

## La responsabilité sociale en santé : évolution d'un concept. De l'implication individuelle aux enjeux de développement durable

*Social accountability in health: evolution of a concept. From individual involvement to the challenges of sustainable development*

Marie CAULI<sup>1,\*</sup>, Dominique PESTIAUX<sup>2</sup>, Jean-François DENEFF<sup>3</sup>, et Bernard MILLETTE<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Université d'Artois, Arras, France

<sup>2</sup> Centre académique de médecine générale, Université catholique de Louvain, Bruxelles, Belgique

<sup>3</sup> Université catholique de Louvain, Bruxelles, Belgique

<sup>4</sup> Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Montréal, Montréal, Canada

Manuscrit reçu le 3 mai 2020 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 7 octobre 2020 et le 6 janvier 2021 ; accepté pour publication le 8 janvier 2021

**Résumé – Contexte et problématique :** Le concept de responsabilité sociale en santé (RSS) prend une importance majeure au moment où les systèmes de santé, comme la société en général, vivent un bouleversement inédit sous l'effet d'une pandémie qui remet au centre de nos préoccupations un nécessaire changement de paradigme. **Objectif :** Cet article offre une courte rétrospective de ce concept en repartant de l'origine et de l'évolution du concept de RS dans l'entreprise, et réinterroge sous l'éclairage des sciences humaines (philosophie, anthropologie, sociologie) la notion de la responsabilité en tant que telle, mais aussi au sein de l'exercice professionnel en santé. **Exégèse :** Comment intégrer les préoccupations sociales et environnementales dans la pratique médicale au quotidien sans accabler le professionnel de santé du poids d'une responsabilité déjà prégnante ? Plusieurs hypothèses conditionnent ce processus, parmi lesquelles l'instauration d'une pensée systémique, qui rend seule possible une action transformative, un engagement porté sur les valeurs, une co-gestion de l'ensemble des acteurs de santé avec les parties prenantes. Ces hypothèses dessinent les contours d'une définition élargie de la RSS.

### Mots clés :

responsabilité sociale en santé, professionnels de santé, développement durable, concepts et valeurs en santé

**Abstract. Context and background:** The concept of social accountability in health (SAH) is emerging as a major challenge, at the moment when the health systems are more than ever in difficulty and when society as a whole encounters new events linked to a pandemic that forces our main preoccupations towards a necessary paradigm shift. **Objective:** This paper offers a brief retrospective of the notion of accountability, from that of social responsibility in entrepreneurship, under the light of the human sciences (philosophy, anthropology, sociology) and discuss how the concept concerns the core of the professional exercise in health. **Analysis:** How can the social and environmental preoccupations be integrated in the daily medical practice without overloading the already overburden of the health professionals? Several hypotheses are conditioning this process: one of which is the introduction of a systemic thought, making possible a transformative action, a commitment around the values, a co-management with all the professionals and the involved stakeholders. This hypothesis draws the contours of a broadened definition of the SAH, including all actors of health and correlated activities.

**Keywords:** social accountability in health, health professionals, sustainable development, concepts and values in health

\*Correspondance et offprints : Marie CAULI, 23, rue de Tournai, 59000 Lille, France. Mailto: [mariecauli@gmail.com](mailto:mariecauli@gmail.com).

« L'esprit formé par les disciplines perd son aptitude naturelle à conceptualiser les savoirs, ainsi qu'à les intégrer dans leurs ensembles naturels. L'affaiblissement de la perception du global conduit à l'affaiblissement de la responsabilité (chacun tend à n'être responsable que de sa tâche spécialisée), ainsi qu'à l'affaiblissement de la solidarité (chacun ne ressent plus son lien avec ses concitoyens). » Edgard Morin [1].

## Introduction

Le concept de responsabilité sociale (RS) n'est pas nouveau, mais il a pris depuis ces dernières années une importance grandissante dans un contexte sociétal qui évolue rapidement, particulièrement dans le milieu socioprofessionnel de la santé. L'impact de l'homme sur l'environnement a des conséquences significatives sur la santé et le bien-être des individus confrontés à des problèmes de plus en plus nombreux et particulièrement marqués dans les populations fragilisées ou socialement défavorisées. Si Alexander Leaf fonda en 1961 « *Physicians for Social Responsibility* » [2], son action fut concentrée d'abord sur les risques nucléaires pour ensuite dénoncer les risques majeurs liés aux changements climatiques et environnementaux. Par ailleurs, la RS a pu devenir une valeur importante dans d'autres domaines, dont le milieu de l'entreprise ; elle n'est donc pas neuve, mais l'urgence actuelle liée à la pandémie justifie une attention particulière à ce concept, sa traduction dans les faits et son ajustement nécessaire face aux enjeux sociétaux d'aujourd'hui.

L'anthropocène a sur la planète des conséquences nombreuses et bien documentées. Dans le domaine de la santé, Meyers [3] souligne que la malnutrition, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles, les déplacements et conflits, les problèmes de santé mentale vont augmenter de manière significative. Les problématiques environnementales seraient responsables de neuf millions de morts supplémentaires en 2015 (16 % de tous les décès) et 92 % de ces décès ont lieu dans des pays pauvres [4]. Après deux siècles de développement des connaissances et des techniques, vient le moment de questionner notre responsabilité commune pour le futur.

Dans cette perspective, l'objectif du présent article est de revisiter et discuter le concept de responsabilité sociale en santé (RSS), dans un contexte de globalisation et de complexification des problématiques qui rend indispensable, au vu de leur complexité, une pluralité d'approches disciplinaires.

## Définition et évolution du concept de responsabilité sociale

Dans le monde de l'entreprise, Michel Capron définit la responsabilité sociale de l'entreprise (RSE) comme « l'ensemble de discours, de pratiques, de controverses

et de dispositifs que mettent en œuvre non seulement les entreprises, mais aussi un grand nombre d'acteurs qui s'estiment concernés par les impacts des activités et des décisions des entreprises : pouvoirs publics, organisation de la société civile, syndicats de salariés, associations de consommateurs » [5].

Cette définition inclut l'idée de rendre compte « de l'imputabilité » des organismes, déplaçant ainsi l'injonction d'agir des individus vers la structure des entreprises. Par une série de mesures, ces entreprises doivent être en capacité de tendre vers des finalités sociales, ce que ne peuvent atteindre des personnes prises isolément ou l'État, dont on constate le désengagement ou l'impact limité. Ainsi, la crise structurelle des États laisse à penser qu'ils ne sont plus le cadre unique susceptible de répondre aux besoins et aux aspirations des populations. De ce fait, les activités des organismes ou de l'entreprise sont redirigées en vue d'accomplir la mission sociale qu'elles se confient. Ainsi une entreprise responsable devient celle qui est garante de cette mission.

## Les vagues ou âges de la responsabilité sociale en entreprise

Le mouvement de la RS dans le monde de l'entreprise n'a pas été statique. Michel Capron [5] distingue trois âges ou trois vagues de la RSE.

Un premier âge, destiné à mettre en avant des comportements vertueux face aux problèmes sociaux, est illustré historiquement dans le cadre des entreprises du début du XX<sup>e</sup> siècle, qui s'attachaient à prendre en charge le logement, la santé et l'éducation des ouvriers, et ce dans le cadre d'une vision paternaliste ayant pour but d'assurer le développement économique de l'entreprise. Cette vision part du principe que toute amélioration de la condition ouvrière favorise le développement et le bon fonctionnement de l'entreprise.

Une deuxième vague intègre la RS au cœur des métiers, traduisant les exigences de justice sociale. Elle correspond à une approche stratégique et utilitariste selon laquelle la rentabilité de l'entreprise pourra être maximisée par le bien-être social des employés. En étant à l'écoute des attentes des parties prenantes et en étant apte à y répondre, elle améliore son image de marque. L'exemple le plus connu est l'assurance de ne pas embaucher des enfants, poursuivant l'objectif parallèle de se forger une image de marque de RS et mieux faire face à la concurrence.

À partir de 1992, à la conférence des Nations Unies de Rio, les notions de responsabilité sociale et de développement durable vont se rejoindre. Le concept de développement durable comprend, pour le futur de notre planète, 17 objectifs essentiels qui ont un impact majeur sur la santé et les conditions de vie de nos contemporains [6]. Ce concept reconnaît les initiatives d'entreprises pionnières et amorce la diffusion de discours et d'outils d'évaluation relatifs à la protection de l'environnement par les entreprises. Cette étape amorce une troisième vague qui correspond, selon Michel Capron, à une double opération de deuil d'une

solution philanthropique et d'une solution par le marché, pour se réclamer, face à une planète en péril, d'une solution hybride, entre engagements personnels, tendances du marché, pactes internationaux et pressions des organisations non gouvernementales. Car il s'agit désormais de réguler non seulement l'entreprise ou son mode de management, mais de faire advenir un monde juste et viable écologiquement et socialement.

### La responsabilité sociale dans le domaine de la santé

Cette rapide rétrospective sur la RSE éclaire son élargissement à d'autres domaines, dont celui de la santé. La RSS, plus récente, reste encore méconnue et a concerné jusqu'à présent principalement les facultés de médecine, mais elle vise plus largement l'ensemble des acteurs du système de santé. Si un consensus humaniste domine sur les finalités sociales en santé, les manières de la concevoir et les moyens d'y parvenir sont sujets à différentes influences. La première est marquée par la culture anglo-saxonne et managériale, la seconde, plus latino-francophone, est plus sensible aux risques collectifs et au rôle prédominant de l'État; enfin s'ajoute une approche contextualisée, en émergence, issue de pays intermédiaires ou à ressources limitées. C'est pourquoi, dans le domaine de l'entreprise comme dans celui de la santé, la RS ne peut pas se réclamer de contours bien délimités et de lignes théoriques définitives. Au cœur du débat : la responsabilité, une responsabilité inédite face aux défis écologiques, technologiques et sociaux, dont la santé, et qui ne peut être pensée comme un domaine à part.

### Approche philosophique du concept de responsabilité

La notion de responsabilité, théorisée dans l'histoire de la philosophie, met la conduite de la vie et de l'action au centre des questionnements qui se réactivent périodiquement lors d'événements et d'émotions collectives qui interpellent la société. En France, par exemple, le scandale du sang contaminé a laissé en mémoire le « responsable, mais pas coupable » et a contribué à réinterroger le fait que les gens ne pouvaient être jugés que si leur délit était avéré. Aussi, entre la fuite et l'hyperresponsabilité, entre « je n'ai pas voulu cela » malgré les conséquences et « je suis responsable de tout » qui oblitère les contingences, la philosophie a tenté, à la faveur de son histoire, de mieux préciser les contours et les limites de cette notion.

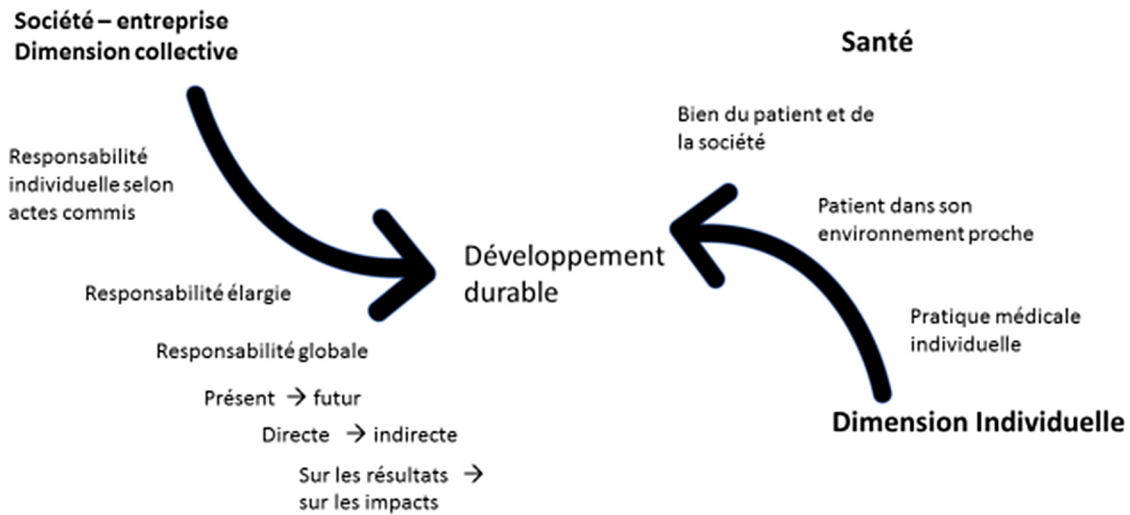
À l'origine, la responsabilité se définit comme le fait d'« être garant de ». Ménessier [7] souligne que, pour Nietzsche, on ne naît pas responsable mais on le devient parce que l'on a été formé à tenir ses promesses. Une personne responsable est donc une personne qui ne se déroge pas, qui assume les conséquences d'une faute qu'elle a pu commettre et qui s'est approprié cette capacité reconnue par les autres : « Je fais une promesse et je vous garantis de la tenir, j'en fais part d'ailleurs aux autres. ». Sur le plan social, ce processus aboutit à la possibilité de

former des gens capables de susciter de la confiance. Sur le plan juridique, la responsabilité renvoie à l'obligation de réparer un dommage commis suite à une faute et de recevoir la sanction qui s'impose en retour. Ainsi, le sujet accepte les conséquences de ses actes et l'obligation de réparer les dommages causés, processus traduit par le terme « d'imputation » qui indique, dans le langage courant, le fait de « mettre une action sur le dos de quelqu'un » et qui a suscité par ricochet une autre idée, celle de la liberté. Ce lien, développé chez Kant, tel que le rappelle Prairat [8], suppose la liberté du sujet, sa volonté, son libre arbitre, conditions d'une action véritablement autonome et non entravée par des déterminants religieux, psychologiques, sociaux, etc.

Pour prendre un exemple, cette condition de liberté ressort particulièrement dans la tragédie grecque. Dans quelle mesure l'homme (tel Edipe) est-il responsable de ses actions alors que ce sont les dieux qui déterminent son destin (Apollon) ? Cet exemple qui a valeur de matrice montre que dans toute action, il y a du volontaire et de l'involontaire. Quand nous agissons, il y a des choses que nous avons voulues et d'autres qui nous dépassent. D'un côté, les intentions, le but à atteindre et le projet, de l'autre, un passage à l'acte et des conséquences non voulues ou opposées à nos souhaits. Ainsi toute la question du philosophe est d'apprécier jusqu'où nous pouvons nous imputer les conséquences de nos actions alors que nous sommes exposés à des déterminants extérieurs sur lesquels nous n'avons souvent que peu de prises, tels les modèles théologiques, les influences psychologiques de notre inconscient, les politiques des États, etc.

Mais aujourd'hui la question se complique car la responsabilité s'évalue non seulement selon les dommages que l'on cause actuellement, mais surtout selon ceux que l'on pourrait causer dans l'avenir, affectant ainsi les générations futures. Le philosophe Hans Jonas [9] montre que, face à la technique, dotée d'un pouvoir exponentiel et cumulatif, la nature subit des effets irréversibles compromettant l'existence même du vivant ou l'habitabilité de notre planète. Selon cet auteur, nous ne pouvons pas rester impassibles et minimiser les coûts et dommages collatéraux face aux bénéfices attendus des progrès et de l'optimisation économique, juridique, sociale. L'humanité entière doit se mobiliser pour préserver les générations futures. Cette version nouvelle de la responsabilité fait émerger une injonction d'agir. Une personne responsable sera désormais une personne qui, non seulement est pourvue de bonnes intentions, mais qui, aussi, agit avec prudence, se mobilise, applique un système de précaution et ne se dérogera pas devant l'imprévisible. Elle doit en plus maîtriser son propre pouvoir et prouver que les effets de ses actions sont acceptables. Ainsi, la responsabilité des personnes se détermine par les effets de ce qu'elles entreprennent (les résultats), mais aussi de ceux qui en découlent (les impacts). De plus, même si elles ne sont pas responsables individuellement d'une situation spécifique, elles demeurent responsables collectivement du système en place et des routines de masse.

## Les dimensions collective et individuelle de la responsabilité sociale



**Fig. 1.** Les dimensions collective et individuelle de la responsabilité sociale. Au cours du temps, la responsabilité, aussi bien dans l'entreprise que dans le domaine de la santé, a acquis une dimension sociale plus large, passant du niveau individuel et présent aux préoccupations du ou des patients dans un environnement plus large, actuel et futur.

Ce raisonnement se retrouve aussi chez Paul Ricoeur [10] qui parle de « mission confiée ». Cette dernière établit une différence entre l'imputation « qui a fait quoi » tournée vers le passé et la mission confiée « que faut-il faire » tournée vers l'avenir. D'autres développements produits par Emmanuel Levinas, Amartya Sen, Hanna Arendt, etc., apportent des éclairages complémentaires à ces théories fondatrices. Sans entrer dans leur description, soulignons qu'ils font ressortir un modèle dominant d'une responsabilité pensée au singulier, qui tend à gommer le versant collectif. C'est pourquoi Génard [11,12] nous invite à changer de perspective et à considérer que la personne est avant tout membre d'un groupe qui la dépasse. En tant que personne faisant partie d'une société, sa responsabilité se mobilise en interaction avec un cadre de référence plus large, social, politique et économique, soulignant l'impact potentiel de sa participation sur le collectif. Par ailleurs, il précise quelle est la nature de la responsabilité. Ainsi, selon cet auteur, les multiples appels à la responsabilisation sont à mettre en rapport avec les transformations du politique parce qu'elles agissent sur les conditions permettant d'exercer sa responsabilité en accordant et garantissant ou non les libertés.

Cette remise en perspective philosophique est instructive, car elle montre l'évolution incessante des définitions de la responsabilité, définitions qui ne cessent de s'affiner, les seuils de tolérance se déplaçant. En matière de santé, ces définitions exhortent à une sagesse pratique et à une nouvelle éthique planétaire qui tourne autour de la prise de conscience d'une responsabilité prospective en direction des êtres vulnérables, y compris dans leurs relations avec l'environnement. Cette imputation « à large

spectre » nous oblige à intégrer les phénomènes globaux systémiques concernant le développement durable et leurs corollaires que sont la justice, la dignité et la réponse aux besoins des plus démunis, soit la question de la santé des populations à qui il convient d'apporter la plus grande priorité. Cet héritage présente l'intérêt de remettre au premier plan, dans l'espace flottant de la responsabilité, les niveaux et les échelles de responsabilités et notamment la dialectique entre l'individuel et le collectif, entre la responsabilité de l'individu et celle de l'État ou des États, mais aussi les déterminants qui en conditionnent le processus. Il réaffirme le fait que chaque acteur a un pouvoir d'agir (économique, médical, médiatique, etc.) qu'il partage avec les autres humains et dont les impacts collectifs et systémiques permettent de lutter contre les dommages et le risque de « mort globale ». Il remet à l'ordre du jour la responsabilité collective, non pas celle qui conduit à l'irresponsabilité, mais celle qui produit du collectif.

Ainsi, ce panorama offre un arrière-plan susceptible d'être transféré dans le champ de la santé, notamment face au contexte de la pandémie planétaire Covid-19 qui nous laisse sidérés et nous somme d'agir. Face à ces défis, il nous invite à une responsabilité systémique et transformative qui implique une collaboration étroite à tous les échelons de la société avec les différents acteurs impliqués, ceci à tous les niveaux de l'organisation sociale (Fig. 1). Chacun doit assumer sa propre tâche, s'organiser et se diriger en repensant son rôle dans un tout complexe, tout en se responsabilisant sur les impacts de ses actions et en produisant en commun les résultats souhaitables attendus.

**Tableau I.** Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des partenariats pour la responsabilité sociale en santé.

---

**Structures lourdes**

- Inertie d'un système principalement hospitalo-centré
- Systèmes sanitaires, d'enseignement, de financement

**Pluralité des acteurs**

- Cultures professionnelles étanches
- Pluralité des impacts
- Aspects implicites
- Rapports de force

**Intelligence aveugle > < fatalisme**

- Pensée parcellaire, hyper-spécialité
- 

## Responsabilité sociale en santé : des concepts théoriques aux applications sur le terrain

### Des dilemmes et des obstacles

Toutefois, si une telle vision de la RSS est noble, elle risque de rester un pari incantatoire en demeurant déconnectée d'orientations pragmatiques. En effet, sa mise en œuvre rencontre bien des dilemmes à résoudre et des obstacles à surmonter (Tab. I).

Le premier obstacle concerne la lourdeur des structures impliquées en santé

Les structures lourdes sont des éléments de nature diversifiée, qu'elles soient matérielles, organisationnelles ou culturelles, et dont la création, l'adaptation, la transformation ne sont réalisables que sur un temps long. Elles sont très difficiles à modifier. Comme exemples de structure lourde dans le domaine de la santé, on peut citer les systèmes sanitaires et d'enseignement, l'organisation de la recherche, les structures financières, l'organisation de l'hôpital. Généralement, chaque structure lourde implique une pluralité d'acteurs dont les impacts deviennent implicites et qui sont représentés comme des « données naturelles ». Ces structures constituent des forces dominantes sous l'influence desquelles les acteurs sont réduits à intervenir avec une marge de manœuvre ainsi limitée. Par exemple, si l'on transfère ces éléments à la situation actuelle provoquée par la pandémie Covid-19, la capacité d'accueil des hôpitaux, le nombre de respirateurs, le manque de personnel soignant déterminent la riposte à l'épidémie et met en lumière les dysfonctionnements structurels. Chacun s'aperçoit que les solutions techniques à court terme n'ont que peu d'impact. Mais agir sur les structures lourdes est très difficile techniquement et politiquement, car il s'agit de saisir les réseaux d'interdépendance dans toute leur étendue, de prendre des décisions où ces liens d'interdépendance doivent être transformés en liens de coresponsabilité et de solidarité. Cette volonté signifie nécessairement une tâche longue et semée d'embûches dans les domaines politique, économique, social et culturel.

Le second obstacle dénonce l'intelligence aveugle et le fatalisme

C'est sans conteste Edgar Morin qui a le plus clairement souligné l'enfermement hyper-spécialisé de l'organisation scientifique et les effets néfastes qu'il provoque : « le progrès admirable des connaissances s'accompagne d'une régression de la connaissance par la domination de la pensée parcellaire et compartimentée au détriment de toute vision d'ensemble » [13]. Selon lui, l'intelligence aveugle est très performante sur des objets précis et complètement myope sur le reste, c'est-à-dire sur le monde lui-même dans sa complexité. La connaissance ponctuelle est justifiée par son gain de performance, non pas par son rapport au progrès humain abandonné aux citoyens, aux non-scientifiques qui disqualifiés ne s'occupent que des questions générales subjectives. Cet apriori a des conséquences, car il entraîne une double impossibilité : impossibilité de connaître et impossibilité de se responsabiliser. Ces constats impliquent le traitement des carences théoriques qui entourent l'exigence de responsabilité globale et la nécessité de dépasser la pensée simplificatrice. C'est dire d'une autre façon que les problèmes ne peuvent se réduire en une chaîne de questions simples qui trouveraient des solutions correspondantes et que penser la RS comme une responsabilité inédite suppose de favoriser des interrogations globales.

### Un enjeu majeur : la médecine algorithmique

Parmi ces interrogations, le rythme rapide de diffusion du numérique au sein du système de santé est un fait majeur, irréversible. Des mutations profondes sont déjà en cours et vont s'accroître dans les métiers, les rôles, les fonctions, les responsabilités des acteurs du système de santé. Elles peuvent induire des effets potentiellement importants au regard des inégalités de santé, d'une minoration de la prise en compte des situations individuelles, de la délégation de la prise de décision. Tous ces effets doivent faire l'objet de modalités d'anticipation et d'accompagnement car, face à la médecine algorithmique, il faudra inventer des métiers de santé à haute valeur humaine ajoutée et préparer les individus à ce qu'ils puissent les exercer. Ces enjeux qui ne sont pas des sujets annexes sont au contraire parties prenantes de la RSS. Ils imposent, dans un contexte où la question de l'information et de la formation sont capitales, d'investir dans des programmes de recherche et de repenser plus largement les outils de formation initiale et continue.

### Un autre enjeu majeur : la prise en compte de la dimension environnementale

La RSS doit intégrer la dimension environnementale associée au développement durable. Rappelons qu'un quart à un tiers des maladies ont une cause environnementale, que les facteurs environnementaux ont des impacts directs ou indirects, variables, en degré et en intensité, selon les contextes, sur la santé en termes

d'aggravation ou de prévention [4]. L'état de bien-être physique, social et mental est principalement revendiqué dans les pays riches, alors que les pays à moindres ressources réclament avant tout un état de non-maladie. Le développement durable se réclame « d'un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures de répondre aux leurs » [7]. Réconcilier protection de l'environnement, santé et développement, rechercher des convergences au plus près du terrain devraient permettre l'intégration nécessaire de cette valeur nouvelle dans la culture de tous les professionnels de santé.

Face à ces enjeux globaux, se pencher sur l'ensemble des valeurs susceptibles de construire la RSS est d'autant plus important qu'elles orientent les actions et guident les comportements. Comme l'évoque Métayer [14], « le sujet humain ne peut se tenir responsable qu'à condition d'être attaché à quelque chose qui revêt une valeur à ses yeux et aux yeux d'autrui. L'enfant apprend tout naturellement à devenir responsable à mesure que son environnement culturel l'ouvre à un monde de valeurs et qu'il développe des attachements à des personnes et à des biens ». Ainsi la responsabilité s'apprend et est en relation avec les valeurs. Par exemple, dans le champ de la santé, les valeurs d'intégrité, de sollicitude et de bien-être collectif participent conjointement à la construction d'un univers moral susceptible d'influencer nos actions. Dans cette perspective, le champ de la RSS ne part pas de rien, Boelen et Heck [15] ayant déjà identifié quatre valeurs essentielles pour des soins de santé socialement responsables : la pertinence, la qualité, l'efficacité et l'équité. Ces valeurs qui ciblent surtout les institutions de formation et les structures de services doivent dépasser le niveau déclaratif et être assorties de principes phares.

### **Le métier de soin n'est pas un métier comme les autres**

En effet, la médecine et les professions de santé sont intrinsèquement sociales dans leur dimension de soins et leur besoin structurel de s'occuper d'autrui. Ceci implique des qualités particulières (relation empathique, compassion, respect, engagement, accompagnement...) [16]. Cet « ADN » du soin, parfois dépassé par la dimension technico-scientifique, a resurgi lors de situations de crise comme par exemple la pandémie qui nous atteint. Le dévouement des professionnels de santé, les risques qu'ils prennent, l'intérêt collectif qu'ils manifestent aujourd'hui montrent le potentiel latent qui doit se mobiliser non pas transitoirement, mais dans la durée.

Dans les faits, il s'agit de promouvoir une pratique clinique basée sur les valeurs [17], c'est-à-dire d'intégrer celles du patient et du soignant dans une approche narrative, intégrative et personnalisée, qui est susceptible de contrebalancer une conduite rigide et déshumanisée. Cela suppose, tout d'abord, que le professionnel de santé se saisisse de l'histoire de vie du patient, crée un climat de confiance qui permette de mieux appréhender son environnement. Cela implique ensuite qu'il prenne des

décisions qui excèdent la fonction curative en s'ouvrant à une responsabilité sensible aux déterminants de santé et aux conséquences sociales. De même, cela nécessite d'intégrer tous les aspects liés à la souffrance du patient en reconnaissant qu'une réponse ne sera possible que dans le cadre d'une organisation structurée et d'un partenariat avec les autres soignants, fondé sur l'entente et s'obligeant réciproquement. Enfin, c'est accepter de se remettre en question et s'assurer d'un développement professionnel continu répondant aux évolutions sociétales.

Tous les médecins, généralistes ou spécialistes, sont particulièrement exposés à des situations où les déterminants sociaux ont un poids prépondérant et génèrent des problèmes de santé : maltraitance de mineurs et majeurs vulnérables, violences intrafamiliales, maintien à domicile d'une personne âgée, populations précarisées, dépendances, psychopathologies, etc. Face aux dysfonctionnements, à l'absence de symétrie dans la relation, aux carences dans la qualité des soins, le médecin peut travailler, grâce à son expertise clinique, à ce que les droits du patient soient respectés et, de plus, il peut mettre l'accent sur les actions de prévention et de dépistage. Il peut prodiguer des conseils et faciliter l'*empowerment* et, par la continuité et le suivi, s'assurer des impacts positifs de sa pratique en lien avec des questions nouvelles liées à des évolutions sociétales rapides. Mettre en œuvre une telle démarche ne relève pas seulement de la raison thérapeutique stricte, basée sur les données probantes [18], mais permettra aussi de se focaliser davantage sur les valeurs partagées du soignant et du patient. Une telle approche s'est développée dans le monde anglo-saxon par l'association « *Beyond Flexner* » [19] et par la médecine basée sur les valeurs [17].

On peut ainsi se reporter au [tableau II](#) qui illustre les niveaux de la responsabilité dévolue au praticien, liés à la fonction qu'il assume en tant qu'individu et/ou citoyen. Complété par la [figure 2](#), il souligne la distinction entre la déontologie, l'éthique et la dimension sociale et environnementale de la responsabilité. Cette échelle a pour objectif de cerner ce que peut être ou n'est pas la RSS.

## **Le rôle fondamental de la formation dans l'acquisition et la mise en œuvre de la responsabilité sociale en santé**

### **Des enjeux éducationnels émergents**

La formation à la RSS suppose en premier l'identification des compétences (valeurs, attitudes, capacités) à acquérir par tout professionnel de la santé socialement responsable. Dans un récent article, Millette *et al.* ont abordé différentes manifestations potentielles de ce professionnel [20]. Par ailleurs, un groupe de travail du réseau international francophone pour la responsabilité sociale en santé (RIFRESS) réfléchit à cet enjeu [21].

Actuellement, différents éléments de type cognitif en lien avec la RSS sont déjà inclus dans la formation initiale des professionnels de santé : médecine sociale, santé publique, éthique, déontologie, sciences humaines, ...

**Tableau II.** Niveaux de la responsabilité sociale en santé.

J'agis en tant que :	Niveaux d'implication	Niveaux d'action	Niveaux de responsabilité	Niveaux de responsabilité et développement durable
Professionnel de santé à titre individuel	Juridique, légal et déontologique	J'assume mes actes dans ma sphère	La RS n'est pas une priorité, je tourne le dos aux problèmes sociaux L'approche scientifique est seule valable	La RS n'est pas une priorité, je tourne le dos aux problèmes environnementaux La santé de mon patient est ma seule priorité
Soignant et membre d'une communauté voulant promouvoir des valeurs morales	Morale Éthique	Je me soucie d'autrui	Altruisme, mais pouvoir limité	Je me soucie de la planète, mais j'ai un pouvoir limité
Soignant et citoyen du monde	Conscience citoyenne, pensée systémique	Je ne peux m'exclure des problèmes généraux, responsabilité globale	Engagement volontaire dans les problématiques de santé et visant une action transformative	Engagement volontaire sur la large sphère du social et de l'environnemental, visant une action transformative

RS : responsabilité sociale.



**Fig. 2.** Échelle et champs de la responsabilité sociale. Le droit et la déontologie sont des champs de la responsabilité sociale en santé (RSS) au niveau individuel, circonscrits à l'activité professionnelle et immédiate : la loi oblige le soignant à assumer les actes intentionnels dont il est responsable dans sa sphère d'activité. La déontologie lui sert de guide réflexif en formalisant les obligations légales et professionnelles, énumère ce qui relève de sa compétence professionnelle ou non, afin de répondre au jugement d'imputabilité. L'éthique, issue de réflexions philosophiques sur le sens de l'existence, le bien, le juste, etc. alimente les principes et les convictions morales du praticien et peut guider sa conduite. Elle est aussi une « morale » appliquée qui aide à la décision dans des situations médicales délicates où le cadre normatif relatif aux droits et aux devoirs des acteurs de santé est défaillant ou inexistant. Elle vise l'adéquation aux recommandations déontologiques, mais aussi la prise en compte des valeurs et attentes des patients ainsi que des conséquences morales vraisemblables des intentions et la possibilité, au cas par cas, d'effets isolés ou imprévus. Elle a pour but de mettre le patient, son histoire et ses particularités cliniques au centre du processus de soins. Enfin, comme illustré abondamment dans cet article, la RSS ne concerne pas que l'aujourd'hui et le patient dans son milieu et ses valeurs, mais implique l'environnement présent et futur, ainsi que les conséquences à long terme de toute activité professionnelle : le développement durable. RSS : responsabilité sociale en santé.

Ces items sont souvent insérés sans perspective curriculaire globale et d'une façon ni coordonnée, ni intégrée. Ils sont proposés dans des enseignements théoriques souvent magistraux et donc perçus par les étudiants comme de purs savoirs. Cela ne suffit pas si l'on veut modifier en profondeur les compétences de base attendues et, en particulier, celles du niveau d'un savoir-être (ouverture aux autres, approche globale du patient et sens critique des futurs soignants) et d'un savoir penser. Il convient de donner aux étudiants des moyens d'intégrer les valeurs et aussi les comportements. À ce titre, l'exemple donné par les institutions de soin et par les enseignants et professionnels rencontrés par les étudiants au cours de leur formation sur les lieux de stage joue un rôle primordial dans cette expérience, ce qui leur permet de vivre des situations riches de sens. C'est ce qu'on appelle dans la littérature le « curriculum caché » [22], un levier important de l'apprentissage du professionnalisme. Il ne s'agit pas seulement d'ajouter des cours nouveaux ou des savoirs théoriques, mais aussi et surtout de permettre à l'étudiant d'expérimenter des situations, des questionnements et des interventions (au sens de vivre l'expérience), en lien direct avec la RSS. Il faut ainsi favoriser l'intégration de la pertinence d'un agir socialement responsable à son identité de professionnel de la santé.

Plusieurs auteurs mentionnent aussi l'importance de la capacité pour tout professionnel d'être un acteur primordial du changement social [23]. Frenk *et al.* [24] évoquent à ce sujet la nécessité d'un enseignement transformatif dont l'objectif est d'atteindre des compétences de leadership, visant à former ainsi des agents de changement.

Aujourd'hui, l'approche technico-scientifique s'est imposée dans le domaine de la médecine, laissant parfois de côté, voire souvent, les valeurs humanistes et altruistes que beaucoup d'étudiants revendiquent pour expliquer le choix de ce métier. Ainsi, des enquêtes menées auprès des étudiants en médecine autour des représentations du métier nous font comprendre comment le parcours universitaire, la formation et son contenu tendent à éloigner le professionnel de santé de l'autre, du patient en tant que personne, des questions sociales, et ce bien que des efforts importants soient faits dans ce domaine [25]. De plus, la sélection à l'entrée et le parcours compétitif des études conduisent souvent à un état d'esprit, des mécanismes, des réflexes qui peuvent aller à l'encontre de cet idéal humaniste.

### **Quelques exemples de différents dispositifs pouvant favoriser la formation à la responsabilité sociale en santé**

- Planifier la formation à la RSS dans le cadre d'un cursus longitudinal et intégré tout au long des études initiales et avancées, ce qui implique de définir le profil générique d'un professionnel de santé socialement responsable.
- Offrir des modèles de rôle d'un agir socialement responsable. En effet, étant donné que l'intégration à l'identité professionnelle des valeurs qui sont associées à la RSS est probablement le facteur le plus favorable, il

devient essentiel que les étudiants et praticiens en formation aient la possibilité de s'inspirer des exemples qu'ils rencontrent dans les milieux où ils étudient et réalisent des stages.

- Rencontrer des patients dans différents environnements : aujourd'hui, dans de nombreuses facultés, les stages sont partiellement organisés hors de l'hôpital, ce qui permet à l'étudiant, par exemple, de rencontrer des patients issus de milieux variés et exposés à des difficultés sociales ayant un impact sur leur santé.
- Permettre aux futurs soignants de partager avec d'autres professionnels de santé ou sociaux des situations de patients en difficulté, préfigurant la future réalité de la collaboration interprofessionnelle.
- Développer de la part des enseignants et de leurs étudiants des attitudes et des réflexions favorisant une approche individuelle du patient et de son environnement de vie (social, économique, culturel, ...) ainsi qu'une analyse explicite des éléments de celui-ci qui sont impliqués dans ses troubles de la santé.
- Favoriser à partir de situations cliniques authentiques des réflexions et débats sur le rôle des uns et des autres, notamment des professionnels de santé eux-mêmes, sur le maintien de certains déterminants de santé expliquant les difficultés vécues par les patients, leurs familles et la communauté.
- Inclure dans l'évaluation des compétences à acquérir des éléments qui favorisent les capacités de discernement et d'action en lien avec la RSS.

### **Vers une définition de la RSS élargie plus adaptée à la réalité d'aujourd'hui**

Dans les faits, les pratiques professionnelles quittent souvent l'enceinte de la spécialité pour devenir des questions sociétales et c'est dans cet interstice, soustrait des compétences habituelles du praticien, qu'une série d'interrogations peuvent faire émerger la responsabilité sociale et environnementale et ouvrir des perspectives pour un nouveau cahier des charges. Quel est le projet de société que j'incarne dans ma manière de travailler ? L'accès aux soins est-il assuré ? Est-ce que je participe à la reproduction des inégalités ou au contraire à la résolution des injustices ? Quels sont les impacts de mes actions, particulièrement sur le développement durable ? Qui est affecté par les effets directs et indirects de mon action ? Quels sont les intérêts en jeu ? Qui peut m'aider dans ma volonté d'agir d'une manière plus responsable, équitable et soutenable ? Avec qui puis-je partager mes interrogations ?

Ces questions interpellent tant les médecins que l'ensemble des professionnels de santé. Le dictionnaire francophone de la responsabilité sociale en santé [26], récemment publié, comporte déjà beaucoup de définitions qui peuvent éclairer notre compréhension du concept de RSS. Par ailleurs en 2015, suite au congrès de la Société internationale francophone d'éducation médicale (SIFEM), un numéro spécial de la revue *Pédagogie Médicale* a été consacré au thème de la RSS [27].



C'est pourquoi, en réexaminant la notion de RSS, nous pourrions conclure qu'elle est une responsabilité différente des responsabilités individuelle et collective, décrites traditionnellement. En effet, elle apparaît comme la responsabilité de tout professionnel de santé en tant que cogestionnaire de la dimension sociale et environnementale de la santé. Elle ne se confond pas avec la déontologie, mais ne peut pas s'en dissocier ; elle ne se résume pas à l'éthique, mais elle l'intègre (Fig. 2). Nous proposons dès lors une définition plus large de la RSS :

« La RSS impose une approche complexe et globale. Elle implique une analyse des besoins et déterminants de santé des patients et des populations, une stratégie cohérente pour y répondre et la mesure des impacts résultant des actions menées. Elle nécessite une mobilisation effective des différents partenaires dans les domaines médicaux, scientifiques, sociaux, économiques, écologiques, éthiques et des droits humains. Elle vise des actions transformatives susceptibles d'engager l'ensemble des professionnels de santé, individuellement et comme groupes, dans une communauté de valeurs et en co-gestion avec les parties prenantes. »

## Conclusion

Devant la société du risque dont chacun peut être une victime potentielle, face aux maladies émergentes d'origine infectieuse ou environnementale, comme la pandémie de Covid-19 qui touche de plein fouet l'ensemble des habitants de la planète, face aux perturbations engendrées par l'action des humains dans un espace scientifico-technologico-industriel instable et des systèmes politiques désarmés ou menaçants, le temps est venu plus que jamais d'une responsabilité d'un autre type, prospective et transformatrice, qui concilierait les valeurs dans lesquelles la responsabilité sociale en santé peut prendre une place croissante. Elle exhorte le praticien à être un bon professionnel, mais aussi un acteur dans son territoire, un citoyen dans son État, un citoyen du monde (Tab. II).

Il pourrait aussi ne pas l'être. Dans ce cas, il se cantonnerait aux responsabilités professionnelles immédiates, tournerait le dos aux problèmes du monde et aux effets collatéraux. Mais il peut aussi s'impliquer davantage en intégrant dans ses évaluations et actions les problèmes sociaux et moraux les plus criants même si son engagement, sa sensibilité morale, son altruisme pourraient avoir des effets limités, car même multipliés en série, ils ne pourront, en effet, résoudre tous les problèmes systémiques.

Toutefois, devant les finalités sociales revendiquant un monde viable, une humanité hospitalière face à l'intolérable, seule la RS peut limiter l'esprit de capitulation. En effet, elle s'attaque à plusieurs négligences : celles des effets collatéraux de la mondialisation, celles des conséquences globales des actions locales et, sans doute, celles qui concernent l'absence de prise en compte des besoins multidimensionnels du patient. Entre l'utopie d'enrayer la misère du monde et la seule défense des intérêts confiés à sa

charge, la RS du soignant étend les frontières étroites de sa responsabilité individuelle pour que chacun prenne en charge un petit bout du monde, repère la source de pouvoir dont il dispose, les acteurs avec qui s'associer, créant ainsi du collectif. En ce sens, la RSS doit être envisagée du côté d'une pensée de la transformation. Cette responsabilité, singulière parce qu'individuelle, particulière parce que liée au métier du soin, universelle car elle contribue au développement durable, est un levier incitatif qui, associé à d'autres responsabilités du même type, devrait produire un effet multiplicateur vers un changement social concret.

## Contributions

Marie Cauli a proposé le thème de l'article et un premier devis, puis les quatre auteurs (Marie Cauli, Jean-François Deneff, Bernard Millette et Dominique Pestiaux) ont solidairement collaboré à l'écriture et révisé les versions successives et finale du manuscrit.

## Liens d'intérêts

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

## Approbation éthique

Non sollicitée car sans objet.

## Références

1. Morin E. Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur. Paris : Seuil, 2000.
2. Dunk JH, Jones DS. Sounding the alarm on climate change, 1989 and 2019. *N Engl J Med* 2020;382:205-7.
3. Meyers SS. Planetary health: protecting human health on a rapidly changing planet. *Lancet* 2017;390:2860-8.
4. Landrigan PJ, Fuller R, Acosta NJR, Adeyi O, Arnold R, Basu N *et al*. The Lancet commission on pollution and health. *Lancet* 2018;391:462-512
5. Capron M. Les trois âges de la RSE. *Alternatives économiques* 2009;Hors-série Poche n°41: 7-8.
6. Collectif. Objectifs du développement durable. New York : ONU – Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). 2018 [On-line] Disponible sur : <https://www.undp.org/content/undp/fr/home/librarypage/poverty-reduction/sustainable-development-goals-booklet.html>.
7. Ménissier T. Généalogie, critique de la responsabilité morale et constitution de la subjectivité selon Nietzsche. *Revue des sciences philosophiques et théologiques* 2010;94:671-89.
8. Prairat E. La responsabilité. *Le Télémaque* 2012;42:19-34.
9. Jonas H. Le principe de responsabilité : une éthique pour la civilisation technologique. Paris : Flammarion (Champs Essais), 2013.
10. Ricoeur P. Le concept de responsabilité : essai d'analyse sémantique. *Esprit* 1994;206:28-48.
11. Genard JL. Responsabilité et solidarité : État libéral, État providence, État réseaux. In : Soulet M-H (ed.). *La solidarité à l'ère de la globalisation*. Fribourg : Academic Press, 2007.

12. Genard JL. La grammaire de la Responsabilité. Paris : Les Éditions du Cerf, 1999.
13. Morin E. Pour une politique de civilisation. Paris : Arléa, 2002
14. Métayer M. Vers une pragmatique de la responsabilité morale. *Lien social et Politiques* 2001;46:19-30.
15. Boelen C, Heck J. Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine. Genève : Organisation mondiale de la santé (OMS), 1995.
16. Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y (eds.). *Teaching medical professionalism: supporting the development of a professional identity*. Cambridge (UK): Cambridge University Press, 2016.
17. Fulford KW, Peile E, Caroll H. *La clinique fondée sur les valeurs. De la science aux personnes (traduction française)*. Montrouge : Éditions Doin, 2017.
18. Colin R. Médecine basée sur les preuves et éducation médicale. *Pédagogie Médicale* 2001;2:69-70.
19. Beyond Flexner Alliance. *Social missions in health professions*. 2012 [On-line] Disponible sur : <https://beyondflexner.org/>.
20. Millette B, Cauli M, Merimi S, Pestiaux D. *Praticiens de terrain et responsabilité sociale en santé : enjeux et attentes*. *Pédagogie Médicale* 2019;20:187-94.
21. de Rouffignac S. *Adaptation de la formation. Définir un profil de compétences de professionnel de la santé pertinent aux principes de RS* Groupe de travail sur la formation à la RSS du RIFRESS. *Communication personnelle*, 2020 [On-line] Disponible sur : <https://rifress.org/projets/adaptation-de-la-formation/>.
22. Stern D, Papadakis M. The Developing Physician – Becoming a Professional. *N Engl J Med* 2006;355:1794-9.
23. Marie C. *Formation en santé et numérique éducatif*. Carnets francophones. Villeneuve-d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion, 2018.
24. 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.
25. Hardy-Dubernet A-C, Faure Y. *Le choix d'une vie... Étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue de l'examen classant national en 2005*. Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale et Ministère des solidarités, de la santé et de la famille (France). Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Document de travail, Série Études, n° 66, 2006. [On-line] Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud66.pdf>.
26. Cauli M, Boelen C, Ladner J, Millette B, Pestiaux D (eds.). *Dictionnaire francophone de la responsabilité sociale en santé*. Mont-Saint-Aignan : Presses universitaires de Rouen et du Havre, 2019
27. Collectif. *Numéro thématique : La responsabilité sociale des institutions de formations en santé*. *Pédagogie Médicale* 2015;16:163-200.

**Citation de l'article :** Cauli M, Pestiaux D, Deneff J-F, Millette B. La responsabilité sociale en santé : évolution d'un concept. De l'implication individuelle aux enjeux de développement durable. *Pédagogie Médicale* 2021;22;33-42