

Actions conduites et souhaitées pour la responsabilité sociale dans les facultés de médecine : une étude multicentrique internationale dans 20 facultés de médecine francophones

Implemented and expected projects in the field of social accountability: an international multicentric study in 20 French-speaking medical schools

Nicolas PIERRE¹, Anne-Marie OFFERMANS², Vincent HUBERLAND², Michel ROLAND², Dominique PESTIAUX³, et Joel LADNER^{4,*}

¹ Institute of Tropical Medicine, Anvers, Belgique

² Département de médecine générale, Université libre de Bruxelles, Bruxelles, Belgique

³ Centre académique de médecine générale, Université catholique de Louvain, Bruxelles, Belgique

⁴ Département d'épidémiologie et de promotion de la santé, Centre hospitalier et universitaire de Rouen-Normandie, Rouen, France

Manuscrit reçu le 30 décembre 2018 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 15 janvier et le 14 février 2020 ; accepté pour publication le 18 février 2020

Résumé – Contexte : Le Consensus mondial sur la responsabilité sociale (RS) des facultés de médecine a été validé en 2010. L'applicabilité des concepts de RS a été très peu investiguée. **But :** L'objectif était d'abord d'évaluer la perception des concepts de RS chez les participants et ensuite d'évaluer les actions de RS conduites et celles souhaitées dans les facultés de médecine. Cet article analyse les résultats concernant les actions de RS. **Sujets et méthodes :** Un auto-questionnaire anonyme en ligne a été adressé à différents acteurs dans 20 facultés francophones de dix pays : doyens et équipes décanales, enseignants, étudiants et acteurs de la société civile. Le questionnaire ouvert identifiait les actions conduites de RS et celles souhaitées. Les occurrences des actions regroupées en thématiques ont été calculées. Elles ont été comparées aux occurrences du Consensus mondial. Les verbatim ont été analysés. **Résultats :** Au total, 425 participants ont été inclus, dont 41,5 % d'enseignants et 28,0 % d'étudiants. Pour les actions conduites, les principales occurrences retrouvées étaient « enseignements » et « acteurs d'enseignements » ; les principaux verbatim rapportaient la révision des *curricula* de formation et l'enseignement de la médecine de famille. Quant aux actions souhaitées, les « mesures d'impact des actions de RS », la révision des enseignements pour mieux répondre aux besoins de santé et le développement des stages dans la communauté étaient retrouvés. **Conclusion :** L'importante participation, notamment des étudiants, confirme l'intérêt, mais aussi l'avancée des concepts de RS dans les facultés des différents pays. De nombreuses innovations sont proposées par les différents acteurs. Des approches adaptées de formation et de stratégies répondant aux attentes des différents acteurs sont à mettre en œuvre.

Mots clés : responsabilité sociale, faculté de médecine, éducation médicale, besoins de santé, santé publique

Abstract. Context: The Global Consensus on Social Accountability (SA) of the Faculties of Medicine was validated in 2010. The applicability of SA concepts is very little investigated. **Goal:** The objective was to evaluate actions on SA conducted and those expected in the schools of medicine. **Subjects and methods:** An anonymous online self-questionnaire was addressed to different actors in 20 French-speaking schools of medicine in 10 countries: deans and decanal teams, teachers, students and civil society actors. The open-questionnaire identified the SA actions conducted and those expected in a next future. The occurrences of actions aggregated into themes were calculated. They have been compared to the occurrences of the Global Consensus. The

*Correspondance et offprints: Joël LADNER, Département d'épidémiologie et de promotion de la santé, Centre hospitalier et universitaire de Rouen, Hôpital Charles-Nicolle, 1, rue de Germont, 76031 Rouen cedex, France.

Mailto : joel.ladner@chu-rouen.fr ; joel.ladner@univ-rouen.fr.

verbatim has been analyzed. **Results:** A total of 425 participants were included, including 41.5% teachers and 28.0% students. For the actions conducted, the main occurrences found were “lessons learned” and “teaching actors”; the main reports referred to the revision of training curricula and the teaching of family medicine. As for the actions expected, the “measures of impact of the SA actions conducted”, the revision of the lessons to better answer the needs of health and the development of the internships in the community were found. Verbatim were analyzed. **Conclusion:** The important participation, especially of the students, confirms the interest, but also the progress of the concepts of SA in the faculties of the different countries. Many innovations are proposed by the different actors. Appropriate training approaches and strategies that meet the expectations of the actors should be implemented.

Keywords: social accountability, medical school, medical education, health needs, public health

Introduction

Un siècle après le rapport Flexner, un nouveau paradigme est apparu dans le monde de l'éducation médicale: la responsabilité sociale (RS) des facultés de médecine [1,2]. Le Consensus mondial sur la RS des facultés de médecine a été publié en 2010 pour sensibiliser les facultés à prendre en compte les besoins de santé et de soins de la société, les inciter à adapter leurs programmes d'éducation médicale en fonction de ces besoins et, enfin, leur recommander de veiller à ce que les médecins formés adoptent des attitudes cliniques conformes à leur formation [2]. Le Consensus mondial a également clairement défini leurs missions, de manière complémentaire et synergique, entre enseignement, recherche et prestation de services [3]. Il comprend dix directions stratégiques pour qu'une faculté de médecine soit « socialement responsable », 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 services, renforcer la gouvernance et le partenariat avec d'autres acteurs de santé et enfin, évaluer et accréditer les programmes avec le souci de mesurer et d'améliorer leur performance et leur impact. Une synergie entre réseaux et organisations est recommandée au niveau mondial pour la mise en œuvre du Consensus mondial, avec notamment pour missions le plaidoyer pour la reconnaissance de la pertinence du Consensus mondial, le lancement de consultations pour l'adaptation et l'application du Consensus dans différents contextes, l'initiation de recherches pour l'élaboration de normes illustrant la RS. Il s'agissait aussi d'assurer une coordination mondiale pour partager les expériences et soutenir les initiatives.

En 2012, un groupe francophone dédié à un projet de recherche-action en RS des facultés de médecine, regroupant une soixantaine de facultés de médecine sur près de 140 existantes dans le monde francophone, s'est progressivement constitué en vue d'implanter des concepts de RS [4,5]. Les fondements de ce groupe ont été la volonté de se structurer pour s'approprier concrètement les concepts de RS et conduire une première recherche-action partenariale multicentrique. Cette recherche-action, à partir de l'expérience vécue par un échantillon de facultés de médecine francophones, visait à rapporter les opportunités et les défis suscités par l'application des principes de RS et à recommander une meilleure contribution du monde académique à l'émergence d'un système de santé plus

efficace, plus juste et pérenne. Peu de publications ont abordé la question de la perception et du degré de mise en œuvre du concept de responsabilité sociétale dans les facultés de médecine. Généralement, elles concernent des études de petite taille, ne considérant qu'une seule faculté, souvent déjà impliquée dans une démarche active de RS. Trois phases ont été programmées pour cette recherche [4]. La première phase avait pour but de réaliser un état des lieux en matière de connaissances et de compréhension des concepts de RS par les facultés et par les différents acteurs internes, mais aussi les acteurs extérieurs aux facultés. Le but de la seconde phase était d'évaluer les actions de RS conduites et celles souhaitées dans les facultés de médecine francophones. La troisième phase aura pour but d'élaborer des indicateurs de RS pour l'accréditation des facultés de médecine et d'en mesurer leur impact. L'objet de cet article est de présenter les résultats de la seconde phase de la recherche.

Méthodes

Une étude mixte à la fois quantitative et qualitative a été conduite. Un questionnaire anonyme auto-administré en ligne a été adressé aux facultés de médecine impliquées dès le début dans le projet francophone. Le questionnaire invitait les participants à répondre à deux questions ouvertes. En lien avec la première question, le répondant devait identifier une à trois actions relatives aux différents axes du Consensus mondial et mises en place dans sa faculté, et indiquer les éventuelles limites constatées. Une seconde question demandait au répondant d'énoncer une à trois actions de RS dont le développement était souhaité dans sa faculté.

Les dix axes correspondent à ceux définis dans le Consensus mondial [3]:

- l'anticipation des besoins en santé de la société;
- la création de partenariats avec le système de santé et d'autres acteurs;
- l'adaptation aux rôles nouveaux des médecins et autres professionnels de la santé;
- l'éducation basée sur des résultats escomptés;
- l'installation d'une gouvernance réactive et responsable;
- la redéfinition de normes pour l'éducation;
- la recherche et la prestation de services;
- l'amélioration continue de la qualité en éducation, recherche et prestation de services;

- l’institutionnalisation de mécanismes d’accréditation ;
- l’adhésion aux principes universels, l’adaptation au contexte local et la prise en compte du rôle de la société.

Quatre catégories d’acteurs liés à la faculté ont été définis : les équipes décanales (doyens et vice-doyens), les enseignants, les étudiants et les acteurs extra-muros de la faculté (décideurs en santé, conseils de l’ordre et la société civile).

Les réponses aux questions ouvertes ont d’abord été introduites en ligne, puis exploitées à l’aide du tableau Excel. Pour chaque axe, nous avons exclu les réponses inappropriées (critiques de l’étude, réponses mettant en cause l’étude et réponses sans rapport avec la question posée), les réponses vides, celles évoquant les difficultés pour la mise en œuvre de réformes possibles, ainsi que celles où la « catégorie de professionnels » n’était pas renseignée.

L’analyse des réponses a été effectuée selon deux approches complémentaires. La première approche a consisté en une analyse semi-quantitative avec le logiciel Tropes (logiciel Open-source, V8.4). Nous avons sélectionné ce logiciel en raison du grand nombre de réponses et de sa facilité d’utilisation. Il permet une analyse de contenu et de discours propositionnel à partir d’un scénario de déduction-induction. Nous avons choisi l’option de construire manuellement un scénario initial dans lequel les réponses ont été automatiquement incluses. Dans un premier temps, un scénario a été créé à partir du texte intégral des dix axes thématiques du Consensus mondial. Trois catégories structurantes ont été définies : acteurs, actions et périmètre. Pour cette première étape, nous avons utilisé un seuil de signification de cinq occurrences dans le texte du Consensus mondial pour conserver le groupe sémantique dans le scénario.

Dans un second temps, nous avons analysé, avec le scénario ainsi défini, les réponses à la question 2 (constituant un bien plus grand échantillon disponible de 56 500 mots) afin d’atteindre la saturation en termes de propositions et de compréhension des concepts. Cette analyse a été réalisée pour compléter manuellement le premier scénario. Pour cette deuxième étape, nous avons utilisé différents seuils des occurrences. Aucun mot n’a été retenu en dessous de 20 occurrences ; en contrepartie, tous les mots de plus de 40 occurrences ont été inclus. Entre 20 et 40 occurrences, nous avons conservé tous les groupes sémantiques spécifiques, génériques ou polysémiques, en fonction de leur éventuelle inclusion dans les classes précédemment créées du scénario initial.

Cette analyse a sélectionné une série de 36 éléments constituant le scénario final, base nécessaire pour générer une base de données encodées et exploitées à l’aide du tableur Excel. Ce tableur comprenait ainsi toutes les réponses aux questions sur les actions/réalisations déjà entreprises dans les facultés (Q1) et sur les actions potentielles à conduire (Q2) pour les dix axes du Consensus mondial. Avec ce matériel, les tendances pour différentes populations agrégées ont été identifiées : étudiants (étudiants en médecine et autres), enseignants

(professeurs, maîtres de stage hospitaliers), décanat (doyens et vice-doyens), extra-muros de la faculté (administration de la santé, décideurs, groupes de médecins, maîtres de stage non hospitaliers, syndicats de médecins, Ordre des médecins, sociétés savantes, mutuelles/caisses d’assurance santé, ligues et associations de patients), autres. Les graphiques de fréquence représentent les tendances en fonction des groupes sémantiques du scénario en dressant le profil des répondants.

La seconde approche a consisté en une analyse de contenu visant à identifier les éléments les mieux adaptés pour une bonne compréhension des concepts. L’analyse qualitative des deux questions ouvertes du premier axe du Consensus mondial (« anticipation des besoins en santé de la société ») a été conduite, car il compile la plupart des résultats et des commentaires des participants à l’enquête, et parce que cet axe, le premier, est la base de la compréhension et du développement des concepts de RS. Un membre de l’équipe de recherche a examiné tous les résultats qualitatifs et les commentaires extraits de deux questions ouvertes de ce premier axe et les a classés dans des catégories plus larges identifiées à l’aide du logiciel Tropes. Les réponses ont été incluses si au moins deux personnes ont donné un contenu similaire. L’équipe de recherche a sélectionné pour les résultats les réponses qui illustrent le mieux les thèmes communs.

Résultats

Au total, 425 participants ont été inclus provenant de 20 facultés de médecine ; 41,5 % étaient des enseignants, 28,0 % des étudiants en médecine, 25,6 % des enseignants en dehors de la faculté ou des autorités de santé et 4,9 % des équipes décanales (Tab. I).

Les actions conduites et les actions souhaitées au sein de la faculté ont été analysées, elles-mêmes regroupées au sein de différentes thématiques.

Les actions de responsabilité sociale conduites dans les facultés

Concernant les actions conduites, 36 thématiques (arborescence de mots) ont été identifiées en termes de RS. La figure 1 présente les occurrences de ces thématiques identifiées dans le Consensus mondial, qui sont comparées aux actions conduites dans les facultés. Ces occurrences ont été calculées pour les quatre catégories de participants. Dans le Consensus mondial, l’occurrence la plus fréquemment retrouvée est « acteurs d’enseignement et acteurs d’éducation », qui représente 9,9 % des occurrences, la seconde occurrence est « enseignement » (7,4 %). Ces deux occurrences étaient retrouvées, respectivement, chez 15,9 % et 17,8 % des doyens, 14,8 % et 19,4 % des enseignants, 15,4 % et 20,1 % des étudiants et 17,5 % et 16,3 % des acteurs extra-muros.

Pour les actions de RS conduites, l’analyse des verbatim a identifié cinq thèmes principaux :

- la révision et l’adaptation globale des *curricula* d’enseignement ;

Tableau I. Nombre de personnes incluses par catégorie pour les 20 facultés francophones participantes, 2013–2014.

	Doyens	Enseignants	Étudiants	Extra-muros	Total
Abidjan (Côte d'Ivoire)	4	12	7	9	32
Bujumbura (Burundi)	3	10	5	6	24
Casablanca (Maroc)	1	7	10	2	20
Dakar (Sénégal)	2	3	5	10	20
Lyon Est (France)	0	0	0	2	2
Marrakech (Maroc)	2	8	18	17	45
Monastir (Tunisie)	0	2	0	3	5
Oran (Algérie)	1	2	9	4	16
Quisqueya (Haïti)	0	3	5	2	10
Paris Bobigny (France)	1	9		4	14
Poitiers (France)	0	0	0	11	11
Rouen (France)	0	1	5	2	8
Sfax (Tunisie)	3	6	13	7	29
Sherbrooke (Canada)	2	0	1	1	4
Sousse (Tunisie)	0	11	13	48	72
Tlemcen (Algérie)	0	3	5	10	18
Tunis (Tunisie)	1	8	0	27	36
Université d'État (Haïti)	0	1	0	3	4
Université catholique de Louvain (Belgique)	0	15	23	7	45
Université libre de Bruxelles (Belgique)	1	8	0	1	10
Total	21	109	119	176	425

- la prise en compte des besoins prioritaires de santé de la population dans les nouveaux programmes d'enseignement ;
- l'enseignement de la santé communautaire ;
- la médecine de famille ;
- la recherche.

Révision et adaptation des *curricula* d'enseignement

Les quatre groupes d'acteurs, les doyens (D), les étudiants (Et), les enseignants (En) et les « extra-muros » (EM) ont tous cité l'introduction de nouveaux enseignements de santé publique et de sciences humaines et sociales lors la révision des *curricula* de formation dans les facultés. Ils concernaient essentiellement les cours de santé publique, d'épidémiologie et de sciences humaines et sociales :

« *La mise en place d'enseignements de sciences humaines et sociales, mais aussi de médecine communautaire* » (Et). « *De nouveaux enseignements ont été mis en place sur les déterminants sociaux de la santé, l'épidémiologie et la démographie* » (D). « *Un renforcement de l'épidémiologie dans la plupart des cours* » (En). « *L'enseignement de la prévention et de la santé publique pour les principales pathologies et les comportements de notre société a été développé, en privilégiant une approche santé-société* » (En).

La prise en compte de la dimension médico-économique des soins est également rapportée : « *Une sensibilisation au coût des soins, les examens les plus intéressants d'un point de vue coût-bénéfice et l'incitation à prescrire des médicaments génériques* » (Et).

L'introduction de cours d'éthique dans les facultés est envisagée par les enseignants et les étudiants :

« *Mise en place de cours d'éthique en petits groupes et de formation à la relation soignant-soigné* » (Et).

Prise en compte des besoins prioritaires de santé de la population dans les nouveaux programmes d'enseignement

Les programmes d'enseignement ont été révisés en prenant en compte autant que possible les priorités de santé publique nationales, identifiées par des approches épidémiologiques :

« *Les programmes d'enseignement ont été adaptés à notre contexte épidémiologique* » (Et) ; « *Les nouveaux enseignements ont été adaptés à la prévalence des pathologies les plus fréquentes, notamment celles responsables de pandémies dans le pays* » (En).

Des doyens ont signalé des démarches rationnelles et multifactorielles pour procéder à la révision des programmes :

« *Les programmes éducationnels ont été revus selon une grille de priorisation des thèmes de compétences à dix critères reposant sur la détermination de la charge morbide, l'efficacité des interventions et l'exemplarité pédagogique* » (D). « *Les programmes d'enseignement tiennent compte de certains déterminants nationaux prioritaires, mais malheureusement les programmes de recherche en tiennent moins compte* » (EM).

Quelques facultés ont organisé des séminaires de sensibilisation et de formation sur les besoins de santé de la population :

Thèmes des actions conduites

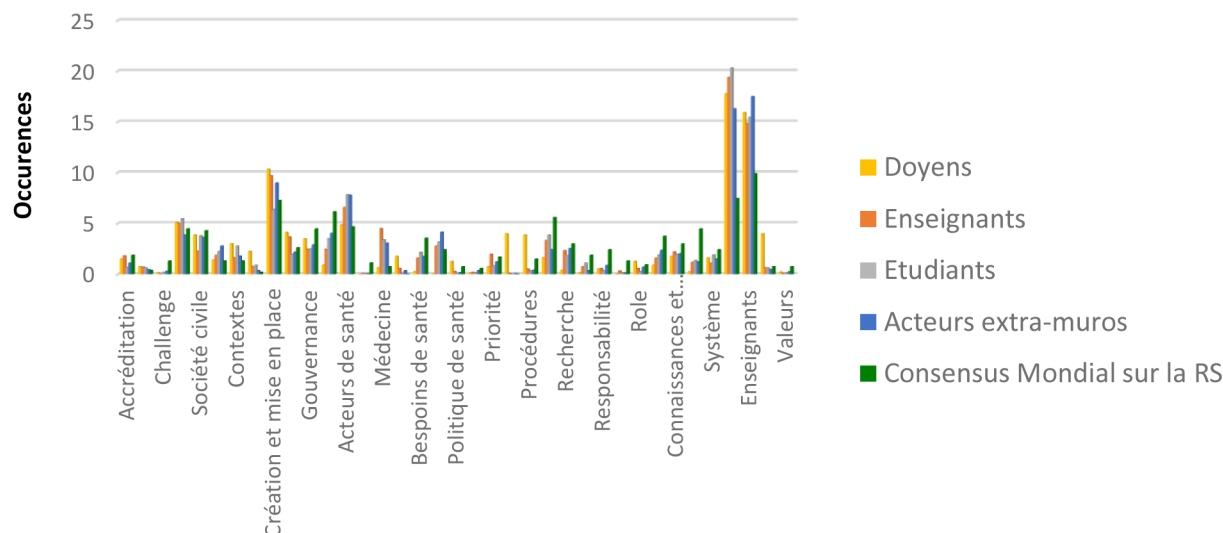


Fig. 1. Fréquence (occurrences de mots) des thèmes identifiés pour les actions conduites en responsabilité sociale pour les quatre types d'acteurs, comparés aux thèmes identifiés dans le Consensus mondial sur la responsabilité sociale, 20 facultés de médecine francophones, 2013-2014.

« Notre faculté a mis en place des séminaires sur différents thèmes pour nous aider à mieux comprendre les différents problèmes dont souffre la population et ainsi les réponses possibles à ses besoins » (En).

L'enseignement de la santé communautaire

Seuls les étudiants ont rapporté plusieurs expériences d'enseignement de la médecine communautaire mises en œuvre dans leur faculté. Les autres acteurs inclus n'ont pas pointé ces enseignements communautaires.

Les étudiants ont relevé le lien entre la médecine communautaire et les besoins de santé identifiés des communautés, une démarche de santé publique pragmatique :

« L'enseignement de la médecine communautaire prend en compte l'identification des problèmes de santé les plus fréquents et la volonté d'introduire la notion de médecine conforme aux attentes de la société » (Et).

Les étudiants ont souligné la pertinence de cet enseignement, en dehors de la faculté et de l'hôpital, dans les communautés :

« Les stages communautaires sont réalisés en dehors des CHU, c'est-à-dire dans les centres de santé, au plus près des communautés » (Et). « La création de clubs d'interaction avec les communautés, en lien avec les besoins en santé identifiés de celles-ci » (En).

Mais certaines de ces expérimentations pédagogiques communautaires ont été arrêtées par absence de soutien financier :

« Il faut avouer que ces stages dans les communautés ont été stoppés faute de moyens » (D).

La médecine de famille

Tous les acteurs inclus, excepté les étudiants, ont insisté sur l'importance de la médecine de famille, avec soit un cursus de formation en place, soit des projets de développement de curriculum :

« L'engagement vers une formation de médecine de famille avec une forte valence de santé publique dans le curriculum » (D).

Les enseignants ont décrit différentes actions conduites quant à la formation en médecine de famille :

« La mise en place de stages d'externat et d'internat dans les structures de première ligne » (En). « Des stages en médecine de famille en milieu rural » (En). « La mise en place d'un département de médecine de famille et la révision institutionnelle du curriculum médical, avec beaucoup de difficultés opérationnelles » (En).

Les médecins non attachés à la faculté ont interprété comme un signal positif l'ouverture de départements de médecine de famille dans les facultés, spécifiquement dédiés à la formation des futurs médecins généralistes :

« Le département de médecine générale est ouvert aux acteurs de terrain, témoins conscients de l'évolution de la société où ils exercent » (EM).

Ils ont mentionné que certains modules d'enseignement de la médecine de famille ont pris en compte les besoins de santé de la population :

« Dans les enseignements de la médecine de famille, certains thèmes sont en rapport direct avec besoin de santé » (EM).

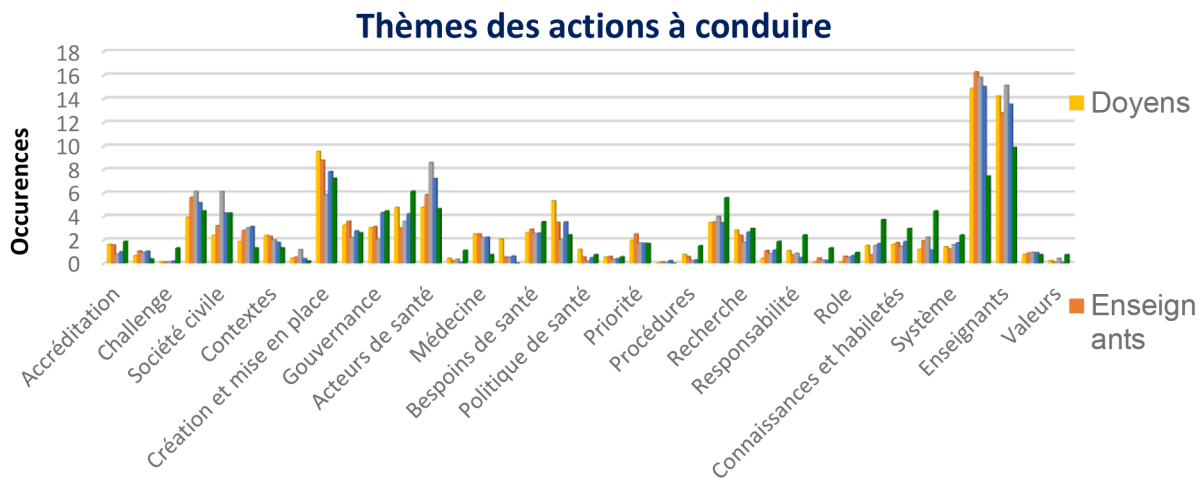


Fig. 2. Fréquence (occurrences de mots) des thèmes identifiés pour les actions à conduire en responsabilité sociale pour les quatre types d'acteurs, comparés aux thèmes identifiés dans le Consensus mondial sur la responsabilité sociale, 20 facultés de médecine francophones, 2013-2014.

La recherche

Les activités de recherche conduites pour mieux connaître et répondre aux besoins de santé de la population ont été indiquées par les doyens et surtout les enseignants. Des programmes de recherche en santé publique ont été mis en œuvre dans certaines facultés :

« *Un axe de recherche facultaire a été mis en place sur les services de santé et leur organisation* » (D). « *Des programmes de recherche en santé publique sur l'accès aux soins, les inégalités sociales de santé ont été mis en œuvre* » (D). « *Des travaux de recherche portant sur l'analyse et le fonctionnement du système de santé ont été lancés* » (En).

Cependant, les applications des résultats issus de ces recherches seraient encore limitées :

« *La faculté participe activement aux travaux de recherches épidémiologiques, cliniques, et thérapeutiques, mais les recommandations qui en découlent sont rarement prises en compte par les pouvoirs exécutifs* » (En).

Les actions de responsabilité sociale souhaitées dans les facultés

La [figure 2](#) représente les résultats des occurrences identifiées pour les quatre catégories de participants, comparées aux occurrences retrouvées dans le Consensus mondial.

Pour ces quatre catégories de participants, les actions prioritaires à mettre en place concernaient essentiellement les occurrences « enseignement et acteurs d'enseignement » et « enseignement ». Les mesures d'impact de la RS apparaissent dans le Consensus mondial, mais elles ont été par contre peu citées par les acteurs, comme les normes de RS, également peu représentées.

Pour les actions de RS à développer, quatre thématiques principales ont été distinguées :

- la révision des enseignements pour mieux répondre aux besoins de santé de la population ;
- de nouveaux enseignements à développer ;

- un renforcement des stages dans la communauté ;
- le futur : de nouveaux enjeux pour les facultés.

Révision des enseignements pour mieux répondre aux besoins de santé de la population

Les enseignements devraient davantage cibler les pathologies régionales les plus prévalentes. La révision des programmes d'enseignement est demandée par la plupart des acteurs des différentes catégories :

« *Il faut engager une révision globale du curriculum de formation initiale pour une meilleure prise en compte des déterminants sociaux de la santé* » (D).

« *Faire des cours portant exclusivement sur les pathologies fréquentes de la région et adapter les compétences du futur médecin pour les maladies qui affectent beaucoup de gens* » (En). « *Il faut réviser les programmes d'enseignement des différentes disciplines afin de les adapter aux besoins de la société* » (En).

Les enseignants ont souligné l'importance de former sur le concept de détermination des besoins de santé de la population.

Pour mieux répondre aux besoins de santé de la population, les enseignants insistent sur la nécessaire ouverture de la faculté sur son environnement :

« *La faculté de médecine doit s'ouvrir sur son environnement socio-économique* » (En). « *Plus d'ouverture de la faculté sur son environnement* » (En). « *Organisation de journées de travail en partenariat entre l'université et les professionnels de terrain* » (En).

Les autorités de santé demandent une adaptation des programmes de formation des médecins aux enjeux et défis du système de santé :

« *La gestion des programmes et des services de santé* » (EM), « *l'organisation des soins* » (EM).

Ils rappellent cependant l'importance de la « *promotion de la santé, le financement de la santé et la décentralisation sanitaire* » (EM). Les autorités de santé pointent aussi l'adaptation indispensable de la formation

aux besoins de santé de la population : « *approche de soins centrée sur les besoins du malade* », « *information et éducation à la santé* », « *meilleure organisation de l'accès aux soins* » (EM).

Mais les doyens regrettent le peu de liberté laissé par les autorités pour modifier les programmes de formation. Une certaine autonomie dans le choix des programmes est demandée par certains doyens pour permettre l'adaptation souhaitée :

« *Il serait souhaitable de donner plus d'autonomie à la faculté pour orienter les programmes et son choix de stages en fonction de l'épidémiologie régionale* » (D).

De nouveaux enseignements à développer

Les étudiants ont proposé de nombreux nouveaux enseignements, dont certains très novateurs, qui pourraient être mis en place, tels que des enseignements en sciences politiques, en économie de la santé, un enseignement sur les inégalités de santé et ses conséquences sur les parcours de soins, une formation sur la dimension psychologique du patient comme déterminant de santé, un enseignement sur l'éco-santé ou encore sur l'anticipation des besoins de santé de la société.

Quant aux enseignants, ils ont suggéré une révision des *curricula* pour mieux répondre aux besoins de santé de la population. Les principales propositions retrouvées sont une révision des objectifs facultaires pour une meilleure prise en compte des besoins de santé de la population, le développement de guidelines pour les spécialités médicales :

« *Développement de guidelines facultaires dans chaque spécialité pour une meilleure prise en charge des pathologies les plus prévalentes de la région* » (En). « *Plus prendre en compte dans les enseignements les réalités culturelles des populations* » (En). Ils ont aussi préconisé un suivi de la politique facultaire par la « *mise en place une commission d'identification et de suivi de la réponse de la faculté aux besoins en santé de la société* » (En).

Un renforcement des stages dans la communauté

Les équipes décanales et les enseignants facultaires et non facultaires ont largement proposé de renforcer les stages dans la communauté, élargis notamment en médecine de famille :

« *Instituer la formation à orientation communautaire avec une approche longitudinale au cours du cursus en insistant sur la promotion de la santé, l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique du patient* » (D). « *Renforcer l'enseignement sur le rôle majeur des médecins de famille dans le continuum de services et pour mieux répondre aux attentes de la population* » (D).

Les enseignants facultaires ont prôné le nécessaire renforcement de la recherche orientée vers les communautés :

« *Les projets de recherche santé doivent être conduits dans les communautés sur le terrain* » (En). « *Il est nécessaire de mieux intégrer les résultats des travaux de recherche effectués dans les communautés au contenu des programmes de formation* » (En).

L'importance de la recherche est aussi citée par les autorités de santé, telle que la recherche dans les communautés et la place du secteur privé :

« *Une amélioration de la communication et du partenariat public privé dans la recherche* » (AS).

Les enseignants non facultaires ont signalé la place trop importante de l'hôpital dans la formation actuelle :

« *Il est aujourd'hui nécessaire de réduire l'hospitalo-centrisme trop prépondérant pendant toutes les études, et développer l'enseignement de la médecine de proximité* » (EM).

L'avenir : de nouveaux enjeux pour les facultés

Les autorités de santé et les doyens ont mentionné les nouveaux challenges qui attendent les facultés. Les autorités de santé ont souligné que la prise en compte des besoins de santé de la population nécessite des réformes :

« *Il faut entreprendre des réformes structurelles portant sur les différents cycles de l'enseignement médical, répondant aux besoins du pays* » (EM).

Mais la faculté a un rôle leader à jouer dans ces enjeux :

« *La faculté doit engager une démarche d'analyse de l'état des lieux et des perceptions des utilisateurs du système de santé afin d'identifier des objectifs éducationnels et institutionnels inspirés des données factuelles pouvant ainsi répondre adéquatement et de manière concrète aux besoins et défis actuels et futurs de la société* » (EM).

Les principaux enjeux énoncés par les doyens étaient la relation santé-environnement :

« *Les enjeux futurs de la pratique médicale seront la compréhension et la prévention des impacts de l'environnement sur la santé telles que la pollution de l'air extérieur et intérieur, les pesticides et l'impact du changement climatique sur la santé* » (D).

Une approche régionale de l'enseignement est évoquée par des doyens :

« *Il faut envisager une régionalisation de l'enseignement en adaptant les cours en fonction des spécificités régionales* » (D).

Discussion

Ce travail est à notre connaissance le premier à faire un état des lieux des réalisations et des actions à mener en matière de RS dans les facultés de médecine francophones. La richesse des verbatim (actions réalisées ou souhaitées, attentes ou difficultés exprimées) permet raisonnablement de conclure à une saturation externe de l'information par les réponses aux questionnaires. Les résultats obtenus proposent des pistes d'actions très concrètes et des priorités à prendre en compte dans le cadre du Consensus mondial.

Les actions déjà menées et citées par les répondants se répartissent dans les domaines suivants :

une part plus conséquente donnée à la santé publique, à l'épidémiologie et aux sciences humaines dans les cursus, notamment par la création de nouveaux cours ;

la révision des programmes d'enseignement pour mieux prendre en compte les priorités de santé publique ;
 la mise en œuvre d'enseignements communautaires ;
 une place plus importante accordée à la médecine de famille ;
 une orientation des activités de recherche pour mieux connaître et répondre aux besoins de santé de la population [3]. La plupart de ces domaines ont été évoqués par les différents acteurs [5].

De nombreuses réponses rappellent l'importance de la santé publique, des déterminants de la santé, de l'épidémiologie y compris dans sa dimension de recherche. Ces différents éléments constituent certainement le cœur de la RS. Mais la RS comprend des notions beaucoup plus larges avec pour objectif la santé des populations et donc pas seulement les soins cliniques, et ce pour toutes les disciplines. Les mêmes confusions et incompréhensions des concepts ont été vérifiées dans d'autres études à travers le monde [6]. La RS n'est pas la simple introduction dans les cursus de l'épidémiologie et de la médecine générale, mais une façon de définir complètement différemment les objectifs intermédiaires et finaux des programmes de formation [6].

L'importance de la médecine de famille pour une rencontre des besoins de la société a été abondamment décrite avec des degrés de réalisation divers selon les pays, notamment en ce qui concerne les stages. Les stages de médecine générale ont par ailleurs un impact majeur sur la pénurie de soignants [7–10]. Il serait important que chaque faculté les inscrive comme une étape nécessaire du cursus, en offrant également aux étudiants des possibilités dans des régions précarisées ou éloignées, voire d'inclure le fait d'exercer en milieu précarisé comme une des étapes nécessaires à la formation [11]. Nous notons que, en dehors de la médecine générale, peu d'actions concrètes sont citées pour d'autres spécialités médicales, qui sont pourtant toutes concernées par la RS. Ceci pourrait s'expliquer en partie par une surreprésentation dans l'étude des médecins généralistes qui ont un contact plus rapproché avec les communautés et, en conséquence, une perception plus immédiate et globale des besoins de la société.

L'enseignement de la médecine communautaire est mis en avant tout particulièrement par les étudiants. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ceux-ci restent encore très attentifs à la communauté contrairement aux autres groupes dont les études spécialisées ont souvent déjà réduit les centres d'intérêt [12]. Ils suggèrent également des cours de politique de santé, d'histoire, voire de géopolitique médicale, ou encore des enseignements sur les inégalités sociales et sur l'anticipation des besoins de la société. Ils évoquent également l'importance des enjeux environnementaux. Ces intérêts spécifiques cités par les étudiants pourraient être liés à l'évocation de ces problématiques dans les cours actuels de médecine.

De manière générale, de nombreuses réponses témoignent d'une compréhension diverse du concept de RS. Certains items évoqués dans les réalisations ou actions à entreprendre ne sont pas spécifiques de la RS, mais devraient faire partie de la formation de base du futur

soignant, comme l'éthique, la communication ou la médecine générale, bien que celle-ci, dans certains pays, ne soit pas encore reconnue comme discipline académique. Ceci montre en tout cas la nécessité pour l'avenir d'une démarche de pédagogie autour du concept de RS auprès des différents intervenants.

Plusieurs répondants ont également proposé le renforcement de partenariats avec des acteurs extérieurs à l'université, entre autres les autorités de santé publique ou des acteurs non professionnels de la santé, parmi lesquels les usagers, en renforçant le rôle d'observatoire de la santé des universités ou en donnant aux autres acteurs un rôle d'évaluation des actions de l'université. Cette ouverture des facultés permettrait de donner plus de place aux besoins identifiés par les usagers, la population ou ses représentants, ce qui entre pleinement dans le cadre de la RS et est congruent avec le concept récemment développé de « patient-partenaire » [13].

Au-delà de la santé publique, le lien entre besoin de santé, observatoire de la santé et faculté de médecine est souligné, ce qui élargit la vision spécifique de la santé publique vers un lien avec les autres acteurs sociétaux concernés d'une façon ou d'une autre par l'enseignement de la médecine. À ce titre, les autorités de santé rappellent l'importance de l'aspect quantitatif des médecins à former pour répondre aux besoins de la population. Mais le point de vue des étudiants est plus nuancé : si certains soulignent le trop faible nombre de médecins, d'autres se plaignent du surplus d'étudiants, qui mécaniquement diminue les moyens alloués par étudiant à sa formation avec comme conséquence un *numerus clausus* pédagogique. Cette question essentielle est peu abordée en ce qui concerne la délégation de tâche, réponse essentielle au manque de soignants [6].

Concernant les actions à entreprendre, les réponses relatent plusieurs suggestions intéressantes. Parmi celles-ci, on peut noter une réforme des cursus et des matières enseignées, des partenariats renforcés avec les autorités de santé, l'intégration de non-médecins dans les activités de l'université. Parmi les verbatim, on retrouve des propositions pour de nombreuses nouvelles matières qui pourraient être intégrées aux cursus, dont l'histoire de la santé, les sciences politiques, les inégalités sociales, l'anticipation des besoins de société, les enjeux environnementaux, les addictions et troubles comportementaux. Toutes ces réponses démontrent un besoin de donner plus de place dans les enseignements aux déterminants de la santé. Ceci est tout à fait concordant avec les objectifs de RS, les actions sur les déterminants étant de manière générale celles ayant le plus gros impact sur la santé. L'idée de donner une réelle place aux enjeux environnementaux et à leur impact sur la santé dans l'enseignement a été formulée parmi les étudiants et les médecins non facultaires. Ceci s'inscrit vraisemblablement dans un courant général de prise de conscience de la place des évolutions environnementales comme déterminants de santé [14–16].

Notre étude présente certaines limites. Malgré la richesse des verbatim, nous observons une surreprésentation des répondants issus des facultés du Maghreb et à

l'inverse une très faible représentation de certaines régions de la francophonie. Par ailleurs, les modèles universitaires et les déterminants et priorités en santé sont variables selon les différents pays considérés ; il est possible que cet échantillonnage nous ait privé de certains concepts et rendent plus délicat l'extrapolation des résultats aux régions sous-représentées. Il apparaît aussi une sous-représentation des spécialistes médicaux et candidats spécialistes, même s'il semble que parmi le nombre important d'enseignants, l'implication des médecins spécialistes devrait faire l'objet d'une attention particulière pour la suite de l'implantation de démarches de RS. L'enquête montre en outre une méconnaissance ainsi qu'un manque de sensibilisation initiale au sujet, qui reste flou et trop théorique pour de nombreuses personnes. Le taux de participation décroissant en cours de questionnaire, au vu de sa longueur, peut aussi engendrer un biais d'échantillonnage, les participants les plus aptes à répondre étant celles et ceux potentiellement déjà impliqués dans des expériences de RS.

Conclusion

Nous avons mis en évidence de nombreuses actions entreprises ou à entreprendre dans le cadre de la RS des facultés de médecine francophones. Dans le cadre de notre étude, l'analyse qualitative complète le volet quantitatif. Le nombre de répondants et la richesse des réponses confirment l'intérêt et l'avancée des concepts de RS dans les facultés. Notre étude révèle une confusion entre la RS et la santé publique et/ou la médecine générale, et montre ainsi la nécessité d'une pédagogie des concepts pour les prochaines phases du projet. Malgré cette confusion, l'attention aux besoins prioritaires de santé des populations, ainsi que la vision globale et sociétale de la santé ressortent clairement des réponses et illustrent le fait que, si les principes et axes de la RS ne sont pas clairement compris, la vision sociétale a évolué et que l'axe 1 du Consensus mondial, centré sur l'anticipation des besoins en santé de la société, est devenue une priorité pour beaucoup de facultés [17].

Cette première étude qualitative concernant la RS des facultés de médecine en francophonie ouvre la voie à de nombreuses recherches, notamment sur l'importance de l'accréditation et de normes adaptées qui devraient s'appliquer dans les facultés. Un autre projet de recherche devrait concerner la mise en place de mesures, réformes et actions dans les systèmes de santé. L'importante participation confirme enfin l'intérêt et l'avancée des concepts de RS dans les facultés, et confirme donc la pertinence de poursuivre la recherche-action collaborative avec les différents acteurs du RIFRESS (Réseau international francophone de RS en santé) mis en place en 2018. Les efforts à venir devront être particulièrement attentifs à inclure toutes les régions et toutes les spécialités.

Contributions

Chacun des auteurs a contribué solidairement à la réalisation de l'étude, à l'analyse des résultats et à l'élaboration du contenu de l'article.

Approbation éthique

Non sollicitée.

Liens d'intérêts

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

Valorisation académique

Ce travail a été présenté en partie au 1^{er} Sommet mondial sur la responsabilité sociale, Hammamet (Tunisie), 8-12 avril 2017.

Remerciements

Nous remercions toutes les personnes des 20 facultés ayant participé à cette étude. Nous témoignons aussi notre reconnaissance aux membres du groupe de pilotage du projet francophone international de recherche-action sur la responsabilité sociale.

Nous remercions la Société internationale francophone d'éducation médicale (SIFEM) et la Conférence internationale des doyens et des facultés de médecine d'expression française (CIDMEF).

Références

1. Flexner A. Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910. New York (NY): Arno Press, 1972 (réimpression par facsimile).
2. Boelen C. A new paradigm for medical schools a century after Flexner's report. Bull World Health Org 2002; 80: 592-3
3. Boelen C, Gomès J, Ladner J, Pestiaux D, Nawar T. Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine. Contribution collective de la conférence pour le Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine. Pédagogie Médicale 2011; 12: 37-48.
4. Ladner J, Maherzi A, Poitevien G, Pestiaux D, Grand'Maison P, Gomes J, *et al.* Responsabilité sociale des facultés de médecine francophones : organisation, résultats et leçons apprises du projet de recherche-action international des facultés de médecine francophones. Pédagogie Médicale 2015;16:189-200.
5. Grand'Maison P, Ladner J, Maherzi A, Poitevien G, Poitras J, Duplain R, *et al.* Facultés de médecine francophones et responsabilité sociale : approche stratégique 2015-2020. Pédagogie Médicale 2015;16:175-82.
6. 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.
7. Woollard R. Caring for a common future: medical schools' social accountability. Med Educ 2006;40:301-13.
8. Murdoch-Eaton D, Green A. The contribution and challenges of electives in the development of social accountability in medical students. Med Teach 2011;33:643-8.
9. Rat C, Le Mauff P, Van Wassenhove L, Goronflot L, Lacaille-Urien J, Senand R. Diplôme d'études spécialisées de médecine générale. La validation des premiers internes à Nantes. Exercer 2008;81:45-8.

10. Aubrion A, Goncalves P, Kowalski V, Reichling A, Mansour V. Facteurs influençant le choix de la spécialité de médecine générale par les étudiants en médecine. *Pédagogie Médicale* 2016;17:173-87.
11. Sanche G, Authier L, Beïque C, Duplain R. Le nouveau programme de résidence de médecine familiale de l'université de Montréal: des intentions aux premiers pas de l'évaluation. *Pédagogie Médicale* 2010;10:267-79.
12. Rodrigues H, Cobucci R, Oliveira A, Cabral JV, Medeiros L, Gurgel K, *et al.* Burnout syndrome among medical residents: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2018;13:e0206840
13. Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Mercier AM, Muriel G, Ghadiri S, Boucher A. Le patient partenaire de soins : un atout pour le médecin. *Le Point en administration de la santé et des services sociaux* 2011;7:6-11
14. Bosurgi R, Horton R. Planetary Health : a new journal for a new discipline-a call for papers. *Lancet* 2017; 389:139.
15. Das P, Horton R. Pollution, health and the planet: time for decisive action. *Lancet* 2017;391:407-8.
16. Reeve C, Woolley T, Ross SJ, Mohammadi L, Servando Halili SB, Cristobal F, *et al.* The impact of socially-accountable health professional education: a systematic review of the literature. *Med Teach* 2017;39:67-73.
17. Boelen C. Coordinating medical education and health care systems: the power of the social accountability approach. *Med Educ* 2018 52: 96-102

Citation de l'article : Pierre N., Offermans A.-M., Huberland V., Roland M., Pestiaux D., Ladner J. Actions conduites et souhaitées pour la responsabilité sociale dans les facultés de médecine : une étude multicentrique internationale dans 20 facultés de médecine francophones. *Pédagogie Médicale* 2019;20:69-78