

Accréditation pour l'excellence et excellence dans l'accréditation. Faculté de médecine et santé du public

Accreditation for excellence and excellence in accreditation. Medical school and health of the public

Charles BOELEN¹, Rénauld BERGERON², Marc BRAUN³, Jean-Michel CHABOT⁴,
Patrice DIOT⁵, Jean-Luc DUMAS⁶, Gérard GRESENGUET⁷, Ahmed MAHERZI⁸,
Tewfik NAWAR⁹, André-Jacques NEUSY¹⁰, Marco SCHETGEN¹¹, Meissa TOURE¹²,
Jean-Pierre VINEL¹³

¹ Ancien coordonnateur du programme de l'OMS (Genève) des ressources humaines pour la santé, consultant

² Doyen de la faculté de médecine, Université Laval, Québec, Canada

³ Doyen de la faculté de médecine de Nancy, France

⁴ Haute Autorité de Santé, Paris, France

⁵ Doyen de la faculté de médecine de Tours, France

⁶ Doyen de la faculté de médecine Paris XIII, Bobigny, France

⁷ Doyen de la faculté de médecine de Bangui, République Centrafricaine

⁸ Doyen de la faculté de médecine de Tunis, Tunisie

⁹ Professeur émérite, faculté de médecine de Sherbrooke, Canada

¹⁰ Président de Training for Health Equity network, New York, USA

¹¹ Doyen de la faculté de médecine de l'Université Libre de Bruxelles, Belgique

¹² Professeur à la faculté de médecine et de pharmacie de Dakar, Sénégal

¹³ Président de l'Université, Toulouse, ancien président de la Conférence des doyens de faculté de médecine de France

Manuscrit reçu le 20 mai 2016 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 9 octobre 2016 ; accepté pour publication le 20 octobre 2016

Mots-clés

accréditation ;
normes ; facultés
de médecine ;
responsabilité
sociale ; impact
sur la santé

Résumé – Contexte : Le concept de responsabilité sociale fait l'objet d'un intérêt croissant à l'échelle universelle. Appliqué aux facultés de médecine, il tend à examiner dans quelle mesure leurs missions de formation, de recherche et de prestation de services ont un impact sur la santé de la société. Cet article est motivé par une réflexion sur la pertinence des systèmes d'accréditation en rapport avec la responsabilité sociale telle que définie dans la littérature récente.

Méthodes : Trois importants systèmes d'accréditation de facultés de médecine sont examinés : la LCME (*Liaison committee on medical education*), la WFME (*World federation for medical education*) et la CIDMEF (*Conférence internationale des doyens et facultés de*

médecine d'expression française). Leurs normes ont été étudiées quant à leur congruence avec les principes de responsabilité sociale. **Résultats :** Bien que chacun des systèmes évoque la nécessité de normes s'adaptant aux besoins du système de santé et de la population, les recommandations restent assez théoriques et s'exposent à des interprétations diverses, ne permettant pas de faire des propositions d'amélioration suffisamment pertinentes. **Conclusion :** La conjoncture mondiale étant relativement favorable à une plus forte adhésion des institutions académiques aux principes de responsabilité sociale, il conviendrait d'harmoniser les systèmes d'accréditation des facultés de médecine, non seulement pour une amélioration des normes, mais aussi pour une intégration de partenaires de santé dans le processus d'accréditation.

Keywords

accreditation;
standards; medical
school; social
accountability;
impact on people's
health

Abstract – Introduction: There is a growing interest worldwide for the concept of social accountability applied to medical schools, with focus on the extent to which their education, research and service missions make an impact on people's health. The objective of this paper is to gauge the relevance of accreditation systems with respect to social accountability as defined in recent literature. **Method:** Three main accreditation systems of medical schools were reviewed : the LCME (Liaison committee on medical education), the WFME (World federation for medical education) and the CIDMEF (International association of deans and francophone medical schools). Their standards were examined for their congruence with principles of social accountability. **Results:** While each system expects standards to address adaptation to people and health system needs, recommendations remain rather theoretical and interpretable in different ways, which unables standards users to formulate clear improvement proposals. **Conclusion:** The opinion that academic institutions should become more socially accountable is increasingly well accepted worldwide. It is timely to seek an harmonization of the different accreditation systems for medical schools, not only for improving standards, but also for involving various health stakeholders in the accreditation process.

Introduction

On peut attendre de tout acteur institutionnel du secteur de la santé qu'il s'interroge sur la meilleure manière de répondre aux défis de notre temps, notamment : la mondialisation avec ses opportunités et ses contraintes, la fragilité des économies, la préservation de notre environnement, l'allongement de la vie appelant des services pluri-professionnels à la personne associant secteurs sanitaire et social, la disparité et la marginalisation de certaines populations, l'action coordonnée sur les déterminants de la santé, le renforcement de la première ligne de santé pour des gains d'efficacité et d'équité, le rôle croissant du citoyen et de la famille pour maintenir sa propre santé, le développement technologique associé à la maîtrise des coûts.

Contexte et problématique

Notre horizon

Devant des enjeux aussi divers que ceux rappelés ci-dessus, comment faut-il redéfinir le rôle du professionnel de santé ? Quels ajustements de ses missions faut-il envisager pour une faculté de médecine ou des sciences de la santé ? L'excellence de l'institution ne devrait-elle pas être reconnue en fonction de l'impact que ses prestations ont ou peuvent avoir à court et à plus long terme sur la santé de la société ? Cela nécessiterait que des normes soient élaborées par des experts et ensuite validées par une autorité nationale compétente, considérant l'utilité publique évidente de cet engagement, pour servir de références au développement stratégique de l'institution, son évaluation et son accréditation.

Certes, des normes pour l'évaluation et l'accréditation des facultés de médecine existent déjà. Les premières furent établies par la *Liaison Committee of Medical Education* (LCME) en Amérique du Nord au milieu du siècle précédent et inspirèrent d'autres pays et ensembles régionaux^[1]. Sont-elles suffisamment en phase avec les besoins de santé actuels et futurs de la société ? Notons que la question de l'accréditation est à l'agenda d'un certain nombre d'organisations internationales, tels que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)^[2], la *World Federation for Medical Education* (WFME)^[3], l'*Educational Commission for Foreign Medical Graduates* (ECFMG)^[4], la Conférence internationale des doyens et des facultés de médecine d'expression française (CIDMEF)^[5]. Les normes en usage sont revues régulièrement à la lumière de progrès sur le plan scientifique, social ou politique. Les recommandations plus récentes du Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine, publiées en 2010, offrent une nouvelle occasion de revisiter ces normes^[6].

Définir l'excellence

Selon ces recommandations, la notion d'excellence devrait être associée à la capacité de conduire les missions d'éducation, de recherche et de service pour un meilleur impact sur la santé, sur le plan de la qualité des services à la personne, la justice sociale et la performance du système de santé. Ceci suppose l'instauration d'un partenariat durable avec les utilisateurs potentiels des produits de ces missions : diplômés, résultats de recherche ou modèles de service de santé. De ce fait, la reconnaissance de l'excellence serait attribuée par des experts issus à la fois du milieu académique et de la société que la faculté s'est engagée à servir. Dès 1995, l'OMS définit la responsabilité sociale des facultés de médecine comme étant « 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/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 »^[7]. La question de la consultation des partenaires de santé pour envisager les objectifs de la faculté est ainsi posée.

Depuis, le concept de responsabilité sociale s'impose progressivement comme une mesure essentielle de performance de l'institution. En effet, il profite de l'air du temps où s'affirme la nécessité de tirer le meilleur avantage des ressources investies, l'exigence d'une démonstration d'effets par les preuves et la tendance générale pour une participation démocratique à la décision. Ce concept est également en cohérence avec une culture écologique ambiante, soucieuse de traçabilité et de responsabilité des effets produits à courte et à longue échéance par l'action entreprise. En même temps, il est porté par une quête générale d'harmonisation internationale des mesures d'excellence, permettant mobilité et échange d'idées et de talents.

Sans doute, une faculté de médecine, qui forme des professionnels de santé, fait de la recherche et sert de référence au corps médical pour ses pratiques, contribue significativement à la santé de la population et assume de ce fait une bonne part de responsabilité sociale. Cependant, le concept, tel qu'actuellement énoncé, suppose de la faculté qu'elle détermine son développement en s'inspirant davantage des déterminants de la santé dans la société et des défis posés au sein de son territoire au système de santé pour y répondre.

Convenir de normes

La responsabilité sociale d'une faculté pourrait se décliner suivant un corpus de normes relevant de trois composantes interdépendantes :

- la capacité à identifier les besoins et défis prioritaires, actuels et futurs, de santé des citoyens et de la société ;
- l'adaptation de ses missions et programmes aux besoins et défis identifiés ;
- la vérification que les actions entreprises ont produit ou ont une forte probabilité de produire les effets escomptés sur la santé des citoyens et de la société.

Suivant cette approche, et prenant la mission de formation comme exemple, des questions telles que

celles-ci pourraient être soumises à la faculté : « Vos diplômés possèdent-ils les véritables compétences pour répondre aux besoins de santé prioritaires ? Avez-vous facilité efficacement leur orientation vers des carrières où les besoins sont les plus flagrants ? Avez-vous établi des rapports avec leurs employeurs potentiels afin que les conditions existent pour que les compétences acquises durant la formation s'appliquent effectivement en pratique ? ».

De même, des questions pourraient être formulées pour explorer la contribution spécifique des missions de recherche et de service. Ce type d'évaluation est fidèle aux principes de démonstration basée sur des preuves, car il cherche à mettre en évidence des réalisations conformes aux engagements librement pris par la faculté en fonction de priorités évidentes de santé du public. Il se distingue des évaluations actuellement en vigueur, en ce que celles-ci explorent essentiellement la qualité des processus d'exécution, avec un intérêt limité pour justifier les décisions prises en amont amenant à ces processus, et encore moins pour anticiper en aval les finalités et éventuelles conséquences de ceux-ci sur la société.

Un cadre conceptuel a été élaboré suivant les trois composantes évoquées plus haut, à savoir, le modèle CPU (C pour Conception, P pour Production, U pour Utilisabilité), chacune des composantes étant déclinée en une suite cohérente de paramètres^[8,9,10]. Ainsi, un paramètre de la composante Conception (par exemple : engagement à réduire les inégalités d'accès à la santé) serait relié à un paramètre dans la composante Production (par exemple : programme de formation pour une prise en charge de populations défavorisées) et dans la composante Utilisabilité (par exemple : négociation avec les employeurs potentiels en vue d'une attractivité pour les futurs diplômés à œuvrer dans ces territoires). Ce modèle a été expérimenté et validé dans quelques facultés de pays industrialisés et émergents. Le groupe THEnet (*Training for Health Equity network*) s'est notamment distingué dans l'élaboration d'instruments de mesure de la responsabilité sociale^[11,12]. L'*Association for Medical Education in Europe* (AMEE) remet chaque année un prix d'excellence en responsabilité sociale des facultés de médecine et l'*Association des Facultés de Médecine du Canada* attribue depuis 2014 un

prix international de responsabilité sociale, inspirés des mêmes principes^[13,14].

Une tendance se dessine pour que les principes de responsabilité sociale figurent plus explicitement dans le corpus de normes d'accréditation. L'Association des Facultés de Médecine du Canada vient de prendre l'initiative de se distinguer du système LCME nord-américain, en introduisant quelques modifications allant dans ce sens^[14]. L'OMS, dans son rapport de 2015 sur l'évolution de l'éducation médicale dans la région de la Méditerranée Orientale, qui comprend la plupart des pays arabes ainsi que l'Iran, le Pakistan et l'Afghanistan, et compte plus de 300 facultés de médecine, recommande aux pays membres de la région de se doter d'un « système national et indépendant d'accréditation (des facultés de médecine) disposant d'un mandat et de ressources nécessaires pour promouvoir une politique de qualité dont le concept de responsabilité sociale serait la composante essentielle. »^[15]. Une telle évolution au niveau international peut se poursuivre à la condition de démontrer qu'elle va dans le sens d'une amélioration de la pertinence et la performance des institutions. Elle sera mieux acceptée si elle contribue également à une simplification du mécanisme d'accréditation, dont on sait qu'il est aujourd'hui contraignant pour les institutions, en privilégiant des normes explorant l'impact sociétal. Cette mise à jour consisterait à adapter certaines normes existantes, à en introduire quelques nouvelles et à ordonnancer l'ensemble dans un ordre pertinent quant à la responsabilité sociale.

Objectif

L'objectif de la présente contribution est d'examiner de façon exploratoire trois importants systèmes d'accréditation de facultés de médecine, dans la perspective d'une mise à jour des systèmes d'évaluation et d'accréditation existants.

Méthodes

L'éventail des normes proposées par trois organisations d'accréditation de facultés de médecine, la LCME, la WFME et la CIDMEF, a été examiné. Ont

en particulier été analysées les normes relatives aux missions et objectifs institutionnels de la faculté, importantes puisqu'elles décrivent le rapport de la faculté avec son environnement social et sanitaire, dont découlera l'ensemble des normes.

Résultats

Le système d'accréditation du *Liaison Committee on Medical Education*

Pour la LCME, qui propose 12 chapitres de « standards » dans sa publication « *Functions and structure of a medical school* », le chapitre 1 « *Mission, planning, organization and integrity* » indique d'entrée que la faculté doit obtenir des résultats mesurables en terme d'amélioration des programmes d'éducation médicale. Fort bien, mais n'aurait-il pas mieux valu que soient d'abord énoncées explicitement les raisons d'être de l'institution toute entière au regard des enjeux de santé pour la société, et son positionnement par rapport à ces enjeux ? C'est, en effet, en fonction de ce positionnement que les programmes d'éducation médicale seraient élaborés. Peut-être, cette mise au point, importante, est-elle considérée comme implicite, mais alors ne s'expose-t-on pas à ce qu'elle soit relativisée, diversement interprétée, sous-estimée, voire négligée ?

Ce n'est qu'au chapitre 6 « *Competencies, curriculum objectives and curriculum design* », que la faculté est invitée à veiller à ce que les étudiants possèdent les compétences attendues par la profession et le public, sans pour autant préciser quelles sont ces compétences et en donner la justification. Par contre, au chapitre 7 « *Curriculum content* » on recommande que les étudiants « maîtrisent les méthodes relevant des dernières connaissances scientifiques pour agir sur la santé des individus et des populations ». Les étudiants doivent aussi « identifier » (*recognize*) les déterminants de la santé et l'impact éventuel de facteurs socio-économique et culturel sur la santé des patients ». Le terme « santé » apparaît enfin, bien tardivement, une fois pour cibler individus et populations, une autre fois les patients, sans qu'une

différentiation des actions respectives ne soit évoquée. Enfin, il est proposé que le curriculum comprenne des « instructions pour identifier et développer des solutions pour réduire les disparités en santé ».

Dans ces deux derniers chapitres, des normes sont heureusement proposées en relation avec des causes importantes ayant une incidence sur la santé dans la société, mais seulement pour qu'elles soient évoquées dans le programme de formation médicale. Par contre, on ne recommande pas que l'institution académique, à travers ses différentes missions, se reconnaisse dans cet engagement et prenne des dispositions pour agir sur ces causes, notamment par une collaboration stratégique avec d'autres acteurs de santé pour avoir un plus grand impact sur la santé de la société. En se limitant à la formation, on prive les apprenants de modèles de rôle que l'on trouve dans la pratique et la recherche, et dont on sait qu'ils sont importants pour encourager les futurs diplômés dans des choix de carrière. En somme, contrairement à ce que le titre de la publication laisse entendre, ces normes ne s'appliquent guère aux fonctions de la faculté de médecine comme entité institutionnelle, mais seulement à son programme de formation médicale.

Le système d'accréditation de la *World Federation for Medical Education*

Quant à la WFME, elle déclare en préambule du document « *Global standards for quality improvement of medical education* » que « l'amélioration de la santé des populations est le but premier de l'éducation médicale ». Ses normes sont réparties en 9 sections (*areas*), 35 sous-sections et 106 normes de base. Après les avoir revisités en 2011 à la suite du Consensus mondial sur la responsabilité sociale, et ensuite en 2015, elle admet que « le renforcement des aspects de responsabilité sociale dans l'éducation médicale est d'une particulière importance »^[16,17]. Ici encore, l'emphase est sur le programme d'éducation, pas sur la faculté comme entité institutionnelle, même si dans la première section « *Mission and outcomes* », il est indiqué que la

faculté a la mission de répondre aux « besoins de santé de la société, du système de santé et autres aspects de responsabilité sociale » et qu'elle devrait donc « expliquer ses relations avec la politique de santé et attirer l'attention sur les conséquences de celle-ci ». On ajoute à la section 8 « Interaction avec le secteur de santé », que la faculté est invitée à formaliser une collaboration avec le secteur, notamment par une « interaction constructive avec les principaux acteurs de la santé, dont la société ».

A part ces injonctions générales en introduction et conclusion du corps de normes, on ne trouve guère de normes spécifiques indiquant par quels types de réalisations concrètes la faculté pourrait avoir un meilleur impact sur la santé. En effet, la plupart des normes se rapportent essentiellement au processus de formation, comme si, en dehors de l'habillage rhétorique, on était à cours d'imagination pour rendre les missions de la faculté aussi utiles que possible pour la société, notamment en s'intéressant à ce qu'il adviendra des produits formés et du système de santé dans lequel ils seront intégrés. Il aurait été souhaitable que soit précisé ce qu'on entend par une faculté de médecine socialement responsable, à quels engagements concrets elle est tenue du fait de ce statut, quels partenariats elle doit entretenir avec les autres acteurs de santé, éventuellement assorti d'exemples et d'explications comme pour les autres normes.

Le système d'accréditation de la Conférence internationale des doyens et des facultés de médecine d'expression française

La CIDMEF, alors que les deux organisations précitées se cantonnent à l'évaluation du programme de formation médicale, affiche une vision plus globale en s'intéressant aux missions de formation, recherche et prestation de soins. Dans la dernière révision de ses normes en 2013, le chapitre 1 « Mission et objectifs » indique que la faculté « répond à la mission que la société lui a confiée », en accord avec les principes généraux de « qualité, équité, pertinence et efficience » en santé. C'est une mise au point introductive importante, qui sera confirmée au chapitre 2 « gouvernance et administration », quand

la CIDMEF propose que « la faculté partage la responsabilité de gestion de la santé dans un territoire afin d'assurer la cohérence de ses programmes avec les besoins de santé de la société et d'en vérifier l'impact », notamment l'impact des diplômés, éventuellement formés pour exercer prioritairement en première ligne des soins. Elle évoque aussi le fait que la faculté devrait « disposer d'une gouvernance et d'un leadership responsables pour assumer pleinement son rôle d'acteur clé du système de santé ».

Donc, le ton général du corpus de normes CIDMEF illustre bien l'esprit de l'excellence à travers la responsabilité sociale de la faculté toute entière. Il conviendrait que ces dispositions soient déclinées en normes de façon plus explicite et cohérente à travers les neuf chapitres, éventuellement agrémentées de définitions, illustrations et recommandations concrètes, afin que ces directives permettent à la faculté de prendre les meilleures décisions en la matière.

En somme, les agences spécialisées en évaluation ne sont pas rétives à l'évolution de leurs normes pour une plus grande visibilité de l'impact de la faculté sur la santé des citoyens et de la société. Elles admettent implicitement que cette ambition est au cœur de leurs préoccupations, et donc qu'elle est une marque d'excellence. Il leur reste à entreprendre une mise à jour en revisitant leurs propositions initiales, en élaborant des normes pertinentes et en les ordonnant dans un ensemble cohérent.

Discussion

Excellence dans l'accréditation

L'accréditation de la faculté consiste à lui attribuer crédit pour la qualité de ses prestations au regard de normes pré-établies. Dans la majorité des cas, celle-ci est reconnue par un comité de pairs. Dans l'esprit de notre réflexion, ce crédit devrait être accordé par un comité dans lequel pourraient également figurer des représentants des bénéficiaires de ces prestations, parmi lesquels : les employeurs potentiels des diplômés, les organisations de santé, les associations professionnelles, les autorités sanitaires

et universitaires, les usagers. En l'absence de cette diversité, on peut craindre un conflit d'intérêt car les seuls cadres académiques ne peuvent pas prétendre procéder à une analyse critique et indépendante de leurs propres interventions, notamment en ce qui concerne la pertinence et l'utilité prioritaire de celles-ci dans un champ d'actions qui leur échappe habituellement, à savoir l'organisation du système de santé.

Notons que le principe de la mixité des évaluateurs a été admis de longue date par la LCME puisqu'elle est co-gérée par l'Association américaine des facultés de médecine (AAMC) et l'association médicale américaine (AMA), tandis qu'au Canada, le Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada (CAFMC) est co-géré par l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) et l'association médicale canadienne (AMC).

Il est vrai que le nécessaire élargissement du groupe assesseur est reconnu, au moins implicitement, dans la plupart des corpus de normes. Celles-ci suggèrent en effet que les différents acteurs de santé soient consultés quant à la définition de la mission et des objectifs institutionnels de la faculté. Mais ces intentions sont surtout du domaine déclamatoire, rarement appliquées s'agissant de la gouvernance, de la stratégie de développement ou de l'évaluation de la performance de l'institution. Le fait que le monde extérieur soit insuffisamment impliqué dans l'évaluation de la faculté de médecine tient à l'état général de fragmentation du système de santé en pouvoirs autonomes souvent régis par des intérêts particuliers, voire corporatistes. En effet, à l'échelle d'un système national de santé, la cohérence manque entre diagnostic de situation, planification d'actions, allocation de ressources, mise en œuvre et évaluation de résultats et d'impact sur la santé, avec la conséquence d'une synergie insuffisance entre les différents acteurs de santé. De part son statut universitaire et ses capacités de recherche et d'innovation, la faculté de médecine a le potentiel d'échapper à cet éparpillement et de promouvoir traçabilité et transparence de son action, et, partant, d'inciter les autres acteurs à pratiquer la même exigence.

La faculté devrait bénéficier du point de vue du monde extra-académique pour évaluer le progrès dans ses engagements en faveur d'objectifs tels

que : l'amélioration de la couverture sanitaire dans le territoire, le développement prioritaire de la première ligne de soins, la pratique en équipe pluri-professionnelle, la coordination des différents échelons de santé, la coordination du sanitaire et du social, la politique de prévention, la prise en charge de la maladie chronique, la participation citoyenne. Par exemple, si une faculté devait s'engager à « participer à la gestion de la santé dans un territoire », comme le recommande la CIDMEF, son action serait soutenue mais également évaluée par les partenaires de santé du territoire. Ou si la participation à la réduction des inégalités en santé est l'objet de normes, la faculté participerait à une stratégie pour rendre attractif l'installation des jeunes diplômés dans des zones défavorisées et l'évaluation de l'atteinte de ces objectifs associerait inévitablement les autres partenaires de santé concernés.

En définitive, l'excellence de l'accréditation consisterait donc à associer efficacement les autres acteurs de santé dans la vérification de l'impact des réalisations. Ce serait une application originale du paradigme scientifique tant revendiqué de la démonstration par la preuve. Encore est-il indispensable que cette ouverture n'alourdisse pas le mécanisme d'évaluation et accréditation. Certes, cette participation élargie sera-t-elle d'autant plus utile et commode si les futurs évaluateurs ont été associés dès le stade de la planification et mise en œuvre des actions. Cette mixité, dans sa diversité, sa taille et ses modalités d'organisation, dépendra des spécificités du contexte local et des objectifs de santé prioritaires que la faculté s'est librement assignée.

Perspectives

Comme le démontrent certaines initiatives, l'instauration de systèmes d'accréditation des facultés de médecine prenant en compte les principes de responsabilité sociale suscite un certain intérêt au niveau international. Celui-ci devrait s'amplifier et se structurer dans les prochaines années afin qu'une convergence générale sur cette question se réalise et que l'accréditation soit institutionnalisée dans les pays. En aucun cas, l'intégration des principes de responsabilité sociale ne devrait compromettre la rigueur

scientifique, l'esprit critique et l'autonomie académique. Au contraire, elle sublimerait ces traits fondamentaux de l'institution universitaire par un ancrage confirmé dans la réalité. Cependant, un certain enthousiasme ne doit pas cacher la réalité que cette démarche peut trouver sur son chemin : réticence, voire résistance, car elle peut contrarier un certain ordre établi en érigeant la primauté des besoins de santé de la société sur l'avis d'experts dans ses disciplines médicales et en favorisant le partenariat que certains peuvent considérer comme une servitude. Un dialogue patient et respectueux des points de vue sera donc nécessaire afin que chacun saisisse que, face à des prérogatives de départements érigés en silos étanches, de nouvelles opportunités tout aussi gratifiantes émergeront par l'application du paradigme du plus grand impact sociétal des institutions.

A cette fin, dans les prochaines années, les initiatives suivantes peuvent être envisagées :

1- Concertation internationale. Un dialogue devrait s'instaurer entre les différentes organisations à travers le monde ayant autorité de fixer des normes et procédures d'accréditation dans l'optique de rendre plus socialement responsables les facultés de médecine à travers leurs missions de formation, de recherche et de services. Ce dialogue devrait aboutir à un accord sur un cadre général minimum de normes, adaptable aux spécificités régionales.

2- Création et expérimentation. Les normes relatives à la responsabilité sociale dans les domaines de la formation, la recherche et les services de santé seraient élaborées en s'inspirant des expériences en cours et de propositions d'experts. Des d'expériences pilotes seraient menées dans différents contextes pour valider des instruments de mesure et des sources de données pertinentes aux nouvelles normes proposées, quant à leur pertinence et faisabilité. L'intégration de ces normes dans l'éventail des normes existantes serait étudiée.

3- Plaidoyer politique. Un plaidoyer en direction des autorités politiques et académiques serait fait en proposant un argumentaire mettant en relief les avantages escomptés sur le plan social et économique de la démarche d'accréditation socialement responsable. Le plaidoyer devrait également aboutir à obtenir des facilités administratives et des mesures

incitatives pour que les facultés soient en mesure d'appliquer les directives nationales.

4- Acquisition de compétences. La préparation à l'accréditation, *a fortiori* une accréditation ayant la responsabilité sociale comme composante importante, suppose l'acquisition de compétences particulières, sous forme de séminaires de sensibilisation, voire de formation proprement dite. Cette préparation serait offerte aux doyens et responsables de département, mais aussi aux partenaires de santé qui seraient associés à l'exercice d'évaluation et d'accréditation.

Contributions

Charles Boelen a fait une première rédaction de l'article. Tous les auteurs ont apporté leurs contributions à son amélioration et sa finalisation.

Déclaration d'intérêts

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

Approbation éthique

Sans objet

Références

1. Liaison Committee on Medical Education (LCME). Function and structure of a medical school. Standards for accreditation of medical education programs leading to the MD degree. 2015. [On-line] Disponible sur : <http://www.lcme.org/publications.htm>.
2. WHO/WFME Guidelines for accreditation of basic medical education. Geneva/ Copenhagen. 2005. [On-line] Disponible sur : <http://www.wfme.org/accreditation/whowfme-policy/28-2-who-wfme-guidelines-for-accreditation-of-basic-medical-education-english/file>

3. World Federation for Medical Education (WFME). Accreditation 2005 [On-line] Disponible sur : <http://wfme.org/accreditation>
 4. Educational Commission of Foreign Medical Graduates (ECFMG). Medical School Accreditation Requirement for ECFMG Certification. 2010 [On-line] Disponible sur : <http://www.ecfm.org/about/initiatives-accreditation-requirement.html>
 5. Conférence internationale francophone des doyens et des facultés de médecine d'expression française (CIDMEF). Le Conseil d'évaluation. Normes. 2012 [On-line] Disponible sur : <http://www.cidmef.u-bordeaux2.fr/?q=structures/conseil-evaluation>
 6. Global consensus for social accountability of medical schools. Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine. 2011 [On-line] Disponible sur : <http://healthsocialaccountability.sites.olt.ubc.ca/files/2011/06/11-06-03-gcsa-french-pdf-style.pdf>
 7. Boelen C, Heck J. Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine. Genève : OMS, 1995 (WHO/HRH/95.7)
 8. 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.
 9. Boelen C, Dharamsi S, Gibbs T. The social accountability of a medical school and its indicators. *Educ Health* 2012;25,180-94
 10. Hosny, S Ghaly M, Boelen C. Is our medical school socially accountable ? The case of the faculty of medicine, Suez Canal University. *Med Teach* 2015; Suppl 1:S47-55.
 11. THEnet, Training for health equity network. THEnet's evaluation framework for socially accountable health professional education, Version 1.0, Monograph I (1ed.), the Training for Health Equity network, 2011 [On-line] Disponible sur : <http://www.thenet.community.org>
 12. 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.
 13. AMEE, Association of Medical Education in Europe, ASPIRE to excellence in social accountability. Disponible sur <http://www.aspire-to-excellence.org>
 14. AFMC, Association des Facultés de Médecine du Canada : www.afmc.ca
 15. World Health Organization, Eastern Mediterranean Region. Review of medical education in the Eastern Mediterranean Region : challenges, priorities and a framework for action. Document for the Regional Committee, Sixty Second Session, 2015 (EM/RC62/3)
 16. Lindgren S and Karle H, Social accountability of medical education. Aspects on global accreditation. *Med Teach* 2011;33:667-72.
 17. World Federation of Medical Education, WFME global standards for quality improvement. The 2015 revision. WFME Office, 2015 [On-line] Disponible sur : <http://www.wfme.org/standards/bme/78-new-version-2012-quality-improvement-in-basic-medical-education-english/file>
-
- Correspondance et offprints** : C. Boelen, 585 route d'Excenevex, 74140 Sciez-sur-Léman, France.
Mailto : boelen.charles@wanadoo.fr