour répondre aux besoins et défis actuels et futurs de la société, prioriser en conséquence l'orientation en matière d'éducation, de recherche et de service, renforcer la gouvernance et le partenariat avec d'autres acteurs de santé, évaluer et accréditer en vue de mesurer et d'améliorer la performance et l'impact^[1,2]. Parallèlement à ce mouvement, l'accréditation des facultés de médecine devient une priorité

de plus en plus pressante dans le monde^[3, 4]. Les facultés de médecine devront accepter que les enjeux sociaux de l'éducation médicale aient vocation à devenir aussi importants que ses enjeux cognitifs, voire à les surpasser^[5, 6].

Un groupe de travail, issu en partie du groupe de travail prioritaire de la SIFEM « Santé-Société », a décidé d'explorer la pertinence des principes définis dans le Consensus mondial, de les expérimenter et les appliquer dans une approche autant que possible pragmatique. Ce projet de recherche-action est activement soutenu par la Conférence internationale des doyens et des facultés de médecine d'expression française (CIDMEF), la Société internationale francophone d'éducation médicale (SIFEM), le Consensus mondial sur la RS (*Global Consensus on Social Accountability*) et le *Training for Health Equity Network* (THEnet).

Le but du projet de recherche-action francophone, à partir de l'expérience vécue par un échantillon de facultés de médecine francophones, est de rapporter les opportunités et les défis suscités par l'application des principes de responsabilité sociale et de recommander une meilleure contribution du monde académique à l'émergence d'un système de santé plus efficace, juste et pérenne.

Cet article a pour objectif de décrire le projet de recherche-action international de RS des facultés de médecine, de présenter les premiers résultats et d'illustrer l'évolution du projet dans le monde académique francophone à l'aide de quelques exemples.

Le projet de recherche-action de responsabilité sociale des facultés de médecine francophones : organisation

Les objectifs du projet

A partir d'un échantillon de facultés de médecine francophones volontaires, l'objectif général du projet de recherche action a été d'expérimenter et d'évaluer la pertinence, l'applicabilité et la mise en œuvre d'une démarche de qualité inspirée des principes de responsabilité sociale, notamment ceux définis par le

Consensus mondial, et d'en démontrer l'utilité comme une stratégie de choix pour améliorer leur impact sur la santé.

Le projet est structuré en en trois phases : 1) appropriation/applicabilité du concept dans les facultés participantes (2012-mars 2013) ; 2) expérimentation dans le cadre de projets spécifiques facultaire ou nationaux (avril 2013-automne 2015) ; 3) évaluation du projet, des leçons apprises et de son impact sur les facultés concernées (fin 2015-début 2016).

Pour les trois phases, les objectifs spécifiques du projet étaient les suivants :

- Phase 1 - Applicabilité : Etudier la perception de l'intérêt des facultés de médecine, ses membres et ses partenaires, pour la mise en œuvre des recommandations énoncées dans le Consensus mondial, et analyser les interprétations du concept de responsabilité sociale.
- Phase 2 - Expérimentation : Identifier et expérimenter des actions de RS dans les facultés de médecine partenaires selon des thématiques prédéfinies proposées.
- Phase 3 - Evaluation : Evaluer l'expérimentation du processus, notamment les effets et l'impact de l'application de ces indicateurs, à court terme et à moyen terme, sur la capacité de la faculté de médecine à améliorer leur propre fonctionnement.

Quels étaient les intérêts pour une faculté de médecine à s'engager dans le projet francophone de responsabilité sociale ?

Pour une faculté de médecine les intérêts principaux à s'engager dans le projet de recherche-action francophone étaient les suivants :

- Entreprendre une démarche de qualité, qui lui permettra d'améliorer sa contribution à la résolution des problèmes prioritaires de santé des citoyens et de la société et son influence pour un meilleur fonctionnement du système de santé.
- S'engager dans un domaine nouveau de recherche pour l'identification des déterminants sociaux de la santé et pour l'expérimentation de stratégies tendant à démontrer la relation entre investissements, processus, résultats et l'impact sur la santé, dans les domaines de l'éducation, de la recherche et la prestation des soins.

- Œuvrer en partenariat et développer un soutien mutuel entre les facultés impliquées dans le projet, mais aussi avec d'autres partenaires de la santé engagés dans une même démarche globale d'analyse et de résolution des problèmes de santé prioritaires affectant les citoyens et la société, par un meilleur partage de ressources humaines, logistiques ou financières.
- Bénéficier d'une dynamique internationale et d'une expertise et de soutiens nationaux et internationaux pour mettre en œuvre des actions de RS et participer au développement facultaire.

Les facultés partenaires du projet

Au 1^{er} novembre 2015, 56 facultés de médecine dans 18 pays francophones ont adhéré au projet de recherche-action. La liste des facultés partenaires est présentée dans le tableau I.

Le regroupement de facultés dans un même pays offre une dynamique nationale forte, un engagement des équipes décanales, une mutualisation des projets d'intervention et une visibilité accentuée. En Tunisie, les quatre facultés nationales sont partenaires du projet autour d'une thématique commune ; en Haïti, quatre facultés ont un partenariat commun fort ; les six facultés de médecine de Madagascar se sont engagées début 2015 dans un partenariat national prometteur ; enfin 11 facultés de médecine de Roumanie et la faculté de Chisinau en Moldavie ont défini un projet commun national très récemment.

Le projet de recherche-action de responsabilité sociale des facultés de médecine francophones : résultats préliminaires

Phase 1 - Perception et connaissance de la RS dans les facultés

Afin de mesurer la perception de l'intérêt des facultés de médecine, de ses membres et de ses partenaires pour l'applicabilité et la mise en œuvre des

concepts de RS, un questionnaire en ligne a été préparé. Il reprenait les 10 axes du Consensus mondial et chacun des sous-axes. Pour chacun des sous-axes, il s'agissait de répondre à la question suivante : « À votre avis et à partir de ce que vous connaissez de votre faculté, est-ce que, à ce jour, ce sous-axe vous semble pris en compte ? ».

La phase 1 a été conduite entre novembre 2012 et mars 2013. Sur les 26 facultés engagées dans le projet à cette période, 23 d'entre-elles ont participé à l'enquête en ligne. Au total, 1291 répondants ont participé à l'étude, dont 269 étudiants, 254 enseignants, 88 maîtres de stage et 26 membres d'équipes décanales. Le nombre de répondants a été variable selon les facultés : plus de 50 participants dans sept facultés, 10 facultés ont inclus entre 30 et 50 répondants, six facultés ont eu moins de 30 répondants.

Principaux résultats et enseignements de la phase 1 :

- Les concepts et les principes de RS étaient mal connus par les différents répondants.
- Les perceptions facultaires étaient très différentes entre les acteurs d'une même faculté : globalement une vision des équipes décanales différente de celle des étudiants et enseignants.
- La RS évoquait essentiellement les mots suivants pour les répondants : « évaluation, accréditation, et certification des facultés de médecine » ; « place accrue de la société civile dans la faculté » ; « médecine de proximité, rôle de la médecine de première ligne » ; « stages dans les communautés, auprès de populations vulnérables » et « importance de l'adaptation de la formation pour répondre mieux aux principes de RS ».
- Les principaux verbatims relatifs aux points forts de la RS et aux opportunités pour une meilleure prise en compte des principes de RS étaient les suivants : « changements sociétaux forts (vieillesse, maladies chroniques) » ; « congruence avec les projets des facultés » ; « engagement du décanat », « une bonne opportunité de discussion avec différents acteurs » ; « rôle important des étudiants » ; « problématique nationale et sociétale ».
- Les principaux verbatims relatifs aux difficultés et aux points faibles recensés étaient les suivants : « difficultés de mobiliser les différents acteurs » ;

Tableau I. Les 44 facultés de médecine partenaires du projet international francophone de recherche-action sur la responsabilité sociale des facultés de médecine.

Pays	Faculté
Algérie	Faculté de Médecine de Béjaïa Faculté de Médecine de Oran Faculté de Médecine de Tlemcen
Belgique	Faculté de Médecine, Université Catholique de Louvain Faculté de Médecine, Université Libre de Bruxelles
Burundi	Faculté de Médecine de Bujumbura
Canada	Faculté de Médecine de Laval Faculté de Médecine de Montréal Faculté de Médecine de Sherbrooke
Côte d'Ivoire	Faculté de Médecine d'Abidjan
France	Faculté de Médecine de Bobigny-Paris 13 Faculté de Médecine de Lyon Est Faculté de Médecine de Lyon Sud Faculté de Médecine de Nancy Faculté de Médecine de Poitiers Faculté de Médecine de Rouen Faculté de Médecine de Poitiers
Gabon	Faculté de Médecine de Libreville
Haïti	Faculté de Médecine de Port-au-Prince, Université d'Etat Faculté de Médecine Lumière Faculté de Médecine Notre Dame de Haïti Faculté de Médecine de Quisqueya
Liban	Faculté de Médecine et des Sciences Médicales, Saint-Esprit de Kaslik, Jounieh
Madagascar	Faculté de Médecine d'Antananarivo Faculté de Médecine de Antsiranana Faculté de Médecine de Fianarantsoa Faculté de Médecine de Mahajanga Faculté de Médecine de Toamasina Faculté de Médecine de Toliara
Mauritanie	Faculté de Médecine de Nouakchott
Mali	Faculté de Médecine de Bamako
Maroc	Faculté de Chirurgie Dentaire de Casablanca Faculté de Médecine de Casablanca Faculté de Médecine de Fès Faculté de Médecine de Marrakech Faculté de Chirurgie Dentaire de Rabat
Sénégal	Faculté de Médecine de Dakar
République Démocratique du Congo	Faculté de Médecine de Kinshasa
Roumanie	Faculté de Médecine de Cluj-Napoca Faculté de Médecine de Iasi
Tunisie	Faculté de Médecine de Monastir Faculté de Médecine de Sfax Faculté de Médecine de Sousse Faculté de Médecine de Tunis

« sensibilisation insuffisante » ; « problématiques nationales différentes » ; « résistance au changement ».

En conclusion, malgré une représentativité discutable de l'échantillon des répondants par faculté, la première phase de la recherche-action a montré que l'information et la sensibilisation devaient être poursuivies et renforcées auprès des acteurs « *intra muros* » et « *extra-muros* » (société civile) des facultés de médecine. Des approches adaptées de sensibilisation et aussi de formation aux différents acteurs sont à mettre en œuvre. La participation des étudiants a été très importante, montrant un vif intérêt de ces derniers pour les thématiques de santé liées à la RS.

Phase 2 - Expérimentations et démarches de RS locales et nationales

La phase d'expérimentation a été lancée en décembre 2013. Elle avait pour objectif d'identifier puis expérimenter des actions de RS dans les facultés de médecine. A cet effet, les facultés partenaires étaient invitées à choisir une thématique proposée afin d'inscrire ce travail dans un cadre concret, tenant compte autant que possible des particularités de chaque faculté et de leur stratégie de développement, de leur passé et de leur expérience, leurs ressources et leurs priorités actuelles ou dans un futur proche.

Les thématiques proposées étaient les suivantes : - le contrat faculté-territoire ; - la première ligne de santé ; - l'adaptation de la formation ; - choix et finalités des spécialités ; - interdisciplinarité, - populations vulnérables et/ou mal desservies ; - recherche (orientée vers les besoins de santé) ; - enfin une thématique laissée ouverte, au choix de la faculté.

La thématique « contrat faculté-territoire »

Cette thématique a été la plus choisie. Le « contrat faculté-territoire » est un marqueur important de la responsabilité sociale des facultés de médecine, car il incite l'institution à une action concertée avec les principaux partenaires de santé sur les déterminants et problèmes prioritaires de santé affectant la population vivant dans un territoire donné. Ainsi, la faculté trouvera-t-elle une source d'inspiration

pertinente pour ajuster ses actions de formation, de recherche et de prestation de services en fonction des réalités observées et besoins identifiés et évaluer l'effet contributif de ses actions sur le fonctionnement du système de santé et sur le niveau de santé de la population, à court, moyen et long terme. Dans le cadre du projet de responsabilité sociale, la relation « faculté-territoire » prend une importance particulière étant donné que la faculté cherche à ce que ses missions de formation, de recherche et de prestation de services répondent au mieux aux besoins actuels et anticipés de la société et aux défis posés au système de santé. Ainsi, la faculté souhaite s'impliquer avec les autres acteurs de santé du terrain pour une identification des problèmes de santé de la population et une meilleure contribution à les prévenir et les accompagner.

Un éventail de normes susceptibles d'émerger à partir du modèle CPU (Conception, Production, Utilisabilité), pour la thématique « contrat faculté-territoire » aidera au pilotage et au suivi des actions de RS^[7, 8]. Dans le domaine de la conception (C), voici des exemples de normes : - la faculté formera des médecins généralistes dont l'éventail des compétences est défini et validé ; - en concertation avec les autres partenaires de la santé, la faculté s'assure que le recrutement d'étudiants concerne aussi bien le milieu urbain que rural en région éloignée et/ou la faculté utilise des critères de sélection des étudiants qui tient compte de compétences larges incluant la capacité de compréhension des enjeux sociétaux. Dans le domaine de la production (P), voici des exemples de normes : - dès la première année, les étudiants auront une expérience dans la médecine de proximité ; - dans chaque année, 30 % de la formation se déroulera en milieu communautaire. Quant à l'utilisabilité (U), deux exemples peuvent être cités : - la faculté négocie avec les partenaires concernés pour une implantation rurale des diplômés ; - la faculté participe à la promotion de bonnes conditions d'exercice dans les milieux défavorisés et/ou précaires^[7, 8].

La thématique « adaptation de la formation »

Cette thématique d'intervention a été aussi largement choisie. Une formation de qualité s'inspire

rigoureusement des besoins et défis de santé de la société et du système de santé mis en place pour la servir. La recherche d'une adéquation de la formation à l'emploi, fondée sur des valeurs de qualité, équité, pertinence et efficacité en santé, est un principe fondateur. Une liste de compétences essentielles (profil de poste) définissant le rôle du médecin (ou tout professionnel de la santé) dans un système de santé mieux adapté aux besoins sociétaux sert de référence pour construire un programme d'études, tant pour le contenu que pour les modalités d'apprentissage. La faculté collaborera avec les institutions chargées de la formation de ces professionnels. La faculté pourra conduire une enquête sur le devenir de ses diplômés durant ces dernières années, notamment le choix de spécialité, le mode de pratique et l'implantation géographique, et analyser cet état de fait en fonction des besoins de santé.

La thématique « première ligne de santé »

La première ligne de santé est définie comme celle à laquelle la population devrait avoir le premier recours dans le dispositif de santé et où une grande majorité de problèmes de santé peuvent être traités. Conforme à la politique de soins de santé primaires par son action multidisciplinaire, elle est reconnue comme devant servir de socle à tout système de santé juste, efficace et pérenne. Elle est pertinente par rapport aux principes de RS parce qu'elle répond aux besoins prioritaires de santé des citoyens et de la société pour établir son plan d'action et qu'elle assure une mission de santé publique au service de la population d'un territoire. Les maisons médicales, centres de santé, cabinets de médecine de famille ou médecins généralistes sont parmi les dispositifs les plus proches de la première ligne de santé. Ils nécessitent néanmoins une définition des missions et prérogatives et une organisation conforme à une approche globale de la santé, propre à la première ligne de santé.

La thématique « populations vulnérables ».

Elle a été choisie par quelques facultés, qui ont décidé de travailler auprès de populations fragilisées et vulnérables ayant un accès difficile aux soins. Ceci

peut être dû à un éloignement géographique, par exemple en zone de montagne (santé de la mère et de l'enfant), ou encore lié à un accès difficile aux soins en raison d'une situation précaire (inégalités sociales et de santé, groupes sociaux marginalisés, pauvreté). Les facultés qui ont choisi cette thématique avaient pour objectif de mieux prendre en compte les problématiques sanitaires et sociales des populations vulnérables, de mieux répondre aux besoins de ces populations, de sensibiliser les étudiants par des stages dans ces communautés auprès de ces populations.

La thématique interdisciplinarité

Justifiant un apprentissage spécifique, cette thématique a été peu choisie par les facultés. Les preuves documentées de l'impact de celle-ci sur la qualité des soins sont relevées par Harden qui montre qu'elle nécessite une vision partagée, une stratégie d'implantation et la prise en compte des perceptions négatives^[9].

Exemples d'initiatives facultaires et nationales de RS

La Faculté de médecine de Tours en France

Expérience la plus récente, la Faculté de médecine de Tours a opté pour une identification dans la région du Centre Val-de-Loire des leviers favorisant un exercice pratique et concret de la RS.

La méthode utilisée a été de recenser les attentes et propositions des différents acteurs régionaux conviés par la faculté pour un engagement fort autour d'actions pragmatiques de RS. Un séminaire régional a mobilisé près de quatre-vingt acteurs régionaux comprenant les enseignants, étudiants, associations de patients, représentants des institutions politiques régionales et les professionnels de santé régionaux.

Face à une offre de soins plus restreinte, à une démographie des professionnels de santé très hétérogène selon les territoires et des indicateurs régionaux de santé disparates, le but des actions choisies a été de proposer une offre de soins plus équitable, de mettre en place des maisons de santé pluri professionnelles et de travailler à la formation professionnelle

en fonction des besoins des régions et des nouvelles tendances en matière de soins et d'enseignement. Le séminaire a abouti à la proposition de 10 engagements pragmatiques pour mieux intégrer la faculté de médecine de Tours dans la région du Centre Val de Loire. Les actions suivantes ont été identifiées : la démographie médicale, les inégalités de santé territoriales, la prise en charge des maladies chroniques et des personnes âgées, une meilleure représentation des patients dans les instances facultaires avec une attention à l'éducation thérapeutique des patients, l'adaptation des enseignements et de l'ingénierie pédagogique. Le potentiel de transformation des institutions a semblé d'emblée important et stimulant pour le futur.

À Haïti

Haïti, après le séisme de 2010, a vécu l'effondrement de la quasi-totalité de son système d'enseignement médical. La conférence permanente des doyens de médecine prend appui sur ses partenaires, tant au plan national qu'international, pour rendre plus explicite l'implication de ses membres pour la santé de la population Haïtienne. En fonction du contexte national et des besoins, il a fallu revisiter les missions académiques d'enseignement et de services à la communauté en s'engageant dans la mutualisation de certains enseignements, une transformation des stages, le virage des formations vers les compétences en suivant la voie du nouveau profil du diplômé en médecine d'Haïti élaboré en 2009. En participant au projet mondial de RS, la thématique choisie par Haïti est celle de l'adaptation des *curricula*. En raison de la pauvreté des ressources disponibles, il a semblé opportun de débiter par l'année d'internat (externat pour d'autres pays francophones) et proposer un virage vers les compétences utiles à un médecin Haïtien ainsi mieux formé pour répondre aux besoins de la population. L'internat est une année charnière, sous la responsabilité conjointe des facultés de médecine et de l'état Haïtien, ce qui a renforcé la motivation d'adaptation du *curricula* aux principes de RS. La pertinence de ce choix est liée aux éléments suivants : la formation s'effectue en région, dans le nord d'Haïti ; elle

concerne les populations défavorisées de cette région ; elle réunit deux facultés sur cinq reconnues par l'état Haïtien ; elle prépare l'année suivante de résidence sociale qui est entièrement sous la responsabilité de l'état, en contact étroit avec la population, sans supervision académique et obligatoire pour le permis d'exercice dans notre pays. L'académisation de ces deux années de formation est sans doute la phase préalable à la constitution d'une première ligne de soins que le pays espère mettre en place prochainement. A côté de ces réformes curriculaires, le ministre de la santé publique met en place des équipes pluridisciplinaires en périphérie comprenant des agents de santé communautaire, des auxiliaires et des infirmières. La conjonction de ces initiatives facultaires et politiques est de bon augure pour un partenariat réussi visant à assurer des soins de meilleure qualité à la population Haïtienne et en particulier aux plus démunis. De telles transformations sont de nature à reconstruire les structures, les *curricula*, la confiance et sont donc bien au cœur de la démarche de responsabilité sociale.

En Tunisie

L'expérience tunisienne est un troisième exemple déjà très abouti. Les quatre facultés de médecine sont fortement impliquées dans le projet RS. Les principaux défis identifiés étaient les inégalités de santé territoriales, l'accès aux soins en dehors des centres académiques, la question de la couverture médicale. Comment éviter une médecine à deux vitesses ? Comment valoriser la première ligne de soins ? Comment réformer les études médicales et former des soignants en région éloignée ? Comment enfin concrétiser les objectifs du consensus mondial ? Telles sont les questions posées par la Conférence des doyens en Tunisie.

La réforme des études médicales a mis en place un nouveau cursus de médecine de famille en 2011. En 2014, une conférence nationale de santé a débouché sur un partenariat facultés de médecines/hôpitaux régionaux avec par exemple des pôles hospitalo-universitaires de soins et de formation continue, des campus délocalisés, la réponse aux besoins urgents, la création d'indicateurs de suivi des projets mis en place.

Trois interventions ont été décidées conjointement par les différents partenaires du projet de partenariat entre la faculté de médecine de Tunis et la région du Nord-ouest de la Tunisie^[19].

La délocalisation progressive de la formation médicale de base

L'objectif est d'amorcer la délocalisation progressive de la formation médicale de base, notamment en médecine de première ligne, en vue d'aboutir à la mise en place de pôles hospitalo-universitaires régionaux et d'un campus délocalisés dans la région du Nord-Ouest. Ce programme vise tout d'abord à repérer les leaderships locaux parmi le personnel médical de la région qui, après formation et évaluation préalables, pourraient être responsables de terrains de stage délocalisés des étudiants en médecine. D'autre part, la délocalisation de la formation médicale dans ces régions permet d'actionner le principal levier relatif au lieu d'installation et d'exercice, celui-ci intervenant dans la grande majorité des cas (80 %) dans la région même de formation. Les étudiants exerceront le plus souvent dans la région où ils ont été formés et plus particulièrement où ils ont effectué leur troisième cycle de formation.

Amélioration de l'accès aux services de soins de qualité

Le projet vise une meilleure accessibilité aux soins dans la région du nord-ouest. La population ciblée bénéficiera (à moyen et long terme) de la « rétention » des ressources humaines dans la région.

Une meilleure couverture pourra être réalisée à travers un accroissement du nombre de médecins (ou professionnels de santé) par habitant. Le parcours de soins pourrait être mesuré à travers des données sur le nombre de cas envoyés vers les structures de la troisième ligne la plus proche (Tunis).

La formation médicale continue

Actuellement, la formation continue dans la région bénéficie de peu d'encadrement académique, elle reste tributaire des séminaires de formation organisés par les laboratoires pharmaceutiques ou des journées organisées par les sociétés savantes.

L'objectif immédiat est de soutenir la formation continue des médecins et des professionnels de santé qui exercent dans la région du nord-ouest avec l'aide des enseignants des centres hospitalo-universitaires de Tunis, ceci grâce à un programme d'accompagnement et de transfert de compétences reposant sur les besoins prioritaires de santé de la région, et qui vise à créer un partenariat efficace au sein des structures de soins régionales.

À Madagascar

En mars 2015, un séminaire-atelier regroupant les six facultés de médecine de Madagascar (Antananarivo, Antsirana, Fianarantsoa, Mahajanga, Toamasina et Toliara) a été organisé. Le séminaire a officiellement lancé le projet national de RS dans les six facultés de Madagascar. Les équipes décanales et leurs partenaires ont identifié les thématiques d'intervention concrètes. Ils ont aussi défini des modalités d'organisation facultaire et nationale.

Les deux thématiques nationales choisies de façon collégiale par les équipes décanales sont la première ligne de santé et l'adaptation de la formation. La première ligne de santé concerne les professionnels de santé : médecins, sages-femmes et infirmiers. Elle tentera de répondre à des difficultés d'accès aux soins de première ligne, de déficit de professionnels de santé (surtout en zone rurale) et de permettre une meilleure adéquation entre la couverture des professions de santé et les besoins de santé de la population en identifiant mieux les populations vulnérables. Une adaptation de la formation sera développée pour la prise en charge des pathologies les plus prévalentes rencontrées, une relation médecin-malade renforcée et la mise en place d'un système de suivi des médecins sortant de la faculté, pour évaluer le devenir et la qualité de la formation. Une première enquête rétrospective sur le devenir des lauréats de la faculté sera conduite.

Discussion

Tout au long de sa longue histoire, l'institution universitaire a dû s'adapter et se réorienter dans

l'accomplissement de ses missions de recherche et d'enseignement, soit sous la poussée de forces extérieures, soit par l'engagement de quelques-uns de ses pairs visionnaires. La faculté de médecine n'a pas échappé à cette règle^[6]. Voici près d'un siècle déjà, à la suite de la première enquête objective jamais effectuée auprès d'un grand nombre de facultés de médecine, en l'occurrence nord-américaines, elle fut enjointe de transformer fondamentalement la formation médicale en la rendant plus rigoureuse, plus scientifique et plus responsable. Aujourd'hui, le Consensus mondial sur la responsabilité des facultés de médecine est une étape clef dans la l'histoire de l'institution académique^[1, 7-9].

Initié dans la suite immédiate du Consensus mondial, le projet francophone de recherche-action de responsabilité sociale des facultés de médecine est la première initiative mondiale à tester et expérimenter les principes définis dans un large échantillon de facultés de médecine volontaires.

La phase 1 du projet a montré que le concept et les principes de responsabilité sociale n'étaient pas bien connus, voire peu reconnus. Le concept avait des frontières souvent floues proches de la santé publique, de la santé communautaire, de la médecine générale et de proximité, de l'évaluation et de l'accréditation des facultés de médecine, et attribuait une place plus importante pour les usagers de la société civile. La responsabilité sociale n'était pas un concept familier. Cependant, les répondants étaient globalement d'accord sur la nécessité d'être « sensible » aux besoins des communautés que le professionnel de santé dessert^[10, 12].

Les étudiants se sont fortement impliqués dans l'enquête conduite en ligne, montrant un fort intérêt attesté par la diversité et la richesse des verbatims. Bien que les étudiants en médecine ne perçoivent pas très bien les missions ou fonctions d'un professionnel de santé socialement responsable, ils en reconnaissent l'importance, notamment pour une définition reconnue des compétences attendues pour répondre aux besoins de la société^[13]. Nous avons également constaté que les points de vue, les avis et les perceptions exprimés par les étudiants différaient peu de

ceux exprimés par les enseignants et les maîtres de stage des facultés^[14].

Nos résultats suggèrent que la formation des étudiants en médecine doit aujourd'hui mettre plus l'accent sur la responsabilité sociale et que les *curricula* doivent incorporer les principes de RS. Il faut non seulement réviser le contenu des programmes, mais aussi l'approche éducationnelle professionnalisante^[15]. Plus de recherches sont nécessaires, y compris le développement de méthodes d'évaluation reflétant les valeurs qui sous-tendent la responsabilité sociale, afin que les exigences dans ce domaine soient évaluées objectivement, reproductibles dans différents contextes populationnels ou communautaires, efficaces et transparentes.

Par son expérience, son expertise et ses actions de formation facultaires et nationales, le projet francophone a un rôle à jouer dans la proposition d'outils et de stratégies de sensibilisation, d'information et de communication auprès de différents publics.

L'adaptation d'une faculté de médecine doit être *a priori* continue pour intégrer à la fois les changements dans l'éducation médicale, les avancées scientifiques, les nouvelles exigences et recommandations de la pratique professionnelle actuelle et à venir, les nouvelles pathologies émergentes et les nouvelles attentes et comportements de santé des citoyens. Les facultés de médecine, dans leur grande majorité, se prêtent assez aisément à des ajustements, voir à des changements et renouvellements. Mais, n'a-t-on pas à faire ici à un changement de paradigme qui va bien au-delà d'ajustements transitoires pour envisager une transformation profonde de la faculté ? Notamment en revisitant sa mission, sa gouvernance et ses programmes d'action « *intra* » mais aussi « *extra-muros* »^[5, 16]. C'est la ligne directrice choisie par le projet francophone de recherche-action dans sa phase d'expérimentation.

Dans un contexte sociétal et académique évoluant rapidement et conscient de l'importance de sa responsabilité sociale, comment aller plus loin ? Comment montrer par une approche pragmatique la faisabilité et l'utilité des concepts de RS disponibles ? Comment prouver l'impact des changements implantés ?

L'accueil et la réceptivité auprès des facultés ont été immédiats et forts, avec un « effet boule de neige » : 24 facultés de médecine au lancement du projet, 56 aujourd'hui ont adhéré au projet francophone de recherche-action. La majorité ont eu des initiatives et des actions d'ampleur différentes liées au contexte local et, parmi d'autres, aux raisons suivantes : humaines en lien avec la capacité de mettre en place une « *task force* » ; facultaires avec un référent moteur et une équipe de pilotage ; financières, même si le coût peut ne pas être nécessairement élevé (en fonction de la sélection des dispositifs d'interventions) ; intégration du projet facultaire de RS dans le calendrier et les priorités facultaires ; contextuelles, en fonction des politiques locales en matière de santé ou des actions en cours. Un des points-clés critique qui nous est vite apparu est l'implication personnelle du doyen et son soutien marqué dans le projet facultaire. Un soutien fort du doyen, soit en se désignant lui-même comme référent facultaire, soit en appuyant le comité facultaire du projet, est garant d'une participation active de la faculté dans le projet. Il nous est apparu qu'une dynamique nationale, comme en Tunisie, Haïti ou à Madagascar, est aussi un facteur clef de dynamisme et de réussite pour des projets performants.

Le modèle CPU et les normes qui lui sont associées (trois domaines, 11 sections et 31 paramètres) peuvent être un levier possible pour faire évoluer l'école de médecine, lui permettre de s'évaluer aisément vis-à-vis de son engagement de RS^[7, 8, 17]. L'institution qui forme et qui vérifie son impact sur la société mérite un label d'excellence, en ce qu'elle assume pleinement son rôle d'acteur responsable dans le système de santé et se pose en garante de l'intérêt général. Cette auto-évaluation informative peut inciter à une meilleure adhésion des principes de RS auprès des enseignants, des étudiants et des partenaires de la faculté. Elle peut aussi encourager d'autres institutions de formation dans la même démarche pour donner plus d'importance à la mesure de leurs actions^[17]. Parmi les stratégies possibles pour faire évoluer l'institution de formation des professionnels de santé, celle de l'accréditation est probablement la plus prometteuse car, en même temps qu'elle soutient les états dans leur obligation de

régulation pour institutionnaliser une démarche de qualité, elle offre à chaque institution un guide pour conduire son propre développement. Il importe donc qu'on lui accorde une grande attention, en particulier en ajustant l'éventail des normes disponibles et acceptées au regard des principes de responsabilité sociale^[8, 18].

Conclusion

L'expérience du projet de recherche action sur la RS des facultés de médecine est une expérience d'envergure originale dans le monde francophone. Celles-ci, en raison de la diversité des engagements, illustrent de manière évidente la possibilité d'expérimenter des actions pragmatiques de RS et l'impact réel de la prise en compte de ces principes à l'échelle d'une communauté, d'une institution académique, d'un pays. Nul doute que de tels exemples, constituant de véritables recherches-actions évoluant au fur et à mesure que de nouvelles questions se posent, sont une source de questionnement et de réflexion pour d'autres institutions ou pays qui sont en recherche de réponses aux défis actuels et futurs d'un monde qui change rapidement, avec, en sus, l'enthousiasme porteur pour ceux qui collaborent à de telles initiatives.

Contributions

Tous les auteurs sont depuis 2012 membres du Secrétariat exécutif du projet international francophone de responsabilité sociale des facultés de médecine. Ils ont tous participé activement à la mise en place et la conduite du projet depuis 2012.

Déclaration d'intérêts

Aucun des auteurs ne déclare de conflit d'intérêt en lien avec le contenu de cet article

Approbation éthique

Non sollicitée car sans objet

Références

1. 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.
2. Ladner J, Boelen C, Nawar T, Deneff JF. Vers un consensus international sur la responsabilité sociale des facultés de médecine. *Pédagogie Médicale* 2010; 11:147-9.
3. Lindgren S, Karle H. Social accountability of medical education: aspects on global accreditation *Med Teach* 2011;33:667-72
4. Leinster S. Evaluation and assessment of social accountability in medical schools. *Med Teach* 2011; 33:673-6
5. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010;376:1923-58.
6. Gibbs T, McLean M. Creating equal opportunities: the social accountability of medical education. *Med Teach* 2011;33:620-5
7. 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.
8. Boelen C, Dharamsi S, Gibbs T. The social accountability of medical schools and its indicators. *Educ Health (Abingdon)* 2012;25:180-94
9. Harden R.M. Interprofessional education: The magical mystery tour now less of a mystery. *Anatomical Sciences Education* 2015;8:291-295
10. Galukande M, Nakasujja N, Sewankambo NK. Social accountability: a survey of perceptions and evidence of its expression at a Sub Saharan African university. *BMC Med Educ* 2012;12:96
11. McCrea ML, Murdoch-Eaton D. How do undergraduate medical students perceive social accountability? *Med Teach* 2014;36:867-75
12. Girotti JA, Park YS, Tekian A. Ensuring a fair and equitable selection of students to serve society's health care needs. *Med Educ* 2015;49:84-92
13. Larkins SL, Preston R, Matte MC, Lindemann IC, Samson R, Tandino FD, et al. Measuring social accountability in health professional education: development and international pilot testing of an evaluation framework. *Med Teach* 2013;35:32-45
14. Alvarado DF, Pérez CV, Navarro GS. Development of a professional social responsibility questionnaire for physicians. *Rev Med Chil* 2014;142:190-7
15. Wartman SA, Steinberg MJ. The role of academic health centers in addressing social responsibility. *Med Teach* 2011;33:638-42
16. Pearson D, Walpole S, Barna S. Challenges to professionalism: Social accountability and global environmental change. *Med Teach* 2015;37:1-16
17. 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(Suppl1):S47-5
18. Arezt HT. Some thoughts about creating healthcare professionals that match what societies need. *Med Teach* 2011;33:608-11.
19. Maherzi A. The new mission of faculty of medicine of Tunis. In KA Bin Abdulrahman, S Mennin, R Harden, C Kennedy : Routledge international handbook of medical education. Oxon : Routledge, 2016: 4-5

Correspondance et offprints : Joël Ladner, faculté de médecine de Rouen, Université de Rouen, France
 Mailto : joel.ladner@chu-rouen.fr