

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 23 octobre 2013 à Poitiers
par **Mademoiselle Vanessa Olariu**

**Responsabilité sociale de la faculté médecine de Poitiers : le ressenti des internes
de médecine générale.**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José Gomes Da Cunha

Membres : Monsieur le Professeur Michel Morichau-Beauchant
Madame le Professeur Christine Silvain
Monsieur le Docteur Jean-Louis Levesque

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pascal Parthenay

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 23 octobre 2013 à Poitiers
par **Mademoiselle Vanessa Olariu**

**Responsabilité sociale de la faculté médecine de Poitiers : le ressenti des internes
de médecine générale.**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José Gomes Da Cunha

Membres : Monsieur le Professeur Michel Morichau-Beauchant
Madame le Professeur Christine Silvain
Monsieur le Docteur Jean-Louis Levesque

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pascal Parthenay

*Le Doyen,*

Année universitaire 2013 - 2014

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE**Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers**

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie2. ALLAL Joseph, thérapeutique3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie4. BENSADOUN René-Jean, cancérologie - radiothérapie5. BRIDOUX Frank, néphrologie6. BURUOIA Christophe, bactériologie - virologie7. CARRETIER Michel, chirurgie générale8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie14. DORE Bertrand, urologie (sumombre)15. DROUOT Xavier, physiologie16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie17. EUGENE Michel, physiologie (sumombre)18. FAURE Jean-Pierre, anatomie19. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie22. GILBERT Brigitte, génétique23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion26. GUILLET Gérard, dermatologie27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques29. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire30. HERPIN Daniel, cardiologie31. HOUETO Jean-Luc, neurologie32. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale33. IRANI Jacques, urologie34. JABER Mohamed, cytologie et histologie35. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire36. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation
(de septembre à décembre)38. KITZIS Alain, biologie cellulaire39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile43. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie44. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques45. MACCHI Laurent, hématologie46. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (sumombre)47. MARECHAUD Richard, médecine interne48. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire49. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire50. MEURICE Jean-Claude, pneumologie | <ol style="list-style-type: none">51. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation52. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie53. NEAU Jean-Philippe, neurologie54. ORIOU Denis, pédiatrie55. PACCALIN Marc, gériatrie56. PAQUEREAU Joël, physiologie57. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique58. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire59. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique60. POURRAT Olivier, médecine interne61. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique62. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire63. RICHER Jean-Pierre, anatomie64. ROBERT René, réanimation65. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales66. ROBLOT Pascal, médecine interne67. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie68. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes69. SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie70. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie71. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale72. TOUCHARD Guy, néphrologie73. TOURANI Jean-Marc, cancérologie74. WAGER Michel, neurochirurgie |
|---|--|

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. HURET Jean-Loup, génétique
13. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
14. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
15. MIGEOT Virginie, santé publique
16. ROY Lydia, hématologie
17. SAPANET Michel, médecine légale
18. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
19. THILLE Arnaud, réanimation
20. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique

Professeur associé de médecine générale

VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
LILWALL Amy, maître de langues étrangères

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, microbiologie, bactériologie

Professeurs émérites

1. DABAN Alain, oncologie radiothérapie
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
3. GIL Roger, neurologie
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONToux Daniel, rhumatologie (ex émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie - virologie - hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
16. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
17. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
18. GOMBERT Jacques, biochimie
19. GRIGNON Bernadette, bactériologie
20. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
21. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
22. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex émérite)
23. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
24. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
25. MARILLAUD Albert, physiologie
26. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur José Gomes Da Cunha, vous me faites l'honneur de présider cette soutenance de thèse. Vous m'ouvrez les portes du Département de Médecine Générale. Veuillez recevoir mes plus vifs remerciements et l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Doyen Michel Morichau-Beauchant, je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail en le soutenant. Veuillez trouver dans ce travail, le témoignage de ma gratitude.

A Madame le Professeur Christine Silvain, vous avez accepté de juger ce travail, veuillez trouver ici l'assurance de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Pascal Parthenay, tu as accepté de me guider dans ce travail de thèse et tu t'y es investi. Tu m'as apporté ton aide et ton soutien pour améliorer mon travail. Je t'en remercie sincèrement.

A Monsieur le Docteur Jean-Louis Levesque, tu as accepté de faire partie de mon jury et je t'en suis reconnaissante. Tu as une vraie passion pour la médecine générale et tu as su me la transmettre. Tu réponds toujours présent quand j'ai besoin de tes conseils, tu m'encourages quand je doute. Pour tout cela et bien plus encore, je te remercie profondément.

Aux médecins que j'ai pu rencontrer tout au long de mon cursus et qui m'ont tant apporté, je garde un précieux souvenir de mes stages passés à vos côtés. Je pense tout particulièrement aux Docteurs Perot et Rucquois pour mon premier stage en milieu ambulatoire mais aussi à Mesdames les Docteurs Brottier-Mancini, Roncato-Saberan et Faba pour votre enseignement.

A l'équipe de Blanzac-Porcheresse, les Docteurs Marie-Claudine Vigneron, Pascal Parthenay, Rémy Balestrat, Thierry Cerf, pour me faire confiance et m'offrir une place dans votre « famille ».

A mon premier médecin, le Dr Chalvignac, pour m'avoir donné l'image du « médecin de famille ».

A Madame Barbara Benedetti, pour votre soutien et votre accompagnement aux cours de ces trois années.

A tous les patients rencontrés, pour m'avoir appris à devenir médecin à travers vos regards.

A mes amis, ma seconde famille,

A Virginie, pour nos années de colloc, pour les moments de joie passés ensemble et ceux plus difficiles que nous avons traversés, pour notre amitié qui a fait place à ce lien fraternel, pour ton soutien, pour les années à venir. Un clin d'œil à Matthieu pour avoir toujours respecté notre amitié et m'accueillir dans votre famille, pour tes questions improbables mais pertinentes. Et pour Ambre, ma filleule.

A Thomas, pour être là depuis dix ans. Pour notre amitié sincère et pour tout ce que je ne saurais exprimer.

A Clément, pour m'avoir dit il y a quinze ans qu'être « médecin ce n'est pas une vie », pour en avoir pris le chemin et pour cette belle amitié qui ne cesse depuis malgré la distance.

A Anne-Claire, pour la P1 et ses cours du soir, pour les révisions de la P1 à la D1, pour les sous-colles, pour tout le reste qui ne concerne pas que la médecine.

A Sara, pour ta confiance inébranlable, pour ton optimisme et ton soutien.

A Matthieu « Robert », pour notre amitié née aux premiers jours de l'internat.

A Benoît, pour m'avoir ouvert les portes de la RS, pour ton soutien moral et ton aide pendant ce travail.

A Lucile, Marine, Anne-Lise, Boris, Caro, Anne-So et Maud.

A Julia et Charlotte, pour m'avoir vu grandir depuis le primaire ou le collège, pour toutes ces années de complicité.

A tous mes co-internes.

A tous ceux qui ont marqué mes années associatives.

A tous les internes qui ont participé à cette étude, sans vous je n'aurais rien pu faire.

A ma famille,

A mes parents, pour ces vingt-huit années, pour ce que vous avez fait afin que je puisse me consacrer uniquement à mes études, pour ce que vous m'avez transmis, pour tout. Les mots me manquent pour vous exprimer toute mon affection et ma reconnaissance.

A ma famille qui se trouve un peu partout sur le globe : France, Liban, Roumanie, Etats-Unis, Sri Lanka. Vous m'avez accompagnée et soutenue tous les jours de ma vie malgré les kilomètres qui nous séparent.

Je dédie ce travail aux Docteurs Boutros et Marie-Louise El Chedraoui, mes arrière-grands-parents, exerçant à l'époque où la préoccupation première d'un médecin était de répondre au besoin de son patient.

*« Le mérite d'un homme réside dans sa connaissance et dans ses actes
et non point dans la couleur de sa peau ou de sa religion. »*

Gibran Khalil Gibran

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	5
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	11
GLOSSAIRE	12
RESUME ET MOTS-CLES	13
ABSTRACT AND KEY WORDS	14
1. INTRODUCTION	15
2. MATERIELS ET METHODES	17
2.1 Choix d'une approche qualitative	17
2.2 Réalisation des entretiens collectifs	17
2.2.1 Critères d'inclusion	17
2.2.2 Recrutement des participants	17
2.2.3 Elaboration du guide d'entretien qualitatif	18
2.2.4 Elaboration du questionnaire quantitatif	19
2.2.5 Déroulement des entretiens collectifs	19
2.3 Analyse du contenu	20
2.3.1 Transcription des entretiens enregistrés	20
2.3.2 Analyse des données	20
3. RESULTATS	21
3.1 Caractéristiques des groupes	21
3.2 Analyse thématique transversale des entretiens	22
3.2.1 Identification des besoins de santé	24
3.2.2 La réponse aux besoins de santé	27
3.2.3 La formation de la faculté de médecine	32
3.2.4 Les tâches du médecin généraliste	41
3.2.5 L'évaluation des objectifs fixés	45
4. DISCUSSION	49
4.1 La méthode	49
4.2 Analyse des principaux résultats	50
4.2.1 Ressenti des internes de médecine générale sur l'implication de la faculté de médecine dans la responsabilité sociale	50
4.2.2 Les premiers indicateurs	52
4.2.3 Les propositions secondaires	54
5. CONCLUSION	58
BIBLIOGRAPHIE	59

ANNEXES	60
ANNEXE 1: CONSENSUS MONDIAL.....	60
ANNEXE 2 : TRANSCRIPTION INTEGRALE DES ENTRETIENS (sur DVD)	76
SERMENT.....	77

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau I : Caractéristiques des participants aux focus groups selon le sexe et la promotion.

Tableau II : Caractéristiques des participants aux focus groups selon la faculté d'origine.

Tableau III : Caractéristiques des focus groups selon la durée de l'entretien.

Tableau IV : Grille d'évaluation de la responsabilité sociale d'une faculté de médecine.

Figure 1 : Carte conceptuelle des résultats de la triangulation

Figure 2 : Carte conceptuelle de l'identification des besoins

Figure 3 : Carte conceptuelle de la réponse aux besoins

Figure 4 : Carte conceptuelle de la formation

Figure 5 : Carte conceptuelle des tâches du médecin généraliste

Figure 6 : Carte conceptuelle de l'évaluation des objectifs fixés

Figure 7 : Le pentagone du partenariat selon l'OMS

GLOSSAIRE

ARS : Agence Régionale de Santé

CESP : Contrat d'Engagement de Service Public

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

COGEMS : Collège des Généralistes Enseignants et Maîtres de Stage du Poitou-Charentes

CRP-IMG : Comité de la Région Poitou-Charentes des Internes de Médecine Générale

DCEM1 : Première année du Deuxième Cycle des Etudes Médicales

DES : Diplôme d'Etudes Supérieures

DMG : Département de Médecine Générale

DU : Diplôme Universitaire

ECA : Enseignant Clinicien Ambulatoire

ECN : Examen Classant National

FMC : Formation Médicale Continue

GEAPI : Groupe d'Echange et d'Analyse de Pratiques entre Internes

HAS : Haute Autorité de Santé

INR : International Normalized Ratio

InVS : Institut de Veille Sanitaire

MSU : Maître de Stage Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SFMG : Société Française de Médecine Générale

TCEM1 : Première année du Troisième Cycle des Etudes Médicales

TCEM2 : Deuxième année du Troisième Cycle des Etudes Médicales

TCEM3 : Troisième année du Troisième Cycle des Etudes Médicales

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

RESUME ET MOTS-CLES

Introduction : La responsabilité sociale des facultés de médecine est la clé pour une médecine pour tous avec quatre principes : qualité, efficience, pertinence, équité. La notion de responsabilité sociale des facultés de médecine se développe pour répondre à cela. En 2010, un consensus mondial liste 10 axes nécessaires pour qu'une faculté de médecine soit socialement responsable. Notre travail consiste à recueillir le ressenti des internes de médecine générale de Poitiers concernant l'implication de leur faculté en terme de responsabilité sociale.

Méthodologie : Etude qualitative par focus groups d'internes de médecine générale de Poitiers, s'intéressant à 5 axes du consensus.

Résultats : Les internes de médecine générale de Poitiers pensent que la faculté ne s'investit pas dans l'identification des besoins de santé, qu'elle permet une réponse partielle aux besoins de santé et qu'elle donne une formation satisfaisante à ses étudiants grâce à l'autoformation et aux stages. Les internes critiquent le manque de transmission par leurs pairs d'un savoir-faire. Concernant les tâches du généraliste, la faculté devrait avoir un rôle dans leurs déterminations ainsi que dans l'évaluation des objectifs fixés pour répondre aux besoins de santé. La réflexion visant à améliorer l'appréhension des besoins concerne tous les acteurs du système de santé.

Discussion : La faculté de médecine de Poitiers offre un début de réponse en termes de responsabilité sociale : stages, commissions... Elle progresse doucement sur cette voie bien que ses étudiants ne le ressentent pas suffisamment. Reste à déterminer les indicateurs qui permettront d'évaluer objectivement l'engagement des facultés de médecine dans la responsabilité sociale.

Mots-clés : internes, médecine générale, recherche qualitative, responsabilité sociale, ressenti.

ABSTRACT AND KEY WORDS

Introduction: The social accountability of medical schools is the key to a medicine for everyone with four principles: quality, effectiveness, relevance, equity. The concept of social accountability of medical schools expands to respond to that. In 2010, a global consensus lists 10 areas required for a medical school to be responsible. Our aim is to collect the feeling of general medicine interns from Poitiers on the involvement of their university in social accountability.

Methodology: Qualitative research with focus groups of general medicine interns from Poitiers, discussing about 5 consensus areas.

Results: The general medicine interns from Poitiers think the faculty does not invest itself in the identification of health needs but it provides a partial response to the health needs and gives adequate training to its students through self-study and internships. Interns criticize the lack of peer expertise transmission. Concerning the tasks of general physicians, the faculty should have a role in their determinations as well as the aims evaluation to respond health needs. Reflection to improve health needs identification concerns all health system partners.

Discussion: The medical school of Poitiers provides an initial response in social accountability: internships, commissions ... She is slowly progressing on this path although students do not feel it enough. It remains to determine the indicators that will objectively measure the commitment of medical schools in social accountability.

Key-words: interns, general medicine, qualitative research, social accountability, feeling.

1. INTRODUCTION

La responsabilité sociale des facultés de médecine est « l'obligation d'orienter la formation qu'elles donnent, les recherches qu'elles poursuivent et les services qu'elles dispensent, vers les principaux problèmes de santé de la communauté, région et/ou nation qu'elles ont comme mandat de desservir » selon la définition de l'OMS en 1995 (1) (2). En effet, les facultés de médecine sont appelées à rendre des comptes envers la société.

Afin de mieux comprendre le terme de responsabilité sociale, C. Boelen nous décrit l'évolution de l'éducation médicale moderne (3). Celle-ci est née au lendemain de la seconde guerre mondiale et comporte 3 étapes importantes :

Années 70

La première période du « processus » se caractérise par un souci de mieux gérer l'éducation médicale en appliquant la planification par objectifs, la mise en opération et l'évaluation.

Années 80

La seconde étape est appelée la « pertinence » et concerne le questionnement sur le rôle des institutions et la critique de mieux servir l'intérêt public. D'autre part, l'OMS dans sa politique de « santé pour tous » encourage cette mise en cohérence entre formation et besoins des communautés (4).

Années 90

Une nouvelle vague surgit appelée la phase « d'impact ». Le phénomène de globalisation oblige l'éducation médicale à se soumettre aux mêmes règles que toute autre activité humaine : savoir-faire dans la gestion de système, recherche de performance, traçabilité des résultats, compétitivité, transparence et évaluation.

En 2001, l'OMS élabore un programme de santé pour tous appelé « Vers l'Unité Pour la Santé » (5). Son objectif est de réorienter l'enseignement de la médecine et la pratique médicale au service d'une santé pour tous.

Cette évolution s'inscrit dans la capacité à servir les valeurs de qualité, d'équité, de pertinence et d'efficience. Quelques principes généraux en découlent : élaborer des modèles innovants de services intégrant la médecine et la santé publique, prendre en compte les implications des professionnels de santé, s'engager dans des partenariats indispensables et durables, rechercher des preuves d'impact sur la société.

En 2008, un groupe de travail international constitué d'une douzaine d'experts en éducation médicale, dont un de la faculté de médecine de Poitiers, travaille sur le concept de responsabilité sociale des facultés de médecine. Le projet comporte trois phases :

- un état des lieux de la situation internationale concernant l'usage de normes illustrant la responsabilité sociale des institutions de formation des professionnels de santé,
- l'élaboration d'une conférence de consensus auprès d'un échantillon d'experts internationaux visant à élaborer un nouvel éventail de normes,
- la diffusion du rapport de la conférence de consensus et la promotion de recherches pour l'adaptation des normes en vue de leur utilisation opérationnelle pour l'évaluation et l'accréditation des programmes mis en œuvre par les facultés et les institutions de formation des professionnels de santé.

En 2010, le consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine a listé 10 axes auxquels les facultés de médecine doivent répondre pour se dire socialement responsable (6).

A l'heure actuelle, nous nous trouvons dans une phase de diffusion de la conférence de consensus qui est réalisée grâce à un projet de recherche-action (7). Son objectif est d'expérimenter et d'évaluer la pertinence, l'applicabilité et la mise en œuvre d'une démarche de qualité inspirée des principes de responsabilité sociale définis par le consensus et d'en démontrer l'utilité pour améliorer l'impact sur la santé.

Nous avons souhaité étudier les perceptions de la responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers auprès des internes de médecine générale.

Les objectifs qui se dégagent sont :

- Objectif principal : évaluer le ressenti des internes de médecine générale concernant l'approche de la faculté de médecine de Poitiers pour répondre aux besoins de santé publique.
- Objectif secondaire : identifier les premiers indicateurs permettant d'évaluer et d'améliorer le niveau de responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers.

2. MATERIELS ET METHODES

2.1 Choix d'une approche qualitative

Afin de répondre au mieux à notre question de recherche, évaluer la représentation des internes de médecine générale sur l'implication de la faculté de médecine de Poitiers dans la responsabilité sociale, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative selon la méthode des focus groups avec des internes de médecine générale de la TCEM1 à la TCEM3.

La méthode des focus groups (8) permet par l'expression directe des participants de faire émerger des idées diverses, parfois inattendues pour le chercheur. L'entretien collectif permet de donner plus de poids aux critiques que dans les entretiens individuels. Cette méthode de recueil de données permet d'évaluer les expériences, les besoins, les attentes, les représentations des participants. Elle permet le débat entre participants pour recueillir leurs points de vue. Les personnes sont encouragées à discuter entre elles pour échanger et commenter leurs expériences et leurs opinions.

2.2 Réalisation des entretiens collectifs

Nous avons constitué un groupe de travail composé du directeur de cette recherche, Dr Parthenay, maître de conférences associé, d'un interne de médecine générale, Benoît Tudrej, impliqué dans l'étude et du chercheur, la thésarde, pour une réflexion commune.

2.2.1 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion des participants aux focus groups étaient :

- être interne en médecine générale de la faculté de médecine de Poitiers,
- être inscrit dans le DES de médecine générale de la TCEM1 à la TCEM3,
- être disponible à l'une des trois dates proposées,
- être volontaire.

2.2.2 Recrutement des participants

Le nombre de groupes à organiser n'est pas décidé à l'avance car il est déterminé par l'obtention de « saturation d'idées », défini comme le moment où il n'y a pas d'émergence de nouvelles idées majeures dans les groupes. En moyenne, il faut trois à quatre groupes pour répondre à ce principe, mais cela dépend de la complexité du sujet à traiter et de l'échantillon.

Nous avons cherché à constituer des groupes d'une dizaine de volontaires, afin d'en avoir huit à dix présents le jour des entretiens. Le recrutement s'est fait initialement à l'aide de la scolarité du troisième cycle de médecine générale de la faculté, un courrier électronique a été envoyé à tous les internes de médecine générale du Poitou-Charentes. Nous leur avons succinctement présenté le projet sans dévoiler la problématique exacte ni le terme de responsabilité sociale. La méthode des entretiens collectifs a été expliquée en les informant de l'anonymat au moment de l'exploitation des données.

Ce mode de recrutement ayant été insuffisant, nous avons complété celui-ci en contactant directement les étudiants par courrier électronique via leur adresse électronique de l'université, et en téléphonant à certains dont nous avons eu les numéros de téléphone par des connaissances communes. Nous avons ainsi constitué dans un premier temps trois groupes afin de réaliser trois entretiens collectifs selon la disponibilité des étudiants. Il était prévu d'en faire de nouveaux si l'on n'obtenait pas la saturation des données. Nous avons recontacté les participants par messages électronique et téléphonique dans les jours suivants afin de leur confirmer la date de participation, puis nous avons envoyé un rappel par message écrit sur leur téléphone mobile la veille de l'entretien.

2.2.3 Elaboration du guide d'entretien qualitatif

Il s'agit d'un guide semi-structuré permettant de définir le déroulement de la séance, il est reproductible entre chaque séance et permet d'articuler de façon organisée les différentes questions du débat tout en respectant le temps imparti. Il peut être adapté à l'intérieur de chaque entretien et au fur et à mesure du déroulement de l'étude si besoin. Il comporte une trame de questions ouvertes, cohérentes, simples et neutres. Chaque question explore une idée et n'est pas connotée positivement ou négativement afin de ne pas orienter la discussion.

Avec notre groupe de travail, nous avons donc élaboré cinq questions concernant cinq axes du consensus :

1. Comment la faculté de médecine appréhende-t-elle les besoins en santé de la population? Comment la faculté de médecine forme-t-elle les médecins dont la région a besoin? Comment l'améliorer si cela vous semble nécessaire?

2. Qui peut participer à la réflexion sur les besoins et la formation en professionnels de santé?

3. Comment déterminer les tâches qui incombent aux médecins généralistes pour soigner la communauté? Comment les tâches du médecin généraliste sont-elles susceptibles d'évoluer pour répondre aux besoins de la communauté?

4. Comment la faculté vous permet-elle de devenir de bons professionnels de santé? Comment évaluer ces compétences?

5. Comment et par qui évaluer l'atteinte des objectifs fixés pour répondre aux besoins en santé de la population?

2.2.4 Elaboration du questionnaire quantitatif

Celui-ci permet de recueillir les caractéristiques des participants. Les questions que nous avons posées concernaient le sexe de l'étudiant, son âge, son année de promotion, la faculté d'origine.

2.2.5 Déroulement des entretiens collectifs

Le lieu de la réunion

Nous avons choisi de réaliser les entretiens à l'hôpital de la ville dans laquelle l'entretien se déroulait, lieu connu de toutes les personnes recrutées, dans une salle de réunion que nous avons réservée.

La date et l'horaire

Les dates et l'horaire des entretiens ont été choisis en fonction des disponibilités des étudiants. Nous avons exclu les week-ends ainsi que les horaires en journée la semaine en raison des stages. Nous avons donc décidé de réaliser les entretiens trois soirs de semaine à 19h et d'offrir un buffet aux étudiants à la suite de chaque entretien. La durée de chaque entretien ne devait pas excéder deux heures.

L'accueil des participants

L'accueil s'est fait dans la détente et la convivialité. Nous avons proposé aux étudiants une boisson froide ainsi qu'une collation avant de débiter la discussion et continué après celle-ci.

L'enregistrement des entretiens

Nous avons enregistré l'intégralité des discussions à l'aide d'un enregistreur audio numérique, d'un programme d'enregistrement audio sur ordinateur et d'une tablette numérique en mode vidéo.

Le rôle de l'animateur du groupe ou modérateur est de lancer la discussion entre les participants à travers les questions posées et ainsi de faire émerger les différents points de vue. Le modérateur exploite la dynamique de groupe en amenant tous les participants à s'exprimer et en dirigeant les débats. Il doit maîtriser la technique de conduite de réunion par la reformulation, la clarification et l'esprit de synthèse. Pour cela, il doit être capable de gérer la dynamique de groupe, gérer le temps, gérer les objectifs.

Les modérateurs – deux modérateurs différents alternés pour les trois entretiens de groupe – ont été choisis selon les disponibilités parmi le directeur de ce travail et le deuxième thésard qui nous a aidés à la méthodologie de cette recherche.

L'observateur du groupe connaît la thématique et s'occupe des enregistrements audio et vidéo des séances. Il est aussi chargé de noter les aspects non verbaux et relationnels qui apparaissent lors des réunions. L'observateur était la thésarde pour les trois entretiens. Nous avons rappelé en début de séances que les discussions étaient enregistrées mais que les enregistrements ne seraient pas diffusés et les retranscriptions seraient rendues anonymes.

2.3 Analyse du contenu

2.3.1 Transcription des entretiens enregistrés

Les entretiens enregistrés ont été intégralement transcrits (mot à mot ou verbatim) en documents Word (Annexe), le plus fidèlement possible, ainsi que les aspects non verbaux. Nous avons procédé à l'anonymisation de tous les participants, chacun étant nommé par un chiffre, de 1 à 3, et par une lettre, de A à I, le modérateur est identifié par la lettre A, M ou T selon le groupe décrit. Les propos de celui-ci ont été transcrits dans un souci de compréhension du discours mais n'ont pas été soumis à l'analyse. Tous les noms de personnes ont aussi été désignés par leur initiale uniquement.

2.3.2 Analyse des données

Le directeur de cette recherche, l'interne de médecine générale et la thésarde ont analysé individuellement le premier verbatim à l'aide du logiciel NVivo 10. Cet entretien a donc été découpé et classé par phrase et/ou mot appelés « nœuds ». Pendant cette phase, l'encodage s'est fait de manière inductive. Nous avons ensuite comparé nos résultats afin de nous mettre d'accord sur le découpage et les termes puis la thésarde a encodé de façon déductive, seule, les deux autres entretiens de cette recherche. Ainsi après analyse de chaque groupe, de nouveaux nœuds et sous-nœuds sont apparus.

3. RESULTATS

3.1 Caractéristiques des groupes

Nous avons réuni trois groupes de huit, neuf et huit étudiants, constitués d'internes de médecine générale des trois promotions et des deux sexes. Tous les participants prévus sont venus.

Date	Nombre d'internes	Sexe		Promotion		
		Femmes	Hommes	TCEM1	TCEM2	TCEM3
27 juin 2013	8	4	4	6	2	0
9 juillet 2013	9	6	3	0	2	7
7 août 2013	8	6	2	1	4	3
Total	25	16	9	7	8	10

Tableau I : Caractéristiques des participants aux focus groups selon le sexe et la promotion.

Nous nous sommes intéressés à la faculté d'origine des internes présents, 16 internes sur 25 ont réalisé leur externat à Poitiers. Les 9 autres se répartissent selon différentes origines géographiques.

Date	Nombre d'internes	Faculté d'origine				
		Poitiers	Bordeaux	Toulouse	Paris	Reims
27 juin 2013	8	4	3	0	1	0
9 juillet 2013	9	5	1	1	1	1
7 août 2013	8	7	1	0	0	0
Total	25	16	5	1	2	1

Tableau II : Caractéristiques des participants aux focus groups selon la faculté d'origine.

La durée des entretiens n'excède pas les deux heures.

Date	Nombre d'internes	Durée de l'entretien
27 juin 2013	8	1h55mn
9 juillet 2013	9	1h25mn
7 août 2013	8	1h22mn
Total	25	

Tableau III : Caractéristiques des focus groups selon la durée de l'entretien.

3.2 Analyse thématique transversale des entretiens

Nous avons réalisé en commun, avec le directeur de cette recherche et l'interne de médecine générale impliqué dans l'étude, une analyse thématique transversale afin d'articuler les thèmes et sous-thèmes. Nous avons ainsi mis en évidence cinq thèmes à partir des propos des internes et des questions posées:

- Identification des besoins de santé
- Réponse aux besoins de santé
- Formation de la faculté de médecine de Poitiers
- Tâches du médecin généraliste
- Evaluation des objectifs

Pour chacun de ces thèmes, nous avons ainsi construit une carte conceptuelle ou arbre, reprenant les sous-thèmes. Nous allons ainsi détailler chaque thème et illustrer les sous-thèmes par des verbatim (en italique et encadrés).

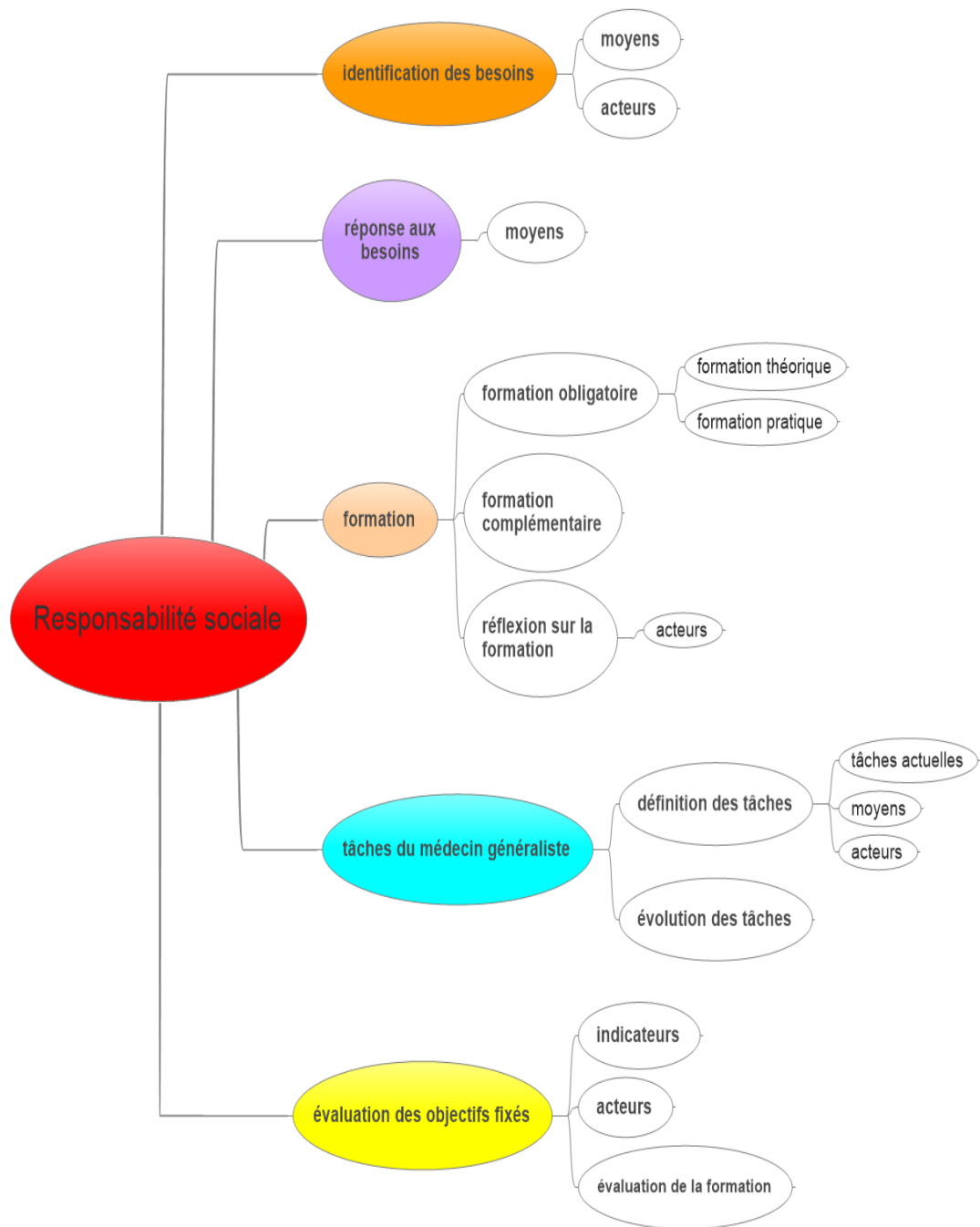


Figure 1 : Carte conceptuelle des résultats de la triangulation

3.2.1 Identification des besoins de santé

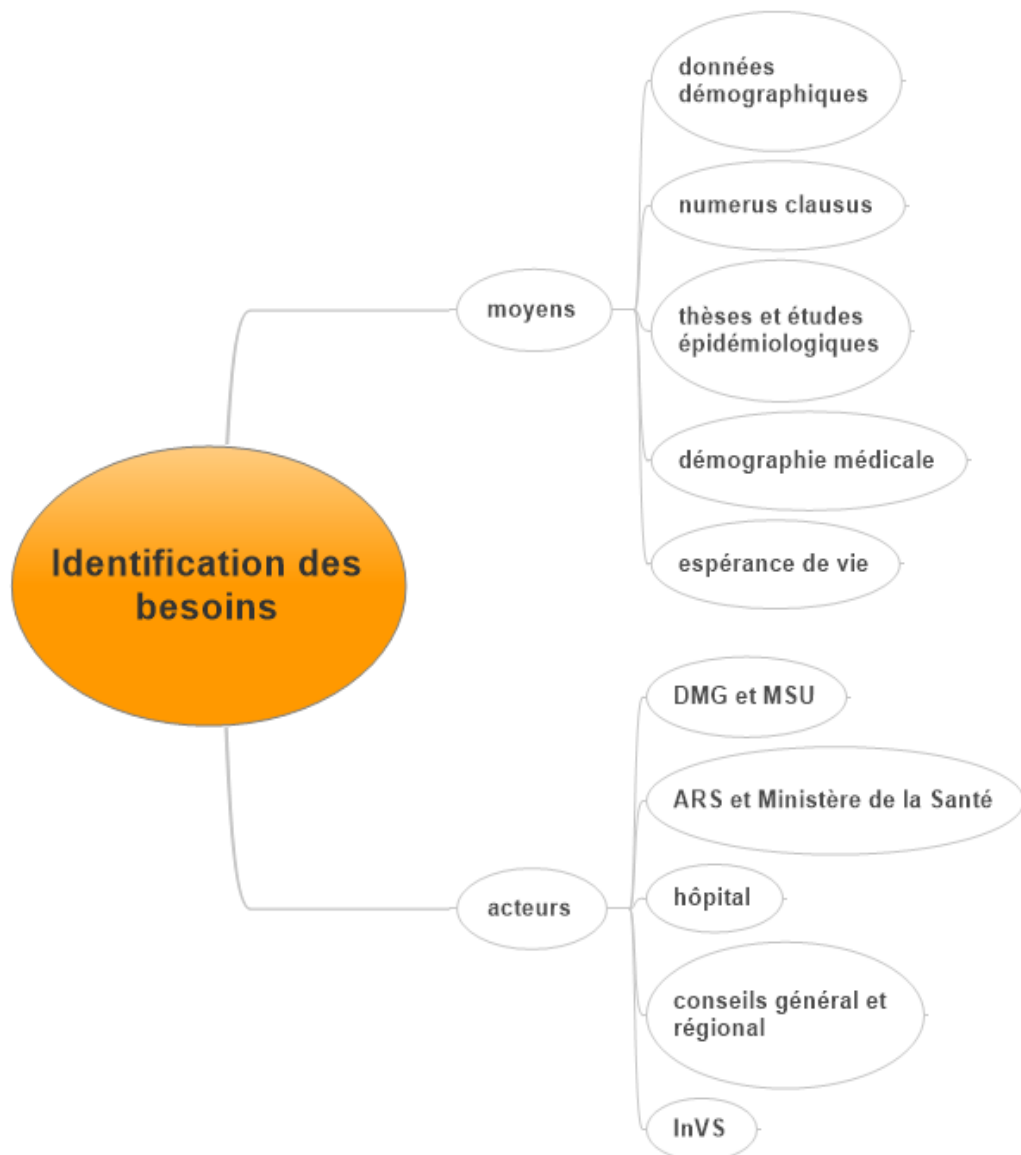


Figure 2 : Carte conceptuelle de l'identification des besoins

3.2.1.1 Moyens utilisés pour l'identification des besoins de santé

- Les internes suggèrent la nécessité de se référer aux données démographiques pour identifier les besoins de santé. Ils différencient les données régionales, nationales ainsi que les données de santé publique :

1E: des données démographiques aussi, pour savoir s'il y a besoin de plus de médecins et donc augmenter le numerus clausus pour former plus d'étudiants

1B: oui sur des données simples, le nombre d'habitants, le nombre de médecins par habitants puis après voilà les données d'ALD et puis après toutes les données de naissance, les registres d'état civil, ou choses comme ça, pour les débuts de la vie

1B: ça doit être sur des données de santé publique émises par l'ARS ou la caisse primaire ou des choses comme ça.

- La plupart s'accorde pour dire que le numerus clausus de l'internat est un bon indicateur de la faculté :

Je sais pas, il y a des numerus clausus qui sont donnés par euh, par l'état donc euh, où la faculté est...est dépendante de ça euh...et c'est réparti sur les villes et selon les besoins régionaux

- Certains évoquent l'utilisation des thèses de médecine et d'études épidémiologiques pour savoir ce dont la population a besoin :

3B: avec tout plein de structures qui font de l'épidémio ou des recensements je pense qu'ils bossent sur ça et après je pense aussi au niveau national...

- La démographie médicale est prise en compte pour appréhender les besoins :

en fonction des chercheurs, orienter les recherches en fonction de telles statistiques où il manque des données dans tel domaine comme pour les thèses où ils s'orientent en fonction des besoins, ils choisissent les axes.

- Un interne prend pour exemple l'espérance de vie pour définir les besoins de santé.

3.2.1.2 Acteurs de l'identification des besoins de santé

- La faculté de médecine est évoquée comme ne faisant pas partie des acteurs permettant d'identifier les besoins de santé avec une différenciation du Département de Médecine Générale (DMG) et des maîtres de stage à l'échelle de la médecine générale:

1B: j'ai jamais entendu parler à la fac de Poitiers en tous cas qu'il y avait un, un, une influence directe des données démographiques sur enfin.... les données, les besoins de santé sur le, entre guillemets, "la politique" de la faculté à l'échelle locale.

3D: elle décide de rien quoi, enfin...elle décide même pas des programmes et enfin ce qu'il y a aussi c'est que, enfin les programmes ils sont, ils sont faits à....enfin pour euh...pour l'ecn et au final ça change, ça change pas beaucoup alors, enfin en fonction des...des problèmes de santé publique du moment, enfin par exemple, je sais pas Alzheimer on n'en a pas plus entendu parler euh... Parce que il y avait le plan Alzheimer, enfin toute...

3A: non parce que dans ta question pour moi c'est pas la fac forcément qui appréhende les besoins en santé.

je dirai comme C. parce que je ne vois pas comment la fac elle pourrait avoir directement un rapporteur de ce que les patients...ce que les patients ont besoin donc oui l'intermédiaire oui la sécurité, la caisse primaire, euh...l'ARS je ne sais pas comment ils feraient....peut-être le département de recherche du DMG

1B: oui de sentinelle un peu, pour orienter la formation de la faculté auquel ils sont rattachés. Une espèce de, de, oui de sentinelle pédagogique en disant "bon bah voilà on est confronté sur le terrain à tels types de situations, euh, il y a une carence de ce côté-là dans la théorie ou dans la formation initiale, est-ce qu'on peut pas améliorer cette formation?"

- On note le rôle important de l'ARS et du ministère de la santé :

il me semble que c'est le rôle de l'ARS de se rendre compte vraiment de ce qu'il manque sur le terrain et de former, d'avoir un, un, une capacité de formation pour l'hôpital et pour le libéral, pas de manière générale on forme tant de médecins généralistes.

- L'hôpital est également investi de cette mission :

1C: il y a peut-être aussi à l'hôpital il doit y avoir un...une commission d'établissement ou un truc où ils voient comment les services tournent et il y a des services qui tournent probablement plus que d'autres, bah ça doit donner une idée quand même de...

- Les instances publiques sont citées telles que le conseil général et le conseil régional.
- L'Institut de Veille Sanitaire (InVS) y a sa place :

et puis il n'y a pas aussi l'institut de veille sanitaire? Ils ont pas un œil là-dessus aussi? enfin j'imagine

3.2.1.3 Les professions concernées par les besoins de santé

Toutes les professions de santé sont clairement identifiées comme étant impliquées dans l'appréhension des besoins de santé :

*3A: des besoins en santé donc on ne parle pas que de...que des médecins. La faculté c'est aussi les radios, enfin les kinés, les orthophonistes, les pharmaciens.
3C: les spécialistes aussi parce que...
3A: les sages-femmes.*

3.2.2 La réponse aux besoins de santé

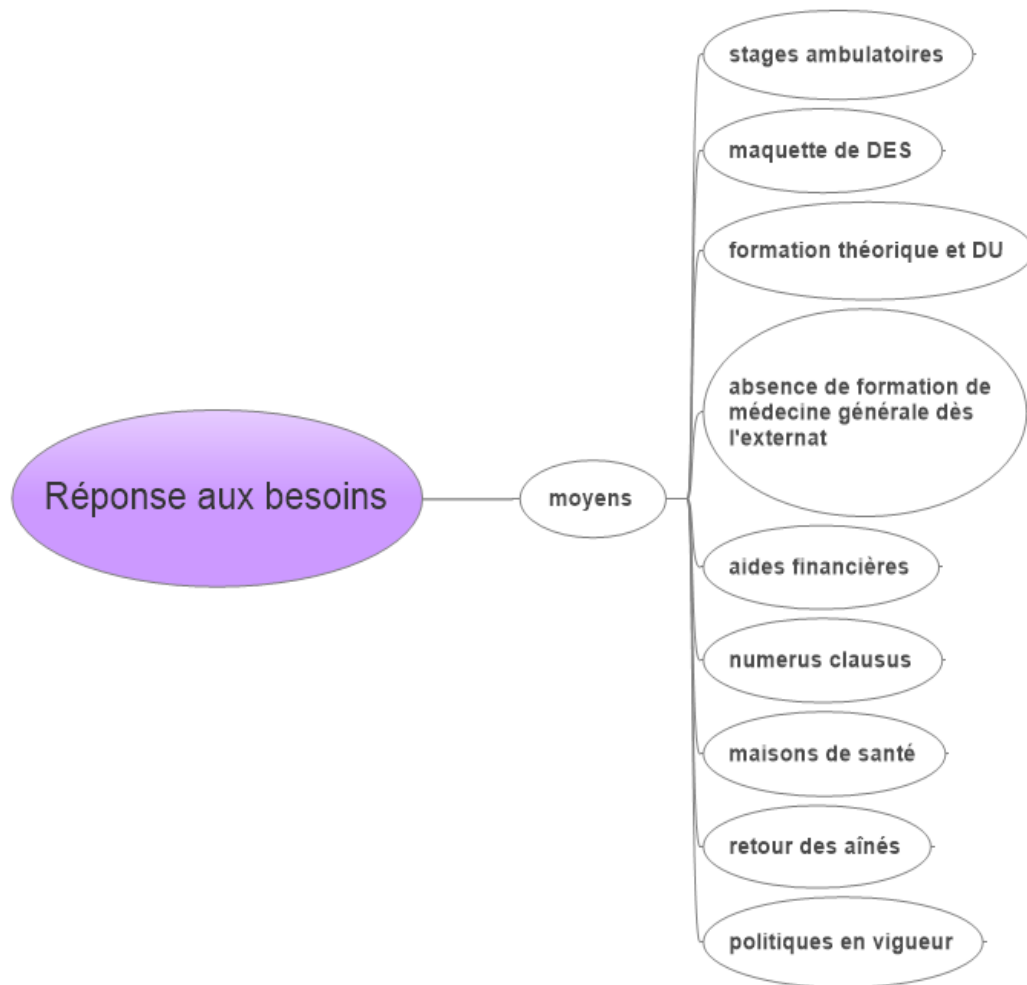


Figure 3 : Carte conceptuelle de la réponse aux besoins

3.2.2.1 Les moyens utilisés actuellement pour répondre aux besoins de santé

- La répartition des stages ambulatoires de la région fait l'unanimité pour permettre une réponse satisfaisante aux besoins de santé :

1G: je pense qu'il y a aussi les stages d'externes de 3 mois, à l'externat, qui permettent de faire plus connaître la médecine gé, ça change, ils espèrent peut-être une incidence sur la démographie des médecins gé dans la région et là pour le coup la fac a un rôle vraiment incitateur à faire ces stages découverte en D1 puis 3 mois à l'externat, les stages SASPAS, plus ouvrir, trouver des maîtres de stage, faciliter tout ça au niveau logistique pour que ce soit faisable.

Après si c'est comment la fac, par exemple, fait un groupe de euh, quand on est en niveau 1 par exemple, on a un groupe de 3 médecins et souvent t'en as un qui est plus rural que les autres donc....

3F: oui, ils commencent. Mais les ophtalmos, les cardio, etc...comment est-ce qu'on peut les inciter à aller en libéral alors qu'ils n'y ont jamais mis les pieds?

3C: peut-être que la fac c'est cet impact-là qu'elle pourrait avoir.

- La maquette du D.E.S. de médecine générale ne semble pas cohérente pour une bonne réponse aux besoins de santé liés à cette spécialité par le manque de stage ambulatoire au cours de l'internat :

3F: et puis bon, ils essaient de former leurs, leurs internes à la médecine générale mais on a un stage où on est sûr d'être en médecine générale, le reste se fait en hospitalier, c'est pas vraiment adéquat à notre formation.

- La formation de la médecine générale pendant l'externat ne permet pas de répondre suffisamment aux besoins de santé par le manque de connaissance sur la profession bien que les stages dès l'externat se développent de plus en plus :

1H: après ça peut avoir un impact dès ton externat puisque finalement si tu sais rien à la médecine gé et que tu te dis que tu seras tout seul, le jour des choix, la personne qui est 10e à choisir et qui finalement veut faire médecine gé et se dit "ah j'ai pas envie de rester tout seul, je ne sais pas comment ça marche"

3E: ils sont devenus obligatoire pour les externes maintenant les stages.

3C: oui, enfin il faut avoir le nombre de praticiens pour pouvoir le faire. Donc là, l'impact de la fac, c'est peut-être de pouvoir recruter assez de maîtres de stages pour que ce stage, qui est une obligation nationale, puisse réellement avoir lieu.

- La faculté de médecine avec la formation théorique enseignée et l'accès aux D.U. (Diplômes Universitaires) doit jouer un rôle dans notre démarche de soins de la communauté :

3C: mais moi je vois en quoi la fac nous forme à être médecin généraliste mais je ne vois pas en quoi elle nous forme à répondre aux besoins de la population du Poitou-Charentes en particulier parce que je vois pas euh, on n'a pas de chiffres de ce qu'il manque réellement

3C: moi je dirais que l'accessibilité aux D.U. ça permet euh, de se former euh...parce qu'on a la chance, enfin en tous cas dans cette fac, d'avoir des D.U. qui sont accessibles et de pouvoir en faire et de pouvoir faire à la fois notre stage et d'avoir des journées de formation pour pouvoir les suivre et je pense que ça permet de nous former à, à pas une hyperspécialisation mais en tous cas à quelque chose qui nous plaît et qui répond quand même à un besoin de la population qui est pas forcément géré par un manque de spécialistes qui existe dans la campagne par exemple.

- Les aides financières entraînent un moyen de réponse aux besoins :

Et euh, et euh...après il y a eu des outils qui ont pu l'appréhender mais c'est pareil c'est pas la fac, c'est par le biais de bourses, euh...de bourses pour l'aide à l'installation en zone rurale pour aider les étudiants, vous le savez mieux que moi mais comme on est enregistré je peux en parler.

- Le numerus clausus et la répartition médicale qui en découle sont cités :

3A: c'est euh...je pense que c'est de là que viennent les directives pour la répartition, après en plus des postes à l'internat donc le nombre de médecins généralistes dans telle ou telle ville, de spé et tout.

3C: pas forcément oui mais c'est un pari. De toute façon, tout ce que fait la fac c'est un pari aussi. Elle accueille 130 étudiants, 130 internes et elle sait très bien que les 130 ne vont pas rester quoi.

- Les maisons de santé qui se créent apportent un élément de réponse novateur pour répondre aux besoins de notre région :

et le fait de voir, je pense, des maisons médicales qui se créent où tu, où t'es pas isolé finalement, ça permet de voir au niveau des, oui des étudiants en médecine que...on peut très bien exercer dans ce type d'outil.

- Un interne évoque le rôle de nos aînés avec un retour de leur part vers la faculté pour améliorer constamment la réponse aux besoins.

2B: ça découle, ça découle des...des lacunes que eux ont pu constater pendant leur internat...

- Enfin, les politiques en vigueur orientent la réponse aux besoins à travers leurs mandats :

3D: bah de...enfin départe...enfin départementale, régionale et nationale. Après on élit aussi des, soit des, enfin soit un président soit des...enfin soit plus bas euh...les présidents de région et tout ça et c'est aussi en fonction de leur politique mais le truc c'est qu'ils font tous un peu la même politique.

3.2.2.2 Amélioration de la réponse aux besoins de santé

- L'augmentation des stages ambulatoires est un élément de réponse :

*1B: c'est encore favoriser les stages...favoriser les stages au contact des besoins quoi finalement.
1I: bah après on va rentrer dans différents problèmes, pour moi donc il est là, augmenter le nombre de, de, euh maîtres de stage comme disait G pour pouvoir faire en sorte que les internes aillent, aillent plus souvent, je sais pas, au moins 2 semestres chez le, de niveau 1, enfin je ne sais pas comment on l'appellerait en dehors saspas mais chez le praticien pour pouvoir faire des stages parce que 6 mois c'est court*

1B: oui, oui, on est d'accord mais euh, je veux dire encore une fois que ce soit en médecine gé ou ailleurs hein. Dans les spécialités, il y a un PU à Poitiers qui a réalisé peut-être que ce serait bien que ses internes aillent faire un tour en cabinet de ville parce que la plupart ne seront pas euh, la cardiologie de CHU donc euh, voilà, mais...

- Pour cela, le nombre de maîtres de stages doit également être revu à la hausse voire leur rémunération également:

1F: non pas en tout mais s'il y a plus de maîtres de stage, on pourrait faire plus de stages en médecine générale

1F: faut donc augmenter le nombre de maîtres de stage.

1G: ça! Et ça pour le coup la fac a un impact

1G: parce que mieux ils sont payés, plus ils s'impliqueront.

- La formation initiale est primordiale :

1B: parce que si on était peut-être conscient très vite de la quantité de choses qui ne sont plus du tout de la médecine telle qu'on l'a appris, euh qu'on a à faire, euh, ça peut orienter notre exercice futur et du coup, enfin moi je conçois complètement le fait d'être flippé par tout ça et préférer un exercice hospitalier qui n'est pas forcément en rapport avec les besoins d'une population. Euh...si après il y a plein de médecins généralistes qui ne veulent pas s'embêter avec tout ça et du coup rester hospitalier, bah on ne répond pas du tout...enfin euh...parce qu'il n'y a pas des hôpitaux partout, on ne répond pas du tout à l'.., aux besoins de soin et, euh, et donc, ouais ça fait partie...euh...tout de suite, tout de suite pas sûr mais je pense qu'il faudrait en avoir conscience assez tôt en stage de médecine oui!

1G: non mais c'est une "initiation", montrer que c'est pas une montagne insur...insurmontable.

3D: je pense aussi qu'il y a, le fait que ce soit des pro...des professeurs de telle spécialité enfin...et pas des, des enseignants de médecine générale qui nous fassent le cours, enfin qui nous fassent les cours, ça joue aussi euh, enfin, justement enfin le fait qu'ils appréhendent enfin, encore une fois, pas...

3C: ça, ça pourrait avoir un impact que ce soit les chefs de clinique de médecine gé qui viennent également faire des cours parce que...

- Une idée de réforme est proposée en créant un autre accès que l'Examen Classant National (ECN) à la formation de l'internat pour les spécialités en carence:

1B : mais finalement est-ce qu'il ne faudrait pas qu'il y ait, avant de passer l'internat, qu'il y ait quelque chose peut-être de plus adapté, même si c'est très tôt par rapport aux besoins locaux? Est-ce que une espèce de spécialisation de l'externat ou de chose comme ça pour les gens qui ont déjà des idées bien arrêtées ou qui ont déjà eu des expériences, qui sont passés en tant qu'externe chez le médecin généraliste ou dans une spécialité à problème, est-ce que il faut pas qu'il y ait une autre voie que l'internat pour essayer de favoriser ça? Peut-être que modifier la façon de former les gens initialement pourrait peut-être permettre de les garder un peu plus sur place et donc du coup d'influencer les besoins locaux en terme de choix.

- La démographie médicale reste le point majeur à améliorer pour une meilleure réponse aux besoins de santé :

3B: ça c'est ce qui les intéresse les gens, c'est d'avoir un rendez-vous rapidement. Après le reste, enfin...

3B: des sondages avec la distance idéale on va dire et le délai.

- La télémédecine peut être une solution envisagée :

3A: devons-nous en arriver à la télé-médecine?

3C: non.

3E: au CHU, ici, ils envoient des imageries à Tours ou à Bordeaux pour avoir des avis spécialisés en pédiatrie parce qu'il n'y a pas assez de, de spécialistes de pédiatrie ici. En dermato, je pense que, enfin moi j'ai vu des médecins généralistes prendre des photos, envoyer par mail au dermato et avoir une réponse.

- Le travail en réseau et l'hôpital ont un rôle également pour optimiser la réponse aux besoins de santé :

Donc euh, je pense qu'un, qu'un feedback de tout le monde vers tout le monde qui permet une meilleure prise en charge des patients, donc je pense que...on peut faire, on peut avoir des réunions comme ça pour....arriver à mieux prendre en charge les patients et donc la formation des médecins.

1C: peut-être que, peut-être qu'il faudrait que l'hôpital reste l'hôpital quoi et que l'hôpital ne soit pas une maison de santé avec toutes les spécialités et des services, c'est-à-dire que, effectivement l'hôpital ne tourne pas sans les internes parce que les chefs de clinique et les PH, ils sont 50% du temps en consult 50% du temps dans le service.

- Développer les aides financières à l'installation en zone de désert médical telles que le CESP (Contrat d'Engagement de Service Public).

- Enfin, la revalorisation de la médecine générale semble être un critère associé:

1B: ça le problème c'est que ça influe la rémunération ou le, le, le, la rémunération vue par le praticien et le prix que ça coûte pour le patient, ça influe aussi sur euh, sur la prise en charge et sur l'offre de soins et sur tout ça parce que les médecins euh, qui euh, les problèmes de démographie sont posés par un problème de, de, on se sent seul ou des choses comme ça mais il y a aussi euh, une question de qualité de vie

3F: mais à côté de ça aussi la fac avec sa course au bon classement à l'ECN parfois à tendance à, bon c'est par des petites phrases assassines, en quelque sorte à dénigrer

3.2.3 La formation de la faculté de médecine

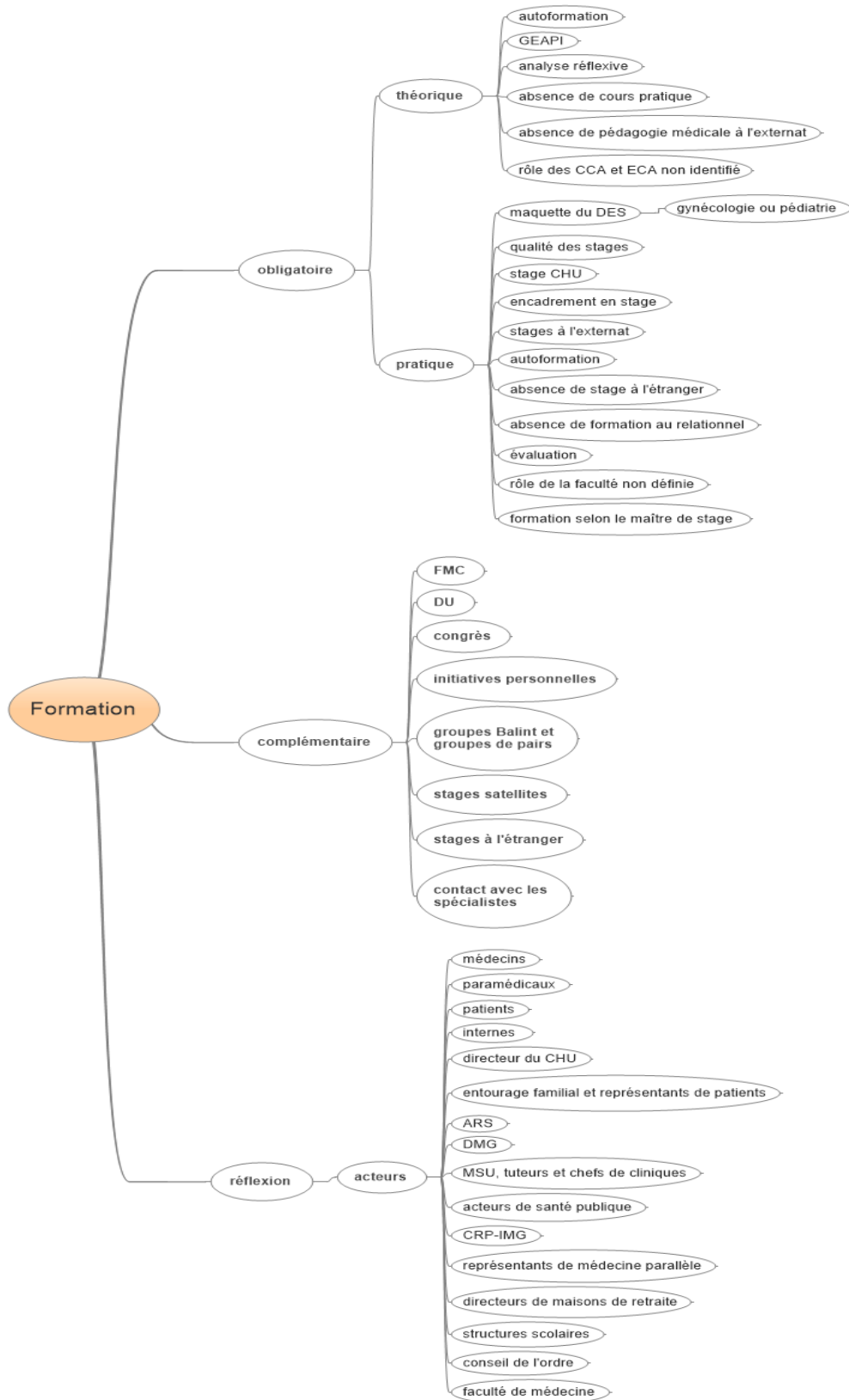


Figure 4 : Carte conceptuelle de la formation

3.2.3.1 La formation obligatoire

La faculté de médecine de Poitiers apporte un enseignement obligatoire à tous ses internes de médecine générale, on distingue la formation théorique et la formation pratique.

- Formation théorique des professionnels de santé

La formation actuelle est représentée dans l'esprit des internes de médecine générale par :

- L'autoformation :

2D: bah, non pas par les méthodes de cours magistraux mais le développement de l'auto-apprentissage, Carl Rogers, auto-formation, quelles sont mes lacunes? Comment je les comble?

- Les GEAPI (Groupes d'Echanges et d'Analyse des Pratiques entre Internes) :

1F: pour en revenir sur le niveau théorique, moi je trouve que c'est pas mal, enfin, après je trouve que c'est long pour, euh, le message final mais je trouve qu'on nous donne des bons messages quand même, enfin, moi j'en suis assez contente...enfin moi je sors toujours d'un geapi ou d'un séminaire avec vraiment un message général et c'est vrai que j'en suis contente, enfin, euh...j'ai l'impression d'avoir appris quelque chose, c'est sûr pas en pratique, pas du tout, euh, la clinique, etc...mais pour la relation avec les patients ou pour la manière de faire, enfin, euh...

2E: je pense que par des geapi c'est intéressant parce qu'on, on a une discussion entre pairs en fait, c'est presque des groupes de pairs en fait, c'est vraiment sympa.

2F: oui parce que geapit ça sert à rien

3G : ça nous apprend à soutenir une réflexion entre nous, c'est ça, c'est bien parce que plus tard, du coup, on aura peut-être envie de discuter comme ça aussi entre nous et ça fait partie de notre formation finalement de discuter de nos problèmes, de savoir s'exprimer avec les autres, enfin ça dépend des thèmes mais c'est plus...

3G :Après, je trouve qu'ils nous mettent un peu trop au centre: "vous êtes l'acteur de votre formation" et que de temps en temps, on aurait besoin d'être un peu plus guidé et ça, ça manque un peu, enfin en tous cas à Poitiers. L'autoformation c'est bien mais ça a ses limites quoi.

- L'accent sur l'analyse réflexive :

2F: alors je, non alors je ne sais pas si en pratique c'est vraiment la bonne manière de le faire: faire les rsca, les tâches, tout ça...mais c'est nous pousser à avoir une attitude réflexive et à plus se remettre en question, à revoir, enfin à repenser des consultations là où on n'a pas réussi pour voir comment on peut progresser

- L'absence de cours pratique décrite de façon unanime:

on a tout vu dans les bouquins mais dans les bouquins c'est pas la vraie, c'est pas la vraie vie et on aurait peut-être besoin d'avoir la...la cuisine quoi!

alors ça je ne sais pas non plus si c'est dans le truc ou pas mais à un moment, ils parlaient de...euh, faire plus de cours théoriques euh, dans notre formation en médecine gé et c'est vrai qu'on n'en a pas eu....du tout en trois ans.

3G: c'est ça, je pense que ce qu'il manque c'est le manque de retour...ou de compléter ce qu'on a pu faire par nous-mêmes. Ça manque parfois d'un peu de théorie.

- La formation manquant parfois de pédagogie au cours de l'externat :

1C: et dans les pays anglo-saxons, ils sont, ils sont, ils sont avec les étudiants, ils ne sont pas sur les étudiants à coup d'examens, ils sont avec les étudiants au fur et à mesure, et il y a du contrôle continu

- Les rôles des chefs de clinique et ECA (Enseignants Cliniciens Ambulatoires) non identifiés:

2H: non juste que par rapp...par rapport au...au comment...au rôle du chef de clinique par exemple, euh...je vois si je prends un exemple au hasard: gynéco, euh...les chefs de clinique avec les internes, ils ont un rôle enfin important au niveau pédagogique, dans les stages et tout ça et euh...là en médecine générale je vois pas trop le...le rôle du...du chef de clinique.

2F: ne serait-ce que...que savoir, oui, ce qu'ils font et...savoir qui ils sont, ce qu'ils font et euh...pouvoir peut-être entrer plus en communication avec eux pour euh...si on a besoin...enfin.

1B: il faut des bons pédagogues aussi et puis là, ça c'est par contre le rôle de l'université à fond, de nommer des gens correctement et là on revient sur des problèmes de démographie dans le problème de la médecine générale où on a 1 ou 2 PU pour 200 enfin 120 internes alors que dans des spécialités, ils sont 3-4 PU pour 12 internes

- Formation pratique des professionnels de santé

La formation pratique actuelle est marquée par la maquette du D.E.S. de médecine générale et en particulier par l'obligation de faire un choix entre gynécologie et pédiatrie :

2C: bah comment est-ce qu'elle nous forme? Mal finalement! non mais je dis ça par rapport à la gynéco.

Une fois de plus, la qualité des stages est ce qui excelle dans la région :

1D: bah je pense qu'elle a aussi un rôle dans l'évaluation des stages et tout ça et du coup les stages qui ne sont pas bons, bah du coup on n'y va plus et voilà, enfin...on essaie d'avoir la meilleure formation possible. Ca c'est pas la fac qui le fait d'ailleurs, c'est le boulot du CRP¹. Oui mais quand même la fac je pense qu'elle doit avoir un rôle là-dedans, euh, c'est pas le président du CRP qui doit s'occuper de tout de A à Z tu vois.

2E: oui, donc on en revient là, pour moi la formation la mieux c'est pratique. C'est les terrains de stage qui nous forment au mieux.

Les stages hospitaliers notamment au CHU créent des divergences d'opinion entre internes :

2H: c'est comme par exemple, enfin après ça c'est mon seul avis mais le stage obligatoire au CHU, je ne vois pas en quoi ça apporte plus qu'un autre stage.

Par ailleurs, l'encadrement entre stage ambulatoire et stage hospitalier constitue une vraie différence pour les internes de médecine générale :

mais que finalement c'est le, la pratique où il n'y a pas l'accompagnement, euh, il n'y a pas l'accompagnement adapté. Parce qu'il y a pleins de PU-PH, ils ont fait pleins de publications et finalement quand il s'agit d'enseigner à un enseignant, euh à un étudiant, voilà, bon bah ils ne savent pas quoi faire.

2H: bah mieux formé c'est apprendre plus de choses.

2E: plus encadré.

2C: mieux formé à la médecine générale.

1B : Euh, là, le...la...c'est là où je suis assez étonné et agréablement surpris, la formation en stage de médecine générale, où finalement on est avec le praticien, alors c'est variable d'un praticien à l'autre mais on a vraiment le compagnonnage qui, qu'on nous décrit depuis des années ou qu'on a pu lire dans le serment d'Hippocrate en P1, qui n'existe pas ou peu ou qui est très irrégulier dans une struc..., dans les structures hospitalières où on passe l'essentiel de notre formation.

2E: mais c'est pas la majorité. Moi, je trouve que pour ça, on a vachement de chance parce que j'ai l'impression d'avoir été formée à mon futur boulot alors que je ne suis pas sûre que mon mari dise pareil.

¹ CRP-IMG : Comité Régional du Poitou-Charentes des Internes de Médecine Générale, communément appelé CRP.

Les stages au cours de l'externat ne semblent pas correspondre à ce qu'attendent les étudiants pour se construire en tant que professionnel de santé :

c'est des mises en situation où nous on considère que quand on est en stage, on est mis en situation mais au final, généralement, on examine notre patient seul et les médecins ils ne voient pas du tout comment on interagit avec lui, euh...ils nous, comme tu dis ils nous font confiance mais ils devraient quand même nous évaluer de temps en temps.

1B: le CSCT où, euh, où des fois, enfin moi je l'ai passé sur un cas clinique dans un bureau alors que c'est censé être le, euh, vraiment la chose qui fait de nous un médecin.

L'autoformation est à nouveau citée :

1B: l'apprentissage par l'expérience.

Il semble manquer un enseignement au cours des stages quant à l'attitude à adopter avec les patients et le relationnel de manière générale :

1B: pour X raison et donc du coup, en terme de formation, moi je pense qu'il y a... des carences qui sont majeures et encore une fois on s'exerce sur des patients, euh... pour lesquels on n'a aucune formation en terme de relationnel là aussi.

Les stages à l'étranger sont un manque dans notre expérience pour voir comment travaillent nos pairs et apprendre différentes pratiques:

1G: moi je vois un autre levier aussi, pour être un bon médecin, faut élargir son horizon comme pour beaucoup de choses, qu'elle devrait plus inciter au...à faire des stages à l'étranger et c'est très dur, enfin moi j'ai trouvé ça assez dur, enfin je voulais faire au moins un stage d'externat à l'étranger, elle n'aide pas du tout.

L'évaluation en stage arrive tardivement. Elle permet une critique positive pour évoluer et s'améliorer :

2F: peut-être qu'il manque euh...des, pas des évaluations mais un, un retour des maîtres de stage dans certains stages avant le dernier stage, enfin essayer de faire des sortes de, de bilan à mi-stage ou.... pour essayer de voir ce qu'on a appris, nos lacunes, enfin pour que ce soit encore plus bénéfique et avancer

Les maîtres de stage vont créer une différence de formation selon leur motivation « pédagogique » :

Il y a quand même le problème qui se pose du manque de praticiens, ce qui fait que certains praticiens ne sont pas du tout formateurs, de nombreux internes les ont déjà signalés et malgré tout, ils sont quand même conservés comme maîtres de stage.

Enfin, le rôle de la faculté de médecine dans le côté pratique de notre formation n'est pas bien défini :

C: je vois pas le rôle de la fac dans ma formation de médecin généraliste. Je vois les, mes maîtres de stages, les chefs de services dans lesquels je suis passée mais la fac, je vois pas!
3E: après c'est chapoter tout ça et d'organiser, enfin de, de recruter les maîtres de stages pour qu'il y ait des stages chez le praticien euh, etc...

- Propositions envisagées pour améliorer la formation

D'une part, en ce qui concerne la formation théorique, les internes proposent :

- La mise en place de cours pratiques :

2H: en début de...d'année, tu fais une table ronde, je sais pas moi, entre internes ou voilà et....faut parler de ça, enfin dire "quel thème vous voulez aborder? quel thème..."

2E: il y a des sujets compliqués: la sexualité, le suicide...il y a des trucs que tu peux pas aborder, que les médecins ne savent pas aborder.

3B: faire des cas cliniques de médecine générale avec "vous êtes à tel endroit, vous avez tels moyens et il vient avec ça, qu'est-ce que...comment, comment tu t'organises pour euh, pour le prendre en charge?" Des cas cliniques de médecine générale.

3G: je pense que c'est plus une formation sur le savoir-faire que sur le savoir tout court.

- Une évolution de l'enseignement dès l'externat :

1B: Il devrait y avoir un contrôle continu qui, enfin....on ne peut pas sanctionner toutes nos années d'études par un examen au bout de la 6e année, euh...un, un certificat, euh, théoriquement ...

1 H : Il y a moitié, il y a 2-3 fois plus de médecins généralistes que de spécialistes et finalement en enseignants, t'as pratiquement que des, que des spécialistes donc forcément il y aura un décalage dans l'enseignement où ils vont aborder des sujets qu'ils verront en hospitalisation, une façon d'aborder le patient qui sera forcément différente parce que le patient à l'hôpital, il n'a pas le choix

- Une révision de certains sujets abordés pendant l'internat :

1C: là où je me joins à P. c'est que la question qu'on dit c'est pas qu'il faut forcément avoir un cours, c'est que il y a, il y a un ordre de priorité dans les sujets des cours, c'est ça la différence.
3C: euh, les bons de transport, juste savoir ce qu'on a le droit de faire, ce qu'on n'a pas le droit de faire.

- Un réaménagement du fonctionnement des GEAPI et séminaires :

2H: voilà, parce que les geapi, nous on parle de notre ressenti, de nos trucs qui nous ont posé problème etc...mais on ne sait pas comment eux ils auraient géré la situation, comment...nous donner des clefs, nous donner...même si enfin en saspas un peu mais...

- Un complément de formation par les paramédicaux :

2C: mais ouais mais pour moi les paramédicaux, ils avaient pas leur place dans...ils avaient leur place dans notre formation: nous donner des cours des machins

- L'existence de groupes de pairs obligatoires.
- La communication sur les formations possibles en post-internat :

2B: peut-être nous proposer ce qu'on peut faire à...en post-internat: faire des FMC, faire des groupes Balint, faire voilà des groupes de pairs, enfin...

- Les possibilités de formations parallèles à celle transmise par la faculté.
- Une amélioration du mémoire de D.E.S. :

2E: S'ils montent à plusieurs pour...pour discuter d'une seule personne "ah moi je l'ai vu comme ça, etc...", "ah ouais c'est vrai qu'elle était comme ça, par contre moi j'ai eu des problèmes par rapport à ça", "ah c'est vrai j'avais pas remarqué mais c'est vrai ce que tu dis". Peut-être mais finalement le mémoire, c'est ça l'objectif: c'est de s'auto-évaluer et peut-être...bah au moins que ce soit, au moins que ce soit justifié parce que contrairement à une thèse ça sert à rien, au moins que là, ça serve à quelque chose.

- Une formation approfondie et continue de tous les MSU.
- Une facilité d'accès à l'ENT (Espace Numérique de Travail).

D'autre part, pour la formation pratique :

- L'évaluation des internes au cours de leurs stages est ce qui ressort en premier :

2E : Au final, il y a pas d'évalua...on s'est auto-évalué plus ou moins. Il n'y a pas d'évaluation et c'est vrai que si on, si on demandait, s'il y avait une grille par exemple de nos maîtres de stage qui nous évalueraient en fonction de certaines compétences, la relation médecin...c'est vrai de la médecine générale, les 11 compétences....

2F: c'est ce que je disais mais...oui et de le faire mais pas en fin de stage quoi, le faire régulièrement, au fur et à mesure pour que ton stage il soit bénéfique.

2F: le faire à 2mois, à 4 mois, à 6 mois.

- La révision de la maquette du D.E.S. de médecine générale à Poitiers quant au choix entre gynécologie et pédiatrie :

2E: ça il faut que ça ressorte dans votre thèse, la gynéco-pédia, mais c'est une honte, on va tous faire de la gynéco nous les femmes, il y en a la moitié qui n'ont jamais fait de gynéco. Faut vraiment que ça ressorte!

2I: oui donc éventuellement développer soit les, les formes de stages mixtes où on couple à la fois gynéco et pédiatrie ou alors scinder en 3 mois-3 mois

- L'accessibilité aux stages à l'étranger.
- L'amélioration de l'encadrement lors de l'externat.
- Le développement des stages SASPAS.
- La mise en place d'objectifs de stages discutés au préalable et obligatoire :

2I : On va euh, en hôpitaux généraux, peut-être que les médecins vont être un peu plus sensibles à la spécificité du médecin généraliste que les médecins de services hospitaliers du CHU n'ont pas tout à fait et peut-être que définir des objectifs de départ de stage dans les services de spécialité pour avoir, peut-être, à la fois un bon retour en tant qu'interne de médecine générale mais également aussi euh, avoir un recours efficient aux spécialistes ça peut être intéressant.

- L'encadrement dans toutes les structures où des internes sont présents en stage.
- La mise en place d'une formation pratique par des paramédicaux :

2E: peut-être nous donner des objectifs des paramédicaux dans notre formation générale. Ce serait intéressant d'avoir leur avis sur les objectifs que doit obtenir un médecin généraliste par rapport à leur spécialité.

- Une formation approfondie et continue des maîtres de stage.

3.2.3.2 La formation complémentaire

Actuellement, on remarque que les internes font appel à différents apports de formation pour venir compléter celle reçue par la faculté :

- Les FMC (Formation Médicale Continue).
- Les Diplômes Universitaires (DU).
- Les congrès.
- Les initiatives personnelles :

2H: c'est à toi...c'est à toi de te bouger aussi et de faire des formations, tu te dis je suis mauvais dans ça...ça sert à rien d'apprendre que des trucs que tu sais enfin...tu vas pas te perf...enfin te perfectionner dans un truc que tu sais, faut que tu ailles dans les endroits où t'as peur, où

- Les groupes Balint.
- Les groupes de pairs.
- Les stages satellites.
- Les stages à l'étranger.
- Les spécialistes :

pour essayer de faire en sorte aussi qu'après aussi, en tant que médecins généralistes tu, tu, tu saches plus euh, comment les aborder, comment avoir un avis euh, enfin quoi mettre dans un courrier pour avoir ton avis rapidement euh, savoir ce qui, enfin je sais pas enfin...

3.2.3.3 Les participants à la réflexion sur les besoins de formation

Afin de permettre une formation qui répond aux besoins de santé de la communauté que l'on soigne et suite aux propositions faites par les internes, il leur a été demandé de lister les personnes pouvant participer à cette réflexion :

- Les médecins, généralistes et spécialistes.
- Les paramédicaux.
- Les patients.
- Les internes de médecine toutes spécialités confondues.
- Le directeur du CHU.
- L'entourage familial aidant et les représentants de patients.
- L'ARS.
- Le DMG.
- Les maîtres de stages, tuteurs et chefs de cliniques.
- Les acteurs de santé publique.
- Le CRP-IMG (Comité de la Région Poitou-Charentes des Internes de Médecine Générale).
- Les représentants de médecines parallèles (acupuncteur, homéopathe, ostéopathe).

- Les directeurs de maisons de retraite.
- Les structures scolaires (médecin et infirmière scolaires)
- Le conseil de l'ordre.
- La faculté de médecine.

3.2.4 Les tâches du médecin généraliste

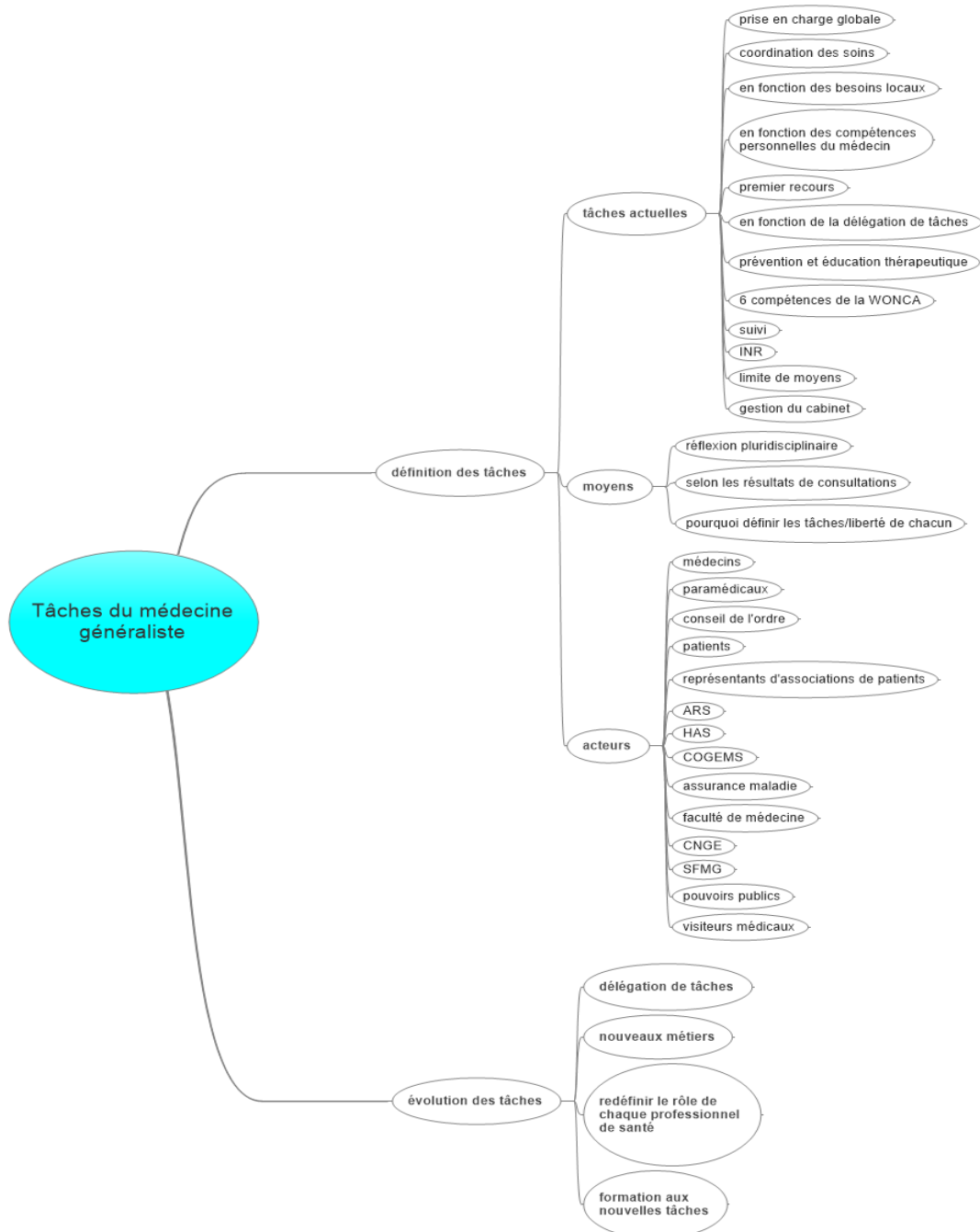


Figure 5 : Carte conceptuelle des tâches du médecin généraliste

3.2.4.1 Définition des tâches du médecin généraliste

Les tâches du médecin généraliste ne sont pas clairement définies. Selon les internes interrogés, voici les tâches qui incombent aux médecins généralistes et les moyens de les définir.

- Les tâches du médecin généraliste

- La prise en charge globale.
- La coordination des soins.
- Tâches définies selon les besoins de la communauté et de la zone géographique :

2I: si, si on veut être logique, les tâches du médecin généraliste, pour moi je le définis comme ce qui est attendu à la fois par euh...on va dire euh...les organismes de sécurité sociale, l'agence régionale de santé, les patients qui, qui vont définir nos tâches via leurs besoins.

3H: et donc elles vont changer en fonction des différentes régions, de là où tu travailles.

- Tâches définies selon les compétences de chacun :

2G: c'est les médecins généralistes qui, qui décident en fait en fonction de leurs compétences de s'arrêter à tel moment et de l'adresser à d'autres confrères ou des spécialistes euh, les médecins si, enfin les patients s'il arrive pas à, s'il arrive pas à soigner...

- Le premier recours.
- Tâches définies selon la délégation de soins :

1B: je pense qu'il faut que tous les acteurs participent parce que faut redéfinir le rôle de chacun par rapport à un profil de patients donné, alors il y a, faut, il y a, euh, une multiplicité de profils importante mais, euh c'est peut-être par rapport à ces données-là qu'on pourra adapter l'offre de soins, euh, enfin après je connais pas, je ne sais pas l'échelle locale, régionale, etc...

- La prévention et l'éducation thérapeutique.
- Tâches définies selon les 6 compétences du médecin généraliste définies par la WONCA (9):

2F: "comment", "comment" c'est peut-être une erreur mais il y a...enfin voilà, on nous apprend les 11 compétences ou les 6 compétences du médecin généraliste, c'est un peu voilà ce que, ça résume un peu notre champ d'actions et les compétences qu'on doit avoir...

- Le suivi.

- L'adaptation de l'INR :

2D: enfin, je sais pas mais l'exemple par exemple previscan-INR, la tâche qui incombe au médecin généraliste, est-ce que c'est forcément au médecin généraliste de dire "bah là, vous aviez ½ comprimé, il faut prendre ¾ parce que votre INR n'est pas assez haut"? Euh...est-ce que ça ne peut pas être délégué à une infirmière?

- Tâches définies selon la limite de moyens :

3G: en même temps, est-ce que tu as les moyens euh, dans le temps et financièrement et techniquement d'être bon dans tous ces domaines-là? Tu restes médecin généraliste. T'es pas orthopédiste, chirurgien, gynéco, pédiatre, dermato, cardio...Enfin, moi je veux bien faire des ECG à tout le monde mais il faut qu'on me mette une demi-heure par consult quoi.

- La gestion du cabinet.

- Les moyens envisagés pour définir les tâches du médecin généraliste

Diverses suggestions sont faites pour élaborer un moyen efficace de définir les tâches du médecin généraliste. Tout d'abord, il s'agit d'une concertation pluridisciplinaire :

1B: euh, en, en, en ayant tous les acteurs potentiels, en disant quel acte ou quelle tâche est du, de, du, du recours de tel ou tel, euh, professionnel parce que...

2D: oui, ceux qui nous représentent se réunissent et discutent.

Ensuite, les internes proposent de se référer aux études de pratiques et résultats de consultations pour se calquer au mieux aux besoins des patients :

3C: faudrait voir par rapport aux, aux consultations en fait. Bah les, aux, aux consultations, les motifs de consultation, peut-être qu'il faudrait faire une étude sur les, les principaux motifs de consultation et ça nous dirait en fait ce que la population attend réellement de nous et savoir quelles sont les, les tâches sur lesquelles il faut qu'on soit le plus compétent.

Malgré cela, certains ne sont pas d'accord pour lister les tâches du médecin généraliste dont la particularité est d'être libre d'orienter son activité comme il le souhaite tout en répondant à certaines obligations :

3F: ce serait pas...c'est un peu du verrouillage, du bridage de dire "toi tu fais telle tâche, tu ne vas pas plus loin que ça", alors que certains patients peuvent se sentir très à l'aise, en cardio, en dermato, voudront aller plus loin avant de passer la main au spécialiste.

Ils admettent également souvent dépasser leur compétence et pour cela propose de faire une étude de terrain en fonction des tâches accomplies dans les milieux médicalement dotés :

3C: tu vois en fonc...tu te mets là où il y a le plus de spécialistes, le plus de, enfin de, tous les, tous les paraméd...les médicaux, les paramédicaux et tu vois ce qu'un méde...un généraliste, ce qu'on lui demande réellement, ce que les patients lui demandent réellement.

3.2.4.2 Evolution des tâches du médecin généraliste

Les tâches du médecin généraliste sont amenées à évoluer avec la modification de la démographie médicale :

- La délégation de tâches :

2F: avec les recommandations, enfin je sais pas si c'est exactement les recommandations HAS mais pour revenir à l'exemple de l'éducation thérapeutique, il peut y avoir un transfert de tâches justement par les infirmières qui font de l'éducation thérapeutique et euh....

- La création de nouveaux métiers de la santé :

3A: j'avais, j'avais entendu parler d'une thèse comme ça euh....sur les nouveaux, les nouveaux métiers euh...sur les nouveaux métiers qui pouvaient être proposés en, en médecine. Ça venait de, des Royaume-Uni [...] je me souviens plus très bien de la conclusion mais en gros c'était pas trop la bienvenue et ça foutrait... [...]

- La redéfinition des rôles de chaque professionnel de santé :

1B: bah moi, moi je verrai dans un tableau de recommandations, clairement, médecins généralistes et spécialistes parce que...

- La formation aux nouvelles tâches du médecin généraliste :

*2C: bah par les formations!
2H: groupes de pairs.
2C: les groupes de pairs....les FMC....euh....les groupes Balint.*

3.2.4.3 Acteurs déterminant les tâches du médecin généraliste

Afin d'évoluer dans la réflexion des tâches de chaque professionnel de santé et en particulier du médecin généraliste pour répondre au mieux aux besoins de santé de la population, il est important de savoir qui doit participer à cette réflexion sur la définition des tâches :

- Les médecins, généralistes et spécialistes, libéraux et hospitaliers
- Les paramédicaux
- Le conseil de l'ordre des médecins
- Les patients
- Les représentants d'associations de patients
- L'ARS
- L'HAS
- Le COGEMS
- L'assurance maladie
- La faculté de médecine

- Le CNGE
- La SFMG
- Les pouvoirs publics
- Les visiteurs médicaux

3.2.5 L'évaluation des objectifs fixés

Certains objectifs sont fixés pour répondre aux besoins de santé de la population. Une fois les objectifs définis, il faut s'assurer qu'ils soient bien remplis. Pour cela, il est indispensable de trouver un moyen de les évaluer de façon durable.

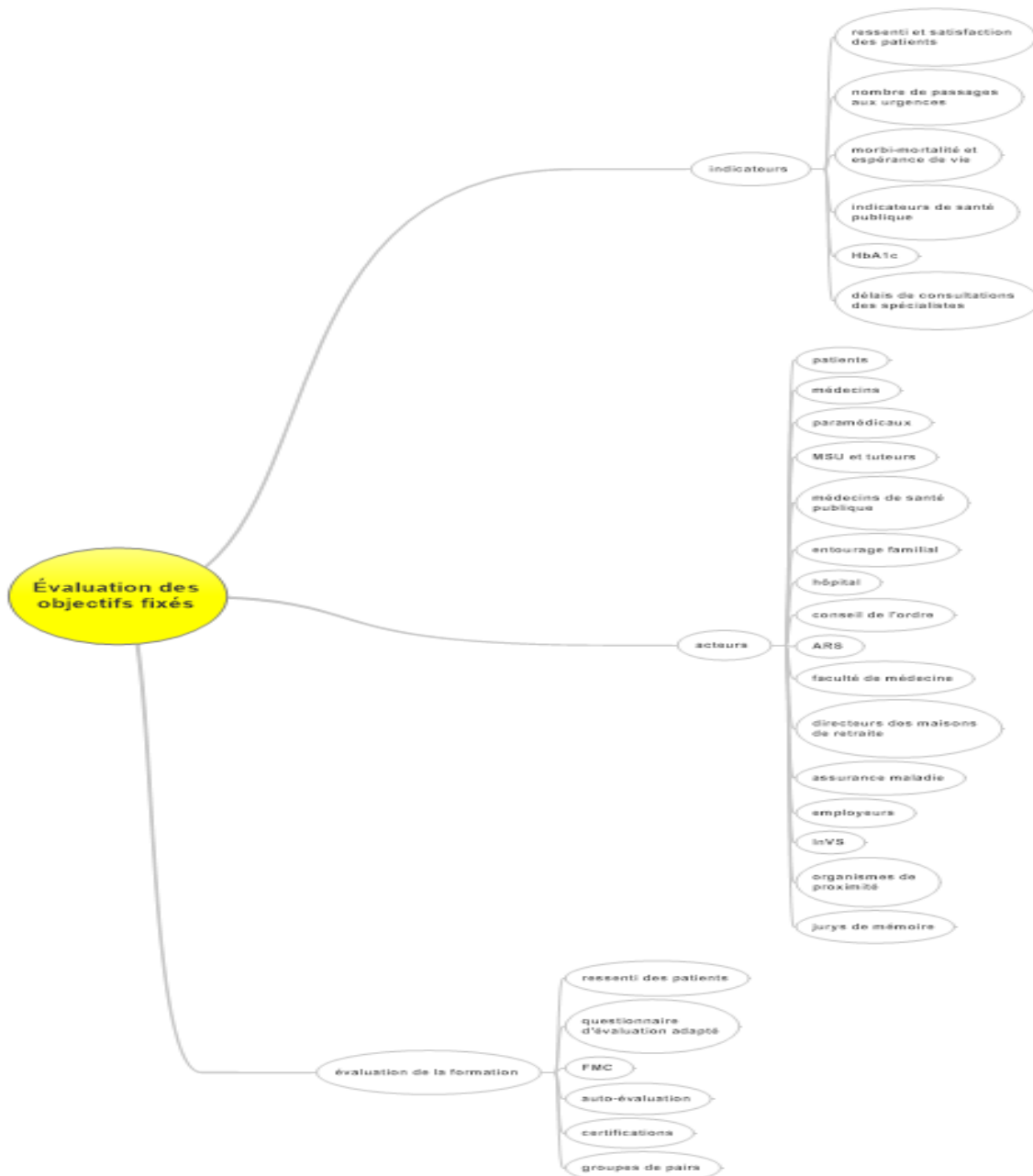


Figure 6 : Carte conceptuelle de l'évaluation des objectifs fixés

3.2.5.1 Les indicateurs utilisés pour l'évaluation

Les moyens possibles cités par les interviewés permettant d'évaluer les objectifs fixés sont :

- Le ressenti et la satisfaction des patients :

1B: voilà, il y aura des chiffres et puis il y aura euh, comme on voit dans les, les grands euh, les grands sondages qui défraient la chronique, voilà il faudra qu'il y ait un sondage d'opinion des patients puis il faudra..et des praticiens

1I: un questionnaire de satisfaction du patient.

- Le nombre de passages dans les services d'urgence.
- La morbi-mortalité et l'espérance de vie :

1B: de poser les problèmes. Si on se pose un problème d'espérance de vie, bah on aura l'amélioration sur l'espérance de vie, en bonne santé ou pas, sur euh, un diabète euh, sur une prise en charge de plaies, sur la morbi-mortalité avec tout un tas de, de, de...

- Des indicateurs de santé publique.
- L'hémoglobine glyquée :

1D: oui oui globalement enfin...ou bien je ne sais pas, peut-être plus précis moi euh, est-ce que...de combien de points on a fait baisser l'hémoglobine glyquée des diabétiques?

- Les délais de consultation chez les spécialistes :

3C: l'ARS, la région. Voir si les délais d'attente des consultations chez les spécialistes diminuent.

3.2.5.2 Les acteurs de l'évaluation

Outre les indicateurs, certaines personnes sont responsables de ces évaluations à la fois en tant qu'évaluateur et acteur. On retrouve :

- Les patients
- Les médecins, généralistes et spécialistes
- Les paramédicaux
- Les maîtres de stage et tuteurs
- Les médecins de santé publique
- L'entourage familial
- L'hôpital
- Le conseil de l'ordre

- L'ARS
- La faculté de médecine
- Les directeurs de maisons de retraite
- L'assurance maladie
- Les employeurs
- L'InVS
- Les organismes de proximité
- Les jurys de mémoire

3.2.5.3 L'évaluation de la formation

L'évaluation des objectifs fixés pour répondre aux besoins de santé passe par l'évaluation de la formation donnée aux internes de médecine de Poitiers. A nouveau, comment et par qui évaluer cet enseignement qui doit nous former à devenir des acteurs de santé publique et permettre un impact positif sur la réponse aux besoins de santé ? De plus, au-delà de l'enseignement donné en tant qu'interne, comment évaluer de façon continue la formation des médecins de la région ?

Le ressenti des patients semble être une clé de l'évaluation. Au cours des stages, ce sont eux que nous soignons. Leurs appréciations sur notre comportement et nos aptitudes seraient un élément à prendre en compte :

2G: en fait, c'est à chaque f...pour moi à chaque fois que...à chaque fois qu'un patient qui a consulté l'interne qui retourne voir le médecin...son médecin généraliste, le médecin généraliste voit sur l'ordinateur "a consulté l'interne" et du coup, le maître de stage demande "alors comment...comment avez-vous ressenti la consultation? Est-ce que vous pensez que l'interne a été compétent? Quels sont..."

Les moyens proposés pour l'évaluation de la formation sont :

- La révision des questionnaires d'évaluation de stages.
- Les FMC avec un système de points :

3F: des sortes de questionnaires comme, à chaque fois, ils font à la fin de, à la fin des Prescrire, qu'on devrait renvoyer, je sais pas trop à qui, au conseil de l'ordre, un truc comme ça où ils auraient ensuite un barème, on aurait un questionnaire à renvoyer tous les trimestres sur des thèmes variés.

- L'auto-évaluation :

2B: après je pense qu'on s'auto-évalue en fonction des retours des patients hein, c'est...on se remet en cause à chaque fois et il y a une progression, on n'a pas forcément besoin des évaluations.

- La création de certifications :

3C: moi j'ai entendu parler de certification, que maintenant tout allait être une histoire de certification au niveau...alors je pense pas que ce soit dans les compétences mais par exemple, on aurait une, enfin régulièrement, on serait ré-évalué pour avoir une certification, par exemple qu'on sait prescrire une contraception donc il y aurait des items pour certifier qu'on est compétent dans ce domaine-là et qui serait ré-évaluer comme...à priori ça se fait dans, dans d'autres pays.

- Les groupes de pairs.

Les acteurs permettant cette évaluation sont :

- Les patients.
- Les paramédicaux.
- L'assurance maladie.
- Des organismes indépendants sans conflit d'intérêt :

3H: un organisme de proximité qui fait le lien entre les, les, la population et les soignants.

3E: oui.

[...]

3D: je suis d'accord avec toi. Un truc à but non lucratif et...

3B: juste observateur, qui est pas impliqué, parce que la sécu, enfin c'est des choses qui sont pas, ils ont quand même des intérêts, ils, ils évaluent selon leur optique à eux quand même.

4. DISCUSSION

4.1 La méthode

Notre étude s'inscrit dans un projet de recherche-action afin, d'une part, recueillir les diverses représentations que les internes de médecine générale se font de la formation donnée par la faculté de médecine de Poitiers quant à notre approche des problèmes de santé publique et d'autre part, diffuser l'information quant au concept de responsabilité sociale et le projet francophone dont découle cette étude. Son sujet et sa méthodologie étaient innovants pour la faculté de médecine de Poitiers.

La première difficulté de cette recherche a été le recrutement en nombre suffisant des internes de médecine générale. En effet, il a fallu redoubler d'effort et solliciter les internes à plusieurs reprises et par différents moyens (courriers électroniques, appels téléphoniques, rencontres) afin de pouvoir former des groupes de six à dix participants. Ceci s'explique par la durée des focus groups, 1h30 en moyenne, qui semble trop longue pour les internes. De plus, la période estivale à laquelle nous avons mené les entretiens nous a confrontés aux congés et remplacements d'un grand nombre d'entre eux. Pour le reste, certains ont évoqué le travail de leur mémoire ou thèse et ne pouvaient prendre du temps. Ce faible taux de participation est cohérent avec celui des autres études pour lesquelles ils sont sollicités au cours de l'année. Toutefois, nous avons pu créer des groupes de huit à neuf internes permettant la validité de l'étude et les critères d'inclusion ont été respectés.

Le troisième groupe comprenait des internes des trois promotions, les deux premiers groupes n'étaient constitués que d'internes de deux promotions (pas de TCEM3 dans le premier groupe, pas de TCEM1 dans le deuxième).

Les internes de TCEM 1 étaient les moins nombreux. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'ils soient au début de leur internat et ne se sentent pas encore concernés par les travaux de recherche.

Les internes de TCEM 3 étaient les plus nombreux (dix). Faisant parti de la même promotion que la thésarde et grâce aux relations créées en stage et en cours, il semble que les internes se sont sentis plus enclins à prendre du temps pour participer aux focus.

Par ailleurs, les trois entretiens n'ayant pas eu lieu simultanément, les internes des différents groupes ont pu discuter entre eux, entre deux focus groups, révélant ainsi aux suivants le contenu des séances. Cependant, à la fin de chaque entretien, nous avons demandé de ne pas en parler aux internes non présents tant que la recherche n'était pas terminée.

La deuxième difficulté de l'étude s'est fait ressentir lors des entretiens, lorsque le modérateur a posé les questions établies selon le guide d'entretien qualitatif. Celles-ci ont été difficiles à comprendre par certains et ont nécessité d'être répétées à plusieurs reprises voire reformulées afin d'être mieux comprises. C'est le cas de la première question qui a posé problème pour les 3 groupes à cause du mot *appréhender* pour lequel nous avons trouvé le synonyme *identifier*, ainsi que la question sur les *tâches* pour laquelle il a fallu recentrer le discours plusieurs fois car les internes déviaient sur les *compétences* (10).

D'autre part, le rôle du modérateur est fondamental lors de la réalisation des entretiens. C'est lui qui anime l'interaction entre les participants, relance la discussion, permet à chacun de s'exprimer et ainsi d'éviter que l'un ou l'autre domine la discussion. Il doit rester neutre au cours des entretiens. C'est un rôle peu aisé, c'est pourquoi nous avons choisi des personnes expérimentées dans l'animation de groupes. Le risque de biais était réel puisque les modérateurs étaient impliqués dans la recherche.

De même, la présence du chercheur pendant les focus groups peut gêner les participants mais il n'est jamais intervenu lors des entretiens pour ne pas influencer sur les échanges.

Enfin, l'analyse des données peut constituer un biais, le risque majeur est la perte d'informations, notamment dans les phases de transcription et d'encodage. C'est pourquoi nous avons pris soin de transcrire le plus fidèlement possible les discussions des internes. Lors de la lecture des verbatim, nous avons encodé un maximum de données afin de ne pas oublier d'éléments dans l'analyse. Dans un souci de validité du travail, nous avons triangulé nos résultats entre le directeur de ce travail et le deuxième chercheur. Nous avons aussi veillé à l'obtention de la saturation des données afin d'assurer la crédibilité des résultats.

4.2 Analyse des principaux résultats

4.2.1 Ressenti des internes de médecine générale sur l'implication de la faculté de médecine dans la responsabilité sociale

L'identification des besoins de santé est le rôle premier d'une faculté de médecine pour être socialement responsable selon le consensus mondial (axe 1). Au cours de cette étude, nous pouvons remarquer que les internes de médecine générale de la faculté de médecine de Poitiers ne constatent pas une implication de celle-ci dans l'appréhension des besoins de santé de la population qu'elle soigne. Ceci dit, une certaine confusion est faite. Selon leurs dires, le Département de Médecine Générale (DMG) et les maîtres de stages exercent un rôle actuellement dans l'identification des besoins via le pôle recherche, les travaux de thèse orientés selon un certain besoin et le quotidien des

maîtres de stages généralistes au contact permanent avec la population. Or, le DMG et ses maîtres de stages sont partie intégrante de la faculté de médecine.

De même, la réponse aux besoins de santé, qui constitue l'axe 2 du consensus mondial, est peu perçue par les internes comme étant prise en compte par la faculté de Poitiers. Au cours de l'externat puis de l'internat de médecine générale, seules la prolifération du nombre de stages ambulatoires et la répartition des stages chez le médecin généraliste sont actées comme étant organisées en partie par la faculté de médecine. Parallèlement, la maquette du DES ne permettant qu'un seul stage en ambulatoire tout en privilégiant le stage au CHU, ainsi que l'obligation de faire un choix entre les stages de gynécologie et de pédiatrie sont décrits comme étant peu favorables à une bonne réponse aux besoins de santé alors que la faculté y a un rôle prépondérant. En effet, dans certaines facultés comme celle de Rennes, il existe des stages de 3 mois en gynécologie et pédiatrie permettant aux internes d'être mieux formés aux besoins de leur population, « *développer soit les, les formes de stages mixtes où on couple à la fois gynéco et pédiatrie ou alors scinder en 3 mois-3 mois* ».

Les représentations des internes concernant l'implication de la faculté de médecine de Poitiers dans la responsabilité sociale à travers les premiers axes du consensus mondial sont plutôt négatives. Rappelons que le rôle d'une faculté socialement responsable est d'exercer une certaine influence sur les futurs médecins pour orienter leur carrière vers une meilleure réponse aux besoins de santé (11). En ce sens, nous savons qu'il existe au sein de la faculté de médecine de Poitiers, des commissions chargées d'évaluer les besoins en terme de formation et de stage dans les divers cabinets et hôpitaux ainsi que le souci de faire évoluer les stages ambulatoires afin de donner aux étudiants une expérience de la médecine générale dès l'externat et d'influer sur leur futur choix. Ceci constitue une part de la réponse aux besoins menée par la faculté.

En ce qui concerne la formation de la faculté de médecine prodiguée à Poitiers, les internes apprécient l'apprentissage par compétences et la démarche réflexive instaurée par les différents cours et travaux demandés. Cependant, ils signalent la nécessité d'un minimum de cours pratiques afin de transmettre un savoir-faire de pairs en pairs qui répondraient mieux aux besoins de la population que certains thèmes vus au cours des GEAPI. Par ailleurs, la médecine générale n'est pas enseignée pendant l'externat ce qui permettrait pourtant une meilleure connaissance de la spécialité choisie par plus de la moitié des étudiants de médecine de Poitiers. Quant à la formation pratique, la qualité des stages de la région est unanimement plébiscitée bien que, une fois de plus, la maquette obligeant à choisir entre gynécologie et pédiatrie est vivement critiquée. Nous constatons donc que la formation est dans une démarche de responsabilité sociale

puisqu'elle vise à répondre à un besoin des futurs médecins et de la population. Pourtant, les internes ne le ressentent pas ainsi. Peut-être est-ce la notion de responsabilité sociale qui manque pour mieux comprendre la démarche de notre faculté ?

D'autre part, on note une confusion dans les dialogues au cours des focus groups entre besoins de santé de la population et besoins de formation pour les internes. Chacun se recentre sur ses propres problèmes et tend à dire que cela manque aux besoins de santé de la population. Par exemple, les internes parlent du manque d'encadrement au cours des stages hospitaliers (où ils se trouvent 4 à 5 semestres sur 6) alors qu'il existe un vrai accompagnement lors des stages ambulatoires. De même, en vue d'une amélioration constante de leurs compétences, ils soulignent le manque d'évaluation par leurs maîtres de stages que ce soit pendant l'externat ou l'internat.

4.2.2 Les premiers indicateurs

L'objectif secondaire de cette étude est d'identifier les premiers indicateurs permettant d'évaluer l'investissement de la faculté de médecine de Poitiers dans la responsabilité sociale.

Au cours de la rédaction de cette étude, nous nous sommes rendu compte que les questions posées ne permettaient pas de répondre clairement à cette question. Cependant, à partir de ce qui a été dit au cours des focus groups, nous relevons comme principaux indicateurs :

- Le nombre d'externes faisant un stage ambulatoire.
- La mise en place de réflexions pluridisciplinaires pour répondre aux besoins.
- L'évaluation des futurs médecins selon leurs compétences.
- La certification des professionnels de santé au cours de leur carrière.

Le nombre d'externes faisant un stage ambulatoire :

Axe 1 : anticipation des besoins en santé de la société : « La faculté de médecine reconnaît les déterminants sociaux de la santé [...] Elle oriente en conséquence ses programmes d'enseignement, de recherche et de prestation de services. »

L'augmentation du nombre de stages ambulatoires pendant l'externat est un indicateur de l'anticipation des besoins de santé puisque le nombre de généralistes nécessaires dans les années à venir sera de plus en plus important notamment en milieu rural.

Mise en place de réflexions pluridisciplinaires pour répondre aux besoins :

Axe 2 : création de partenariats avec le système de santé et d'autres acteurs : « La faculté s'engage à travailler en étroite collaboration avec des partenaires dans le secteur sanitaire [...] et avec d'autres secteurs en vue d'améliorer la performance du système de santé et le niveau de santé de la population, au travers de ses missions d'enseignement, recherche et prestation de services. »

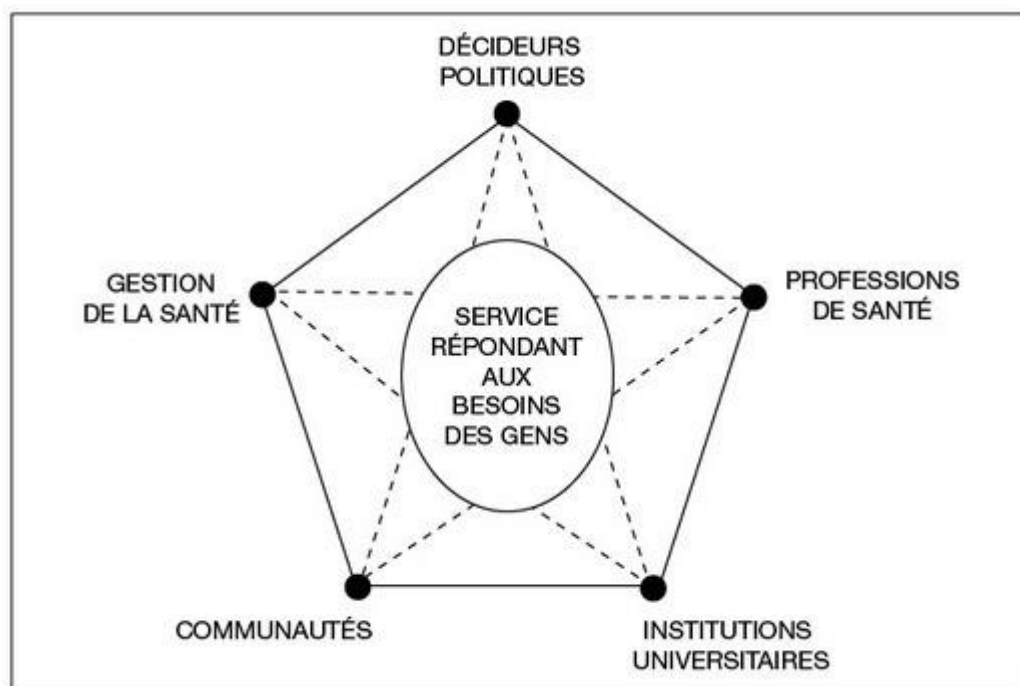


Figure 7 : Le pentagone du partenariat selon l'OMS

Une réflexion commune des différents partenaires de la faculté de médecine est indispensable pour avancer ensemble vers une réponse optimale aux besoins de la population soignée. Cela touche aussi bien les professionnels de santé que l'ARS, les directeurs d'hôpitaux, les décideurs politiques, les patients et leurs familles.

Evaluation des futurs médecins selon leurs compétences :

Axe 3 : adaptation aux rôles nouveaux des médecins et autres professionnels de santé : « La faculté de médecine prépare le médecin à un champ de compétences pertinentes aux valeurs sus-décrites et au concept de professionnalisme reconnu par les organisations compétentes. »

Axe 4 : éducation basée sur des résultats escomptés : « La faculté de médecine évalue régulièrement la performance des étudiants dans l'acquisition de l'ensemble des compétences comme décrit dans l'axe 3. »

L'apprentissage par compétences est enseigné actuellement pendant le DES de médecine générale. Celles-ci sont évaluées à travers le mémoire à la fin de l'internat

selon une analyse réflexive de notre parcours. Les internes suggèrent, en complément du mémoire, une évaluation venant de leurs maîtres de stages, selon leurs compétences, au cours des différents stages et à une fréquence plus régulière de 2 mois environ.

La certification des professionnels de santé au cours de leur carrière :

Une fois les études terminées, la responsabilité de la faculté de médecine se poursuit. Afin de s'assurer d'une bonne mise à jour des connaissances et compétences de chaque médecin, la faculté pourrait avoir un rôle d'évaluation au fil des années. La délivrance d'un certificat serait le gage de l'implication de chacun. « *L'institution qui forme et qui vérifie son impact sur la société mérite un label d'excellence* » (12). Cela permettrait à la faculté de médecine de vérifier son impact sur la société concernant sa mission de prestation de services et serait un point clé lors de l'accréditation.

Suite aux indicateurs cités, il est important de souligner que certaines actions déjà menées par la faculté de médecine de Poitiers s'inscrivent dans une logique de responsabilité sociale que nous retrouvons à travers les axes du consensus mondial : l'apprentissage par compétences en médecine générale, le développement des stages ambulatoires, l'évaluation des besoins en commissions. La progression de notre faculté dans cette voie responsable sera possible par une meilleure communication afin de sensibiliser tous les partenaires : étudiants, enseignants, médecins de toutes disciplines, paramédicaux, administratifs, patients. L'existence même du comité de pilotage de la responsabilité sociale au sein de la faculté de médecine de Poitiers est ignorée.

4.2.3 Les propositions secondaires

Parallèlement aux indicateurs, des propositions ont été faites par les internes de médecine générale pour améliorer, selon leurs points de vue, l'impact de la faculté de médecine de Poitiers sur la population de la région.

Afin d'évoluer dans l'appréhension et la réponse aux besoins de santé, les internes proposent de créer une voie parallèle aux ECN concernant certaines spécialités souffrant de la désertification médicale telles que l'ophtalmologie et la médecine générale et ainsi développer les aides comme le CESP, ce qui permettrait de mieux répondre aux besoins de notre population. L'idée est intéressante bien que difficile à mettre en place puisqu'il faudrait savoir très tôt dans l'externat la spécialité envisagée.

D'autre part, un enseignement de la médecine générale dès l'externat et par des professeurs, maîtres de conférences et chefs de clinique de médecine générale est un élément manquant actuellement et qu'il serait nécessaire de développer. En effet, la spécialité médecine générale est choisie par la majorité des externes de Poitiers en

ignorant tout de la profession et les cours sont enseignés quasi-exclusivement par des professeurs de spécialité du CHU.

Les stages de médecine générale durant l'externat se développent mais sont encore trop peu nombreux par manque de maîtres de stages pouvant accueillir les étudiants. Actuellement, ce sont les mêmes maîtres de stage qui reçoivent à la fois les étudiants en DCEM1, les externes en stage de 3 mois, les internes en niveau 1 et en SASPAS. Leur augmentation se poursuit mais reste insuffisante. C'est ainsi que le décrit le COGEMS : « *Le nombre de Maîtres de Stage Universitaire (MSU) dans la région ne cesse d'augmenter. Au 1er mars 2012 la région recensait 214 MSU contre seulement 70 en 2006. Sur les 214 MSU, 73 étaient habilités pour recevoir les DCEM1, 60 pour les externes dont le recrutement a débuté en 2009, 102 pour les internes de niveau 1, et 73 pour des SASPAS.* » Il est donc primordial de poursuivre cette croissance, un interne pose la question suivante « doit-on passer par une augmentation de leur rémunération en tant que maîtres de stages universitaires ? » Nous savons bien que l'augmentation des MSU ne dépend pas uniquement de la faculté de médecine de Poitiers. Cependant, c'est l'élément le plus important à prendre en compte pour permettre aux internes à venir de choisir la médecine générale en toute connaissance de cause et d'exercer dans des zones rurales où le besoin se fait de plus en plus ressentir auprès des communautés. C'est dans ce sens que le « Pacte territoire-santé » - pour lutter contre les déserts médicaux (13), présenté le 13 décembre par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé nous y aide en annonçant « Un stage en médecine générale pour 100% des étudiants » pour 2017, afin que tous les étudiants du deuxième cycle, soit 8000 étudiants, bénéficient d'un stage en médecine générale.

En 2012, M. Boinot, dans son étude sur les représentations de la médecine générale chez les étudiants de deuxième cycle (14), nous donne une appréciation des externes n'ayant pas fait le stage chez le médecin généraliste « *Les peurs des étudiants n'ayant pas fait le stage concernent l'erreur médicale, la gestion du cabinet, la proximité relationnelle trop importante, la difficulté à trouver ses limites dans ses compétences, l'exercice répétitif, la mauvaise prise en charge, l'isolement, l'obligation d'être « bon partout », la responsabilité médicale, les attentes des patients, la surcharge de travail, la critique de leur pratique ; ils reconnaissent leur méconnaissance du métier* » alors que les externes ayant fait le stage ne présentent pas du tout les mêmes craintes.

En ce qui concerne les cours enseignés lors du D.E.S. de médecine générale, deux critiques ressortent : l'absence de cours pratiques permettant une transmission entre pairs et le manque de connaissances sur les métiers des autres professionnels de santé. L'autoformation et son analyse réflexive sont valorisées par les internes mais connaissent certaines limites. Lors des entretiens, nous avons pu comprendre que ce qui manque à la formation est la transmission d'un savoir-faire par nos aînés. En clair, ce qui est suggéré c'est une révision des modalités des GEAPI et séminaires voire de certains

thèmes abordés pour privilégier un enseignement plus à type de groupes de pairs. Ceci permettrait de répondre aux besoins de formation des internes et indirectement aux besoins de santé de la population. Ces entretiens ont eu lieu au même moment que la révision des programmes du D.E.S. de médecine générale qui va dans ce sens-là.

De même, les internes évoquent le manque d'évaluation au cours de nos stages, ceux-ci étant validés vers le 5^e mois de stage selon une grille peu adaptée la plupart du temps. Ils suggèrent la création d'une grille de validation selon nos compétences de médecins généralistes qui s'adapterait à chaque terrain de stage et à la fréquence de 2, 4 et 6 mois de stage pour permettre une perpétuelle amélioration. Encore une fois, cette demande apparaît simultanément à la révision de la grille d'évaluation réalisée par un groupe d'experts selon une méthode Delphi et répond aux attentes citées ci-dessus.

Par ailleurs, il existe une réelle ignorance des champs de compétences et d'actions des paramédicaux. En dehors des stages satellites (journées de découverte de professions paramédicales au cours du stage de niveau 1, sur la base du volontariat), pour lesquels les internes ne sont pas tous égaux, la formation initiale n'apporte pas d'élément à ce sujet-là. Or, pour définir les tâches du médecin généraliste, il faut savoir quelles sont celles des infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, podologues, etc... Une proposition est donc faite pour intégrer les paramédicaux dans la formation théorique et pratique des internes de médecine générale de façon systématique et identique pour chaque interne.

En effet, les tâches du médecin généraliste ne sont pas clairement définies. Elles dépendent de chaque médecin selon leurs propres domaines de compétences, leurs appréciations personnelles, les besoins des patients en fonction du lieu d'exercice et de l'existence ou non d'un réseau médical et paramédical proche. Certaines tâches du médecin généraliste pourraient être relayées par les autres professionnels : c'est la délégation de tâches, encore faut-il qu'il y ait un réseau de soins dans un rayon kilométrique raisonnable. Par ailleurs, il semble que le métier de généraliste jouisse de cette liberté d'action qui le caractérise et auquel il est difficile de s'accorder pour y décrire des limites en terme de tâches à accomplir, celles-ci étant au bon vouloir de chacun tout en s'adaptant aux besoins de la population localement soignée.

Enfin, l'évaluation des objectifs fixés pour répondre aux besoins de santé concerne à la fois la faculté de médecine, les MSU, les étudiants, tous praticiens, ambulatoires et hospitaliers, et les paramédicaux. Celle-ci doit être réalisée de façon continue tout au long de notre exercice, tant au niveau de l'enseignement que de son applicabilité, de façon objective. C'est ainsi que chaque professionnel tendra à garder un certain niveau de compétence et à répondre toujours au mieux aux besoins des soignés. Une grille d'évaluation a été créée par C. Boelen et J. Heck (15). Elle permet de mesurer la

progression d'une faculté de médecine vers la responsabilité sociale dans la formation, la recherche et la prestation de services de soins.

Valeurs	Domaines et phases								
	Formation			Recherche			Services		
	Planification	Réalisation	Impact	Planification	Réalisation	Impact	Planification	Réalisation	Impact
Pertinence									
Efficience									
Qualité									
Equité									

Tableau IV : Grille d'évaluation de la responsabilité sociale d'une faculté de médecine.

Cette étude qualitative vient à la suite d'une étude quantitative ayant des objectifs similaires, menée à Poitiers par B. Tudrej en 2013 (16). Les résultats concernant le ressenti des internes étaient peu exploitables mais ceux se rapportant aux indicateurs permettant d'améliorer la réponse aux besoins sont comparables. En effet, les principaux résultats sont : « améliorer le travail de coordination avec les collectivités territoriales, afin d'adapter la répartition des spécialités médicales dans la région », « l'importance de coordination avec les institutions locales et d'augmenter l'influence de la faculté dans ces échanges », « Les remarques sur la formation médicale actuelle et des propositions de réformes sont nombreuses » : limite des ECN, inadaptation de la formation à la réalité des pratiques, favoriser l'ouverture aux autres disciplines, encourager de nouveaux enseignements, « système d'autoévaluation régulier et réactualisé au cours du cursus ».

5. CONCLUSION

La responsabilité sociale des facultés de médecine constitue l'avenir de l'enseignement médical. A Poitiers, la création d'un comité de pilotage de la responsabilité sociale avec la présence d'un expert en éducation médicale engagé dans le projet francophone international prouve l'intérêt de notre faculté dans cette évolution. Celle-ci est lancée dans cette voie avec différentes actions déjà menées (commissions des besoins, stages, apprentissage par compétences, évaluation) mais peu identifiées par ceux qui la cotoient. La difficulté est de sensibiliser tous les partenaires de la faculté de médecine avec, dans un premier temps, ses enseignants et étudiants. La diffusion de l'information a débuté par une étude quantitative et s'est poursuivie par la conférence de Charles Boelen le 19 septembre 2013 à la faculté de médecine de Poitiers. Malheureusement, ces actions ont attiré peu de monde ne permettant pas de sensibiliser de manière efficace.

Notre faculté progresse doucement sur « l'autoroute » de la responsabilité sociale des facultés de médecine alors que ses étudiants ne semblent pas en prendre suffisamment conscience. Cette étude est la première étape de la recherche-action de l'étude qualitative. La communication est donc un enjeu aujourd'hui pour progresser ensemble. Celle-ci passe par différentes actions à prévoir, c'est la deuxième étape de la recherche-action. La diffusion des résultats de cette étude auprès des internes de médecine générale constitue une première action.

D'autre part, cette recherche qualitative est pilote du projet de recherche-action international. Elle établit une base méthodologique pour élaborer les recherches à venir concernant tous les acteurs du système de santé de notre région mais aussi des diverses universités engagées dans ce programme de recherche-action. Une étude qualitative est menée à Sousse en Tunisie mais les résultats ne sont pas encore publiés.

Notre engagement se poursuit par une participation active à la rédaction du protocole qualitatif et à la coordination des prochains focus groups pictaviens.

A terme, l'adéquation des indicateurs qui seront proposés par tous les acteurs du système de santé de notre région permettra, à la faculté de Poitiers, une avancée dans la responsabilité sociale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Réorienter l'enseignement de la médecine et la pratique médicale en faveur de la santé pour tous. Résolution WHA 48.8 de l'Assemblée mondiale de la santé. Genève, OMS, 1995.
2. Boelen C., Heck J.E. Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine. Organisation Mondiale de la Santé. 1995.
3. Boelen C. Il y a peut-être un Avenir pour la pédagogie médicale. Pédagogie médicale. Février 2005, Vol. 6, 1, p. 8-14.
4. Stratégie Mondiale de la Santé pour Tous d'ici l'an 2000. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1981.
5. Boelen C. Vers l'Unité Pour la Santé. Défi et opportunités des partenariats pour le développement de la santé. Document de Travail. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2001.
6. 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 Apr 7;12(1):37–48.
7. Boelen C, Gomes J, Grand'Maison P, Deneuf JF, Jutras F, Keita M, et al. Proposition de projet de recherche - action francophone, Améliorer l'impact de la faculté médecine sur la santé : la démarche de responsabilité sociale. 2011.
8. Touboul P. Recherche qualitative: la méthode des focus groups. Guide méthodologique pour les thèses en médecine générale. 2012. Disponible sur: www.nice.cngc.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef
9. THE EUROPEAN DEFINITIONS of The Key Features of the Discipline of General Practice The Role of the General Practitioner and A description of the Core Competencies of the General Practitioner / Family Physician. Commission of the WONCA European Council. WONCA EUROPE. 2011.
10. COGEMS Poitou-Charentes - Collège des Généralistes Enseignants Maîtres de Stage de la Région Poitou-Charentes. Les fonctions et compétences du médecin généraliste. [Internet] Disponible sur : http://www.cogemspc.fr/des/promotion2008/fonctions_competchances_2008.pdf
11. Boelen C. A quand une université socialement responsable? Le cas de la faculté de médecine. La Presse Médicale. 2012; 41: 1165–1167
12. Boelen C, Grand'Maison P, Ladner J, Pestiaux D. Responsabilité sociale et accréditation. Une nouvelle frontière pour l'institution de formation. Pédagogie Médicale 2008; 9 (4): 235–244
13. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Le "Pacte territoire-santé", Pour lutter contre les déserts médicaux, dossier de presse. 2012.
14. Boinot M. Représentations de la médecine générale chez les étudiants de deuxième cycle des études médicales ayant effectué le stage ambulatoire de trois mois. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2012.
15. Boelen C., Heck J.E. Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine. Organisation Mondiale de la Santé. 1995.
16. Tudrej B. Responsabilité Sociale des facultés de médecine, Poitiers dans une démarche internationale : une recherche action. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2013.

ANNEXES

ANNEXE 1: CONSENSUS MONDIAL



Global Consensus for
Social Accountability
OF MEDICAL SCHOOLS

Consensus Mondial
sur la Responsabilité Sociale
des Facultés de Médecine

Décembre 2010



La traduction du document « Global Consensus of Social Accountability of Medical Schools », a été assurée par les membres du groupe Santé et Société de la SIFEM :

Charles Boelen, consultant international, ancien coordonnateur du programme de l'OMS des ressources humaines pour la santé, France.

José Gomes, Département de Médecine Générale, UFR de Médecine et Pharmacie, Université de Poitiers, France

Joël Ladner, Département d'épidémiologie et de santé publique, UFR de Médecine de Rouen, Université de Rouen, France

Luce Pélissier-Simard, professeur agrégé, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke, Canada

Dominique Pestiaux, Centre académique de médecine générale, Faculté de médecine, Université Catholique de Louvain, Belgique

Tewfik Nawar, professeur émérite, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke, Canada et président du conseil d'évaluation de la CIDMEF



Au début du XXème siècle, les facultés de médecine firent face à des défis sans précédent pour faire en sorte que la formation des médecins soit efficace et fondée sur des bases scientifiques, comme en témoigne le rapport Flexner en 1910. En ce début du XXIème siècle, d'autres défis importants sont à relever, notamment : l'amélioration de la qualité, de l'équité, de la pertinence et de l'efficacité dans la prestation des services de santé ; l'harmonisation avec les réalités sociétales ; la définition de rôles nouveaux pour les professionnels de santé ; la démonstration de l'impact des interventions sur le niveau de santé des citoyens.

Pour tenter de répondre à ces défis, 130 organisations et experts de par le monde, ayant des compétences en éducation médicale, en régulation professionnelle et en politique de santé, participèrent pendant huit mois à une séquence de trois consultations selon la méthode Delphi, couronnée par une conférence de consensus de trois jours modérée par un arbitre extérieur.

Le Consensus 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, recherche et service
- Renforcer la gouvernance et le partenariat avec d'autres acteurs de santé
- Evaluer et accréditer en vue de mesurer et d'améliorer la performance et l'impact

Une synergie entre réseaux et organisations est recommandée au niveau mondial pour la mise en œuvre du consensus, avec comme tâches :

- Un plaidoyer pour la reconnaissance de la pertinence du Consensus Mondial
- Des consultations pour l'adaptation et l'application du Consensus dans différents contextes
- Une recherche pour la confection de normes illustrant la responsabilité sociale
- Une coordination mondiale pour partager les expériences et soutenir les initiatives.

Un siècle après la publication du rapport Flexner, le Consensus Mondial sur la Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine est un jalon important qui marquera le développement de l'éducation médicale dans le monde à l'avenir.



Introduction

Un siècle après la parution du rapport Flexner sur l'état de l'éducation médicale en Amérique du Nord, le principal défi pour l'éducation des professionnels de santé en ce XXI^{ème} siècle réside dans la démonstration par les institutions de formation d'une meilleure contribution à l'amélioration de la performance des systèmes de santé et du niveau de santé des citoyens et des populations, non seulement par une adéquation des programmes de formation aux problèmes prioritaires de santé mais aussi par un plus grand engagement à anticiper les besoins en santé et en professionnels de santé du pays et à veiller à ce que les diplômés pratiquent là où sont les plus grands besoins en dispensant les services les plus attendus. Un nouveau paradigme d'excellence pour l'institution académique s'impose, requérant des normes et des mécanismes d'accréditation permettant de promouvoir et d'évaluer sa capacité à améliorer son impact sur la santé.

Du 10 au 13 octobre 2010, soixante-cinq délégués représentant des facultés de médecine et des agences d'accréditation à travers le monde se sont réunis à East London, en Afrique du Sud, pour finaliser le document de Consensus Mondial sur la Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine, dont le contenu est présenté ci-après. Ce fut l'aboutissement d'une préparation et d'une interaction étendues sur deux années avec un Groupe International de Référence (GIR), composé de 130 représentants d'organisations et personnalités reconnues pour leur expertise en matière d'éducation médicale, d'accréditation et de responsabilité sociale.

Avec l'aide d'un comité de pilotage de 20 experts internationaux, les membres du GIR participèrent à une suite de trois consultations itératives selon la méthode Delphi étendue sur une période de huit mois et se terminant par la conférence de consensus. Dès la première consultation, quarante-trois pages de commentaires et suggestions furent obtenues en réponse aux trois questions ouvertes suivantes :

- Comment les facultés de médecine devraient-elles améliorer leur réponse aux futurs défis de santé dans la société ?
- Comment cette disposition devrait-elle être renforcée, y compris par des systèmes d'accréditation, d'auto-évaluation et d'évaluation par les pairs ?
- Comment mesurer les progrès faits en la matière ?

A la suite des deux consultations suivantes et de la conférence de consensus, facilitée par un expert indépendant, l'analyse des réponses fit émerger des thèmes généraux et un consensus fut obtenu sur dix axes stratégiques. Chaque axe et son contenu sont ainsi le fruit d'un processus de consultation et de négociation démocratiques garantissant le fait que le consensus fut élaboré à partir de l'expertise et de l'expérience des membres du GIR.

Axe 1 : Anticipation des besoins en santé de la société.

Axe 2 : Création de partenariats avec le système de santé et autres acteurs.

Axe 3 : Adaptation aux rôles nouveaux des médecins et autres professionnels de la santé

Axe 4 : Education basée sur des résultats escomptés.

Axe 5 : Instauration d'une gouvernance réactive et responsable.

Axe 6 : Redéfinition de normes pour l'éducation, la recherche et la prestation de services.

Axe 7 : Amélioration continue de la qualité en éducation, recherche et prestation de services.

Axe 8 : Institutionnalisation de mécanismes d'accréditation.

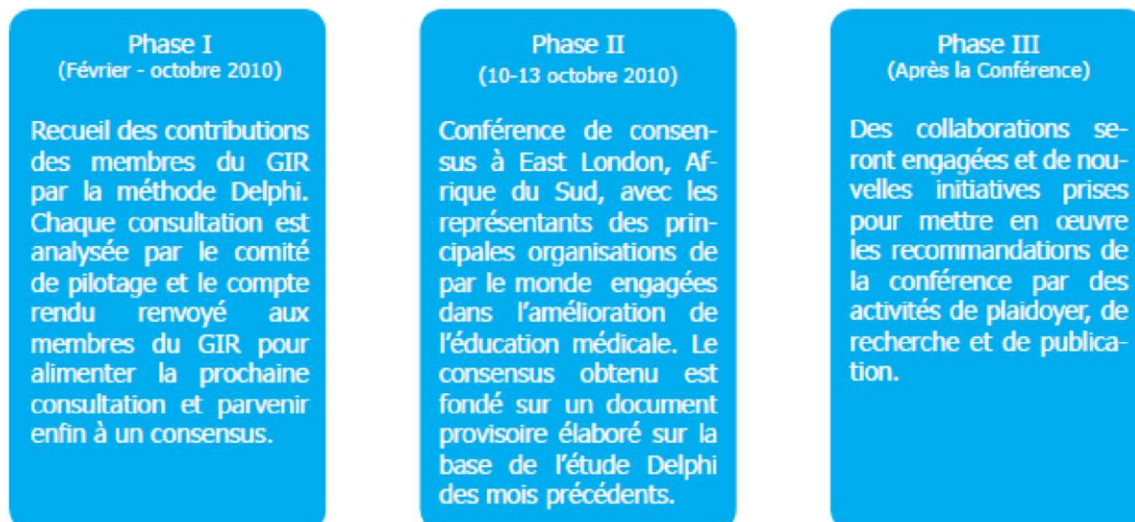
Axe 9 : Adhésion aux principes universels et adaptation au contexte local.

Axe 10 : Prise en compte du rôle de la société.



L'objectif général de l'initiative du Consensus Mondial sur la Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine est d'obtenir un agrément sur un cadre conceptuel permettant aux facultés de médecine d'avoir une plus grande influence sur la performance du système de santé et sur le niveau de santé des citoyens et des populations. Ce cadre devrait prévoir un corps de normes et des méthodes d'évaluation et d'accréditation ainsi que des directives pour satisfaire à ces normes.

Pour répondre à cette aspiration, un déroulement en trois phases a été conçu :



Nous entrons dans la phase III qui exigera des efforts concertés avec un grand nombre d'organisations et de projets. Avec les organisations représentées dans le GIR et d'autres qui se joindront au mouvement, on pourra espérer des progrès vers les améliorations souhaitées.

Le document qui suit représente un consensus clairement exprimé pour une démarche de qualité suivant les dix axes stratégiques. Cette démarche, comprenant le développement de normes et de systèmes d'évaluation et d'accréditation, est toute orientée vers l'amélioration de l'impact sur la santé de la société et des citoyens, au niveau local comme au niveau mondial. Des avancées dans cette direction constitueront une remarquable contribution pour le XXIème siècle.

Le Document de Consensus

Le consensus sur la responsabilité sociale couvre un champ s'apparentant à une vision systémique, allant de l'identification des besoins de santé à la vérification de l'impact que peuvent avoir les facultés de médecine sur ces besoins. La liste des dix axes stratégiques reflète cette séquence logique, en commençant par une appréhension du contexte social, la définition des défis et besoins de santé et la création de partenariats pour une action efficace (axes 1 et 2). Tenant compte des autres professionnels de santé, le rôle et les compétences du médecin sont évoqués (axe 3), pour servir d'inspiration aux stratégies éducationnelles (axe 4) que le faculté de médecine est appelée à mettre en œuvre, ainsi que des stratégies concordantes en matière de recherche et de prestation de services (axe 5). Des normes seront nécessaires pour permettre à la faculté d'atteindre un haut niveau d'excellence (axes 6 et 7), que l'autorité nationale se devra de reconnaître (axe 8). Alors que le concept de responsabilité sociale a valeur universelle (axe 9), les sociétés locales apprécieront en dernier ressort la pertinence des réalisations (axe 10).

AXE 1. ANTICIPATION DES BESOINS EN SANTE DE LA SOCIETE

1.1 Le développement des facultés de médecine s'appuie sur des valeurs fondamentales qui devraient se retrouver dans tout système de santé pour répondre aux besoins de la société : qualité, équité, pertinence, utilisation responsable des ressources, esprit d'innovation, partenariat et garantie de pérennité.

1.2 La faculté de médecine reconnaît les déterminants sociaux de la santé : politiques, épidémiologiques, démographiques, économiques, culturels, et environnementaux. Elle oriente en conséquence ses programmes d'enseignement, de recherche et de prestation de services.

1.3 La vision et la mission d'une faculté de médecine sont essentiellement inspirées des besoins actuels et futurs de la société pour développer l'enseignement (formation initiale, spécialisée et formation médicale continue),

la recherche (fondamentale et appliquée) et les prestations de services. La faculté de médecine anticipe les changements requis pour aboutir à un système de santé efficient et équitable et à des professionnels de la santé compétents.

AXE 2. CREATION DE PARTENARIATS AVEC LE SYSTEME DE SANTE ET D'AUTRES ACTEURS

2.1 La faculté s'engage à travailler en étroite collaboration avec des partenaires dans le secteur sanitaire (notamment les gestionnaires et décideurs des politiques de santé, les services de santé, les associations professionnelles, les autres professionnels de la santé, la société civile) et avec d'autres secteurs en vue d'améliorer la performance du système de santé et le niveau de santé de la population, au travers de ses missions d'enseignement, recherche et prestation de services.



Global Consensus for
Social Accountability
of Medical Schools

2.2 La qualité de ce partenariat est démontrée par la mise en place d'un processus continu de consultation avec les partenaires pour la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes d'éducation, de recherche et de prestation de services, dans le but de répondre aux besoins de santé prioritaires. La faculté conseille les autorités locales et nationales dans la définition des politiques et des stratégies visant à établir un système de santé adapté aux besoins sociétaux.

2.3 La faculté de médecine reconnaît la communauté qu'elle dessert comme principale partie prenante et participe à la gestion d'un ensemble cohérent de services de santé pour cette population dans le respect des valeurs fondamentales : qualité, équité, pertinence et efficacité. Dans ce cadre, elle met en œuvre et évalue des modèles innovants, intégrant à la fois la santé individuelle et la santé de la population, l'enseignement et la recherche.

2.4 La faculté considère que les soins de santé primaires constituent la base de tout système de santé, et porte une attention particulière à l'articulation des services de première ligne, avec les services de niveau secondaire et tertiaire dans le domaine de l'enseignement, la recherche et la prestation des services. Elle établit un équilibre entre les disciplines pour bien répondre aux besoins de santé. Ceci se reflète dans ses programmes d'enseignement, de recherche et de prestation de services.

AXE 3. ADAPTATION AUX ROLES NOUVEAUX DES MEDECINS ET AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE

3.1 La faculté de médecine forme des diplômés ayant une gamme de compétences cohérentes avec l'évolution des communautés qu'ils servent, le système de santé dans lequel ils travaillent et l'attente des citoyens. Les compétences sont définies en concerta-

tion avec les parties prenantes, y compris les autres professionnels de santé et des secteurs sociaux, considérant comme impératif un partage efficace et une délégation de tâches entre les membres de l'équipe de santé afin d'assurer des soins de qualité, accessibles à tous et efficaces

3.2 La faculté de médecine prépare le médecin à un champ de compétences pertinentes aux valeurs sus-décrites et au concept de professionnalisme reconnu par les organisations compétentes. De telles compétences incluent l'éthique, le travail en équipe, l'adaptation à la diversité culturelle, le leadership et la communication.





3.3 En accord avec les besoins liés à l'évolution de la société et les ajustements du système de santé, la faculté de médecine produit une diversité de spécialistes de qualité et en nombre suffisant. Une priorité est donnée à l'encouragement des diplômés à s'engager dans les soins de santé primaires.

3.4 La faculté de médecine reconnaît qu'indépendamment de leur spécialité future, les médecins doivent être clairement engagés dans des activités de santé publique, de façon cohérente avec leurs activités cliniques. Ceci inclut des activités relatives à la promotion de la santé, la prévention des facteurs de risque et la réadaptation pour les patients et l'ensemble de la population. Les diplômés s'investissent davantage dans des activités de plaidoyer et de réforme du système de santé.

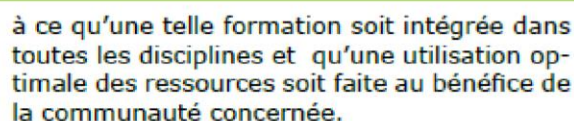
AXE 4. EDUCATION BASEE SUR DES RESULTATS ESCOMPTEES

4.1 La faculté de médecine recrute, sélectionne et aide les étudiants en médecine qui reflètent la diversité sociale et les groupes défavorisés.

4.2 L'éventail complet des interventions éducatives incluant le contenu et la structure du programme, l'attribution des ressources d'apprentissage, les méthodes d'enseignement, l'évaluation de l'étudiant, le développement professionnel des enseignants et les systèmes d'évaluation sont construits pour répondre aux besoins individuels et sociétaux.

4.3 Les opportunités et les équipements pour l'apprentissage sont largement disponibles pour aider les apprenants dans l'acquisition des habiletés de développement professionnel continu ainsi que des compétences relatives à la résolution de problèmes et la négociation nécessaires aux diplômés dans leur futur rôle de leadership.

4.4 Les étudiants se voient offrir une exposition précoce et longitudinale à des expériences d'apprentissage basées dans la communauté, à la fois en théorie et en pratique, pour comprendre et agir sur les déterminants de santé et acquérir des habiletés cliniques appropriées. La faculté s'engage pleinement



4.5 La faculté de médecine offre une gamme de services et des mécanismes pour soutenir ses enseignants et ses étudiants pour mettre en œuvre des stratégies éducatives et garantit que les diplômés possèdent les compétences attendues qu'exige un système de santé attentif aux préoccupations sociales.

4.6 La faculté de médecine évalue régulièrement la performance des étudiants dans l'acquisition de l'ensemble des compétences comme décrit dans l'axe 3.

4.7 Les méthodes et stratégies éducatives sont périodiquement révisées et actualisées en accord avec les bonnes pratiques en matière d'éducation médicale, l'évaluation de la performance des étudiants, les expériences des médecins en pratique et le retour d'information de la part des étudiants et autres parties prenantes du système de santé. De telles révisions s'intéressent particulièrement à vérifier la cohérence entre les valeurs fixées par la faculté, d'une part et les politiques et pratiques observées, d'autre part.

5.1 La faculté de médecine démontre une gouvernance et un leadership responsables pour assumer pleinement son rôle d'acteur clé dans le système de santé et dans la politique de développement des professions de santé, en intégrant les principes de responsabilité sociale dans les programmes d'enseignement, de recherche et de prestation de services.

5.2 La faculté de médecine engage l'ensemble du corps académique et les étudiants pour répondre aux besoins et aux défis de santé dans la société. Un tel engagement est re-

connu et fait l'objet d'évaluations conduites de manière systématique et critique, avec des outils certifiés.

5.3 La faculté de médecine développe des partenariats durables avec d'autres intervenants, telles que les écoles professionnelles de santé, pour optimiser les performances des uns et des autres, notamment en formant des diplômés en qualité et en quantité et en garantissant leur bon déploiement et un meilleur impact sur la santé.

5.4 La faculté de médecine s'assure que les ressources existantes sont justement distribuées et gérées de manière efficiente, et que de nouvelles ressources sont recherchées pour lui permettre de fonctionner en tant qu'institution socialement responsable. Les ressources sont utilisées pour le recrutement de cadres compétents, le bon fonctionnement, des infrastructures et la bonne mise en place de nouveaux programmes, en veillant à un juste équilibre entre tous les niveaux de prestation des services de santé.





AXE 6. REDEFINITION DE NORMES POUR L'ÉDUCATION, LA RECHERCHE ET LA PRESTATION DE SERVICES

6.1 L'excellence académique est reconnue comme la capacité d'offrir des programmes d'éducation, de recherche et de prestation de services susceptibles de répondre au mieux aux défis et besoins en santé de la société et avoir ainsi un plus grand impact sur la santé. Suivant les principes de responsabilité sociale, l'éventail des normes reflète le continuum de l'identification des problèmes, des choix stratégiques, des processus de gestion, des résultats et de l'impact sur la santé, à la fois sur le plan individuel et populationnel.

6.2 Les normes en vigueur dans l'éducation médicale sont révisées et enrichies avec les nouvelles normes, de sorte que leur éventail comprenne les intrants (qui est formé et par qui), les processus, les résultats (ce que les diplômés réalisent une fois dans la pratique) et l'impact sur la santé. Les normes reflètent le continuum depuis la formation pré graduée

jusqu'à la formation post graduée, en incluant le développement professionnel continu. Les normes en matière de recherche et de prestation de services sont également orientées pour répondre à des besoins bien définis, et la satisfaction de ces besoins est évaluée et transmise à ceux qui en sont responsables.

6.3 Les normes relatives aux programmes d'éducation couvrent les champ suivant : la définition des compétences attendues ; la coordination avec d'autres professionnels de la santé; la conception et la révision du curriculum; la coordination et l'aide pour sa mise en œuvre, la formation des enseignants ; le recrutement, la sélection, le suivi et le conseil des étudiants ; l'allocation des ressources et la gestion de celles-ci ; l'évaluation des étudiants, des programmes et des enseignants ; la vérification de l'acquisition des compétences attendues pour tous les diplômés ; et enfin l'évaluation continue des choix de carrière et de l'engagement professionnel des diplômés à servir dans les zones défavorisées. Les normes



sont énoncées et gérées d'une manière à encourager l'innovation et stimuler la créativité en réponse aux besoins de la société.

6.4 Les normes relatives aux résultats et à l'impact de l'éducation couvrent les champs suivants : les choix de carrière des diplômés en réponse aux défis et besoins prioritaires de la société en matière de soins de santé, le déploiement et l'affectation de ceux-ci là où ils sont le plus nécessaires, leur capacité à répondre de manière efficiente aux priorités de santé, l'amélioration de leurs conditions de travail, leur contribution à l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population, dans le territoire où la faculté est implantée.

6.5 Les normes relatives à la gouvernance d'une faculté de médecine couvrent les champs suivants : la qualité de la gouvernance institutionnelle, la qualité du leadership, le professionnalisme des cadres académiques, l'utilisation appropriée des ressources, la capacité à créer et maintenir des partenariats forts avec les principaux acteurs du système

de santé. Tous ces éléments contribuent à l'application pratique des principes de responsabilité sociale.

6.6 Les normes d'accréditation requièrent une formation associant d'autres professionnels de la santé et vérifient les compétences des diplômés à travailler avec d'autres professionnels.

AXE 7. AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE EN EDUCATION, RECHERCHE ET PRESTATION DE SERVICES

7.1 La faculté de médecine s'engage dans un processus d'amélioration et de révision périodique de la qualité, guidé par des normes définies en éducation, en recherche et en prestation de services. L'adhésion à de telles normes est une partie essentielle de la responsabilité sociale des facultés de médecine.

7.2 La faculté de médecine mesure le progrès en lien avec sa responsabilité sociale par une série de mesures tant qualitatives que quantitatives qui reflètent sa performance au regard de normes valides et fiables relatives aux intrants, processus et résultats. La détermination de ces mesures doit résulter d'un dialogue avec les principaux acteurs de santé, en vue de satisfaire les besoins et défis actuels et futurs en santé.

7.3 La faculté de médecine recommande l'utilisation systématique et périodique d'outils de mesure pour son évaluation et sa démarche de qualité. Le processus est explicite, transparent, constructif et accessible aux différents acteurs de santé.

7.4 Dans sa démarche de qualité et pour prétendre devenir socialement responsable, la faculté de médecine reconnaît le rôle déterminant d'une structure de gouvernance performante, d'un leadership responsable, ainsi que de normes professionnelles pour le personnel engagé dans les domaines de l'éducation médicale, de la recherche et des prestations de services.

AXE 8. INSTITUTIONNALISATION DE MECHANISMES D'ACCREDITATION

8.1 L'accréditation est un puissant levier pour le changement institutionnel et l'amélioration de la qualité. Elle doit être activement encouragée par les autorités académiques et sanitaires à travers le monde. L'existence d'un mécanisme dans le pays ou la région permet à toute faculté de médecine d'être accréditée par un organisme reconnu. Une accréditation est effectuée à intervalles réguliers conduisant entre-temps à des améliorations notables.

8.2 Les normes et processus d'accréditation reflètent les principes de responsabilité sociale en autant qu'ils couvrent l'état des intrants, processus, résultats et l'impact, permettant d'apprécier et de promouvoir la capacité des



facultés de médecine à répondre de façon efficace aux défis et aux besoins en santé de la société.

8.3 L'existence d'un mécanisme d'accréditation implique aussi l'existence d'un soutien aux facultés de médecine dans leur effort à se conformer aux normes et au processus. Selon le contexte, ce soutien varie et peut aller de l'énoncé de directives favorisant la responsabilité sociale à la mise à disposition de moyens ou autres incitatifs.

8.4 L'évaluation interne est confirmée par une évaluation externe conduite par des pairs. Des représentants des acteurs de santé sont invités à participer à la définition des normes, à la sélection des évaluateurs externes et à une mise à jour régulière du système d'accréditation.

AXE 9. ADHESION AUX PRINCIPES UNIVERSELS ET ADAPTATION AU CONTEXTE LOCAL

9.1 Les principes de responsabilité sociale sont universels : ils doivent être adoptés et appliqués à travers le monde, car ils améliorent la capacité d'une faculté de médecine à mieux utiliser son potentiel pour identifier et

relever les défis de la santé et les besoins de la société dans un esprit de qualité, d'équité, de pertinence, d'innovation et d'utilisation appropriée des ressources.

9.2 Vu la mobilité internationale accrue des médecins, mais aussi des patients, la faculté de médecine est consciente des phénomènes de mondialisation. Dans le cadre du développement durable au niveau mondial, elle doit introduire des perspectives internationales dans la conception, l'organisation et la mise en oeuvre de ses enseignements.

9.3 Bien que les principes, définitions et classifications en matière de responsabilité sociale soient universels, leur adaptation au contexte local est primordiale.

9.4 Les organisations internationales actives dans les domaines de la santé et de l'enseignement supérieur, au niveau régional ou mondial, doivent préconiser les systèmes d'assurance qualité, tels que l'accréditation. Un cadre de régulation est nécessaire pour que soient appliqués les principes de la responsabilité sociale afin de mieux répondre aux besoins de santé prioritaires des pays et faire face à la crise générale des ressources humaines dans le secteur de la santé.

AXE 10. PRISE EN COMPTE DU RÔLE DE LA SOCIÉTÉ

10.1 Il y a un équilibre à trouver entre la préservation de l'autonomie institutionnelle et la place des différents acteurs et de la société civile pour intégrer les principes de responsabilité sociale dans les facultés de médecine. Il s'agit là d'un véritable défi.

10.2 Les principaux acteurs, à savoir, les décideurs politiques, les gestionnaires d'organisations de santé, les professionnels de la santé et la société civile, sont représentés dans les équipes d'évaluation interne et externe, y compris pour l'accréditation, car la responsabilité sociale concerne directement ces acteurs.

10.3 Les communautés, où la faculté de médecine est implantée sont régulièrement consultées pour obtenir leur avis sur le niveau de responsabilité sociale de la faculté. Les résultats et les observations de l'accréditation de la faculté sont rendus publics.



Steering Committee

Magdalena Awases

Rebecca Bailey*
Charles Boelen,
Co-chair *
Mario Dal Poz
Moses Galukande*

Jorge Eduardo
Gutiérrez Calivá

Dan Hunt

Jehu Iputo*
Yusuf Irawan
Ahmed Kafajel

Joël Ladner*
Sam Leinster*
Stefan Lindgren*

Khaya Mfenyana*
Tewfik Nawar*
Andre-Jacques
Neusy*
Björg Pálsdóttir*
Jean Rochon
Robert Woollard,
Co-chair*

Human Resources for Health
(HRH), World Health Organization
(WHO) Regional Office for Africa
HRH, WHO Geneva
Formerly with HRH, WHO

HRH, WHO Geneva
Makerere University and Interna-
tional Medical Group
Asociación Castarricense de Facul-
tades y Escuelas de Medicina
(ACOFEMED)

Liaison Committee on Medical
Education (LCME)

Walter Sisulu University
Hasanuddin University
Jordan University of Sciences and
Technology

Université de Rouen
University of East Anglia
World Federation for Medical Edu-
cation (WFME) and Lund Univer-
sity

Walter Sisulu University
University of Sherbrooke
Training for Health Equity Net-
work (THEnet)

THEnet
Université Laval
University of British Columbia

Jazan University

Registrar of the Medical and Den-
tal Councils of Nigeria
WHO/EMRO

Columbian Association of Medical
Schools, Member of Admin Com-
mittee at PAFAMS

American Association of Medical
Colleges (AAMC)

Ethiopian Public Health Associa-
tion/ World Federation of Public
Health Associations (WFPHA)

Accreditation Canada
HRH, WHO Regional Office for
Africa

Association of Medical Schools in
the Eastern Mediterranean Re-
gion

Supreme Council of Egyptian Uni-
versities
LCME

Asociación Brasileña de Edu-
cación Médica, ABEM

Ben Gurion University
Academy of Medical Educators
Morehouse School of Medicine
WFPHA, Geneva

Human Resources Development,
WHO Regional Offices for the
Americas/PAHO

Association of Faculties of Medi-
cine of Canada (AFMC)
Walter Sisulu University

Educational Commission for For-
eign Medical Graduates (ECFMG)

Francesca Celetti
Angel Centeno*
Lincoln Chen

Shakuntala
Chhabra*
Ian Couper*

Manuel Dayrit
Milton de Arruda
Martins

Eric de Roodenbeke
Jean-Francois
Deneff*

Horacio Deza

Mohenu Isidore
Jean-Marie
Diomande

Robbert Duvivier

Tetanye Ekoe*
Amal Elouazzani*
Mohamed
Elisanousi*

Julian Fisher
Antoine Flahault

Cristobal Fortunato

Jean-Paul Francke

Tabeh Freeman
Seble Frehywot
George Gage

Jacob Gayle
Grace George*
Trevor Gibbs
Charles Godue

Ioana Goganau*

Rajesh Gongal*

David Gordon*

Arcadi Gual
Edward Gyader*

Georges Haddad
John Hamilton*

Bashir Hamad*
Jason Hilliard
Yiqun Hu

Manuel Huaman

Muzaherul Huq

Yojiro Ishii

Marian Esile
Jacobs*

Susan Johnson*

SAS Kargbo
Geoffrey Kasembell
Zulfikar Khan*

Michael Kidd

Khunying Kobchitt
Limpaphayom*

HRH, WHO Geneva
Austral University
China Medical Board

MG Institute of Medical Science
(MGIMS)

University of Witwatersrand
HRH, WHO Geneva
University of Sao Paulo

International Hospital Federation
(IHF-FIH)

SIFEM International French
Speaking Society for Medical
Education

Association of Medical Schools
of the Argentine Republic (AF-
ACIMERA)

UFR Sciences Médicales d'Abidjan

International Federation of Medi-
cal Student Associations
Yaounde Faculty of Medicine
Hassan II University
University of Gezira

FDI World Dental Federation
Association of Schools of Public
Health in the European Region
(ASPHER)

Ateneo de Zaboanga

International Association of
Deans of Francophone Medical
Schools (CIDMEF)

Liberia Medical School
George Washington University
Afro European Medical and Re-
search Network

The Ford Foundation
Walter Sisulu University

Human Resources for Health De-
velopment, WHO Regional Office
for the Americas/PAHO

International Federation of Medi-
cal Students Associations (IF-
MSA)

Patan Academy of Health Sci-
ences, Patan Hospital
Association of Medical Schools in
Europe (AMSE)

Fundacion Educacion Medica
School of Medicine and Health
Sciences, Ghana

UNESCO
University of Newcastle
University of Gezira
University of Colorado

Shanghai Jiaotong University
Asociación Peruana de Facul-
tades de Medicina (ASPEFAM)

HRH, WHO Regional Office for
South-East Asia

Japan International Cooperation
Agency

Association of Medical Schools in
Africa (AMSA) and University of
Cape Town

National Board of Medical Exam-
iners (NBME) and University of
Iowa

Ministry of Health, Sierra Leone
Afro European Medical and Re-
search Network

WHO Pakistan
WONCA working party on Educa-
tion

South East Asian Regional Asso-
ciation on Medical Education

Joseph Kolars
Jan Maeseneer

Henri Manasse Jr.*

Dianne Manning*
Maurice McGregor*

Jim McKillop

Donald Melnick
Hugo Mercer

Mwapatsa Mipando*
Nader
Montazmanesh*

Gottlieb
Monekosso*
Fitzhugh Mullan

Richard Murray*
Jeremiah Mwangi

Rose Chalo
Nabirye*
Sophon Napathorn*

Lois Nora*

John Nordni*

Jesus Noyola

Ezekiel Nukuro

Chacha Nyaigotti-
Chacha
Frands Omaswa

Alberto Oriol Bosch
Martins Ovberedjo*

Neil Pakenham-
Walsh
Jorgi Pales

Madalena Patricia*

Galina Perfilieva

Dominique Pestiaux
David Prideaux*

Pablo Pulido

Rich Roberts
Paschalis
Rugaram*

Mubashar Sheikh

Justie Siega-Sur*

Leslie Southgate
David Stern

Roger Strasser

Navin Sunderall*
Kate Tulenko
Felix Vartanian*

Anvar Velji*

Kuku Voyi
Margot Weggemans
Gustaaf Wolvaardt*

Liz Wolvaardt*
Paul Worley
Akemi Yonemura

Toshimasa Yoshioka

Bill and Melinda Gates Foundation
The Network Towards Unity for
Health (Network TUFH)

American Society of Health-Sys-
tem Pharmacists
University of Witwatersrand

McGill University
General Medical Council (GMC)
Undergraduate Board

NBME
Former HRH, WHO
University of Malawi

Ministry of Health and Medical
Education
Global Health Dialogue

George Washington University
Australia
International Alliance of Patients'
Organizations

WFPFA, Uganda

Chulalongkorn University
North-eastern Ohio Universities
and Colleges of Medicine and
Pharmacy and ICME

Foundation for Advancement of
International Medical Education
and Research (FAIMER)

Asociación Mexicana de Facul-
tades de Medicina (AMFEM)

HRH, WHO Regional Office for the
Western Pacific

Inter-University Council for East
Africa (IUCEA)

African Center for Global Health
and Social Transformation

Fundacion Educacion Medica
WHO Tanzania
Global Healthcare Information
Network

Sociedad Espanola de Educacion
Medica (SEDEM)

Association for Medical Education
in Europe (AMEE)

Country Policies, Systems and
Services, WHO Regional Office for
Europe

SIFEM
Flinders University
Pan American Federation of As-
sociations of Medical Schools (PA-
FAMS/FEPAFAM)

WONCA President elect
Hurbet Kairuki Memorial Univer-
sity

Global Health Workforce Alliance
(GHWA)

University of the Philippines
Academy of Medical Educators
Institute for International Medical
Education

Northern Ontario School of Medi-
cine

University of Kwazulu Natal
IntraHealth International

Russian Academy of Advanced
Medical Studies
Global Health Education Consor-
tium

University of Pretoria
IFMSA

Foundation for Professional De-
velopment
University of Pretoria
Flinders University

UNESCO
Association of Medical Schools in
the Western Pacific Region



Global Consensus for
Social Accountability
OF MEDICAL SCHOOLS

* Indicates attendance at the GCSA conference in East London, South Africa, October 10-13, 2010

La conférence GCSA s'est tenue sous l'égide de l'Université de Colombie Britannique (Canada) et de l'Université Walter Sisulu (Afrique du Sud), à l'occasion du 25^e anniversaire de la Faculté de Médecine Walter Sisulu, un exemple remarquable de faculté de médecine socialement responsable. Nous remercions pour leur soutien : l'OMS, le réseau THENet (Training for Health Equity network), la Société Internationale Francophone d' Education Médicale (SIFEM), la Fédération Mondiale d'Education Médicale (WFME). La réalisation du projet GCSA fut possible grâce aux subsides accordés par The Atlantic Philanthropies.

Nous sommes reconnaissants à Louise O'Meara de l'Interaction Institute for Social Change d'avoir apporté son expertise externe dans la conception et la facilitation du processus de consensus.



a place of mind



The
A T L A N T I C
Philanthropies



Rendez-vous sur le site :

www.healthsocialaccountability.org

et participez à la diffusion, la recherche développement et la collaboration internationale selon vos possibilités et votre sphère d'influence.

Pour de plus amples informations en matière de collaboration, prière de nous contacter :

Gestion

gcsa@familymed.ubc.ca

Charles Boelen, Co-président du comité de pilotage

boelen.charles@wanadoo.fr

Bob Woollard, Co-président du comité de pilotage

woollard@familymed.ubc.ca

ANNEXE 2 : TRANSCRIPTION INTEGRALE DES ENTRETIENS (sur DVD)



Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



RESUME ET MOTS-CLES

Introduction : La responsabilité sociale des facultés de médecine est la clé pour une médecine pour tous avec quatre principes : qualité, efficience, pertinence, équité. La notion de responsabilité sociale des facultés de médecine se développe pour répondre à cela. En 2010, un consensus mondial liste 10 axes nécessaires pour qu'une faculté de médecine soit socialement responsable. Notre travail consiste à recueillir le ressenti des internes de médecine générale de Poitiers concernant l'implication de leur faculté en terme de responsabilité sociale.

Méthodologie : Etude qualitative par focus groups d'internes de médecine générale de Poitiers, s'intéressant à 5 axes du consensus.

Résultats : Les internes de médecine générale de Poitiers pensent que la faculté ne s'investit pas dans l'identification des besoins de santé, qu'elle permet une réponse partielle aux besoins de santé et qu'elle donne une formation satisfaisante à ses étudiants grâce à l'autoformation et aux stages. Les internes critiquent le manque de transmission par leurs pairs d'un savoir-faire. Concernant les tâches du généraliste, la faculté devrait avoir un rôle dans leurs déterminations ainsi que dans l'évaluation des objectifs fixés pour répondre aux besoins de santé. La réflexion visant à améliorer l'appréhension des besoins concerne tous les acteurs du système de santé.

Discussion : La faculté de médecine de Poitiers offre un début de réponse en termes de responsabilité sociale : stages, commissions... Elle progresse doucement sur cette voie bien que ses étudiants ne le ressentent pas suffisamment. Reste à déterminer les indicateurs qui permettront d'évaluer objectivement l'engagement des facultés de médecine dans la responsabilité sociale.

Mots-clés : internes, médecine générale, recherche qualitative, responsabilité sociale, ressenti.