Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

Année 2015 **Thèse n°**

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 10 septembre 2015 à Poitiers
par **Madame Marion Bazile**

Responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers : le ressenti des professionnels paramédicaux

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José Gomes Da Cunha

Membres : Monsieur le Professeur Pascal Roblot
Madame le Professeur Christine Silvain
Madame le Professeur Virginie Migeot
Monsieur le Docteur Pascal Parthenay

Directeur de thèse : Madame le Docteur Vanessa Olariu

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

Année 2015 **Thèse n°**

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 10 septembre 2015 à Poitiers
par **Madame Marion Bazile**

Responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers : le ressenti des professionnels paramédicaux

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José Gomes Da Cunha

Membres : Monsieur le Professeur Pascal Roblot
Madame le Professeur Christine Silvain
Madame le Professeur Virginie Migeot
Monsieur le Docteur Pascal Parthenay

Directeur de thèse : Madame le Docteur Vanessa Olariu

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le Doyen,

Année universitaire 2014 - 2015

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BRIDOUX Frank, néphrologie
5. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
6. CARRETIER Michel, chirurgie générale
7. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
8. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
9. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
10. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
11. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
12. DROUOT Xavier, physiologie
13. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
14. EUGENE Michel, physiologie **(surnombre jusqu'en 08/2016)**
15. FAURE Jean-Pierre, anatomie
16. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
17. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
18. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
19. GILBERT Brigitte, génétique
20. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
21. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
22. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
23. GUILLET Gérard, dermatologie
24. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
25. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
26. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
27. HERPIN Daniel, cardiologie
28. HOUETO Jean-Luc, neurologie
29. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
30. IRANI Jacques, urologie
31. JABER Mohamed, cytologie et histologie
32. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
33. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
34. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
35. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation **(en détachement 2 ans à compter de janvier 2014)**
36. KITZIS Alain, biologie cellulaire
37. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
38. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
39. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
40. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
41. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
42. MACCHI Laurent, hématologie
43. MARECHAUD Richard, médecine interne
44. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
45. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
46. MIGEOT Virginie, santé publique
47. MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
48. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
49. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
50. NEAU Jean-Philippe, neurologie
51. ORIOT Denis, pédiatrie
52. PACCALIN Marc, gériatrie
53. PAQUEREAU Joël, physiologie
54. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
55. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
56. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
57. POURRAT Olivier, médecine interne
58. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
59. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
60. RICHER Jean-Pierre, anatomie
61. RIGOARD Philippe, neurochirurgie
62. ROBERT René, réanimation
63. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
64. ROBLOT Pascal, médecine interne
65. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
66. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes **(surnombre jusqu'en 08/2017)**
67. SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
68. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
69. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
70. TOUCHARD Guy, néphrologie
71. TOURANI Jean-Marc, cancérologie
72. WAGER Michel, neurochirurgie

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

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

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

BINDER Philippe
VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BIRAULT François
BOUSSAGEON Rémy
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
PERKINS Marguerite, maître de langue étrangère
SASU Elena, enseignant contractuel

Professeurs émérites

1. DORE Bertrand, urologie (08/2016)
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie – virologie (08/2015)
3. GIL Roger, neurologie (08/2017)
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
5. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
6. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

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. BOINOTCatherine, 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. DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
16. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
17. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
18. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
19. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
20. GOMBERT Jacques, biochimie
21. GRIGNON Bernadette, bactériologie
22. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
23. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
24. KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
25. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
26. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
27. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
28. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
29. MARILLAUD Albert, physiologie
30. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
31. POINTREAU Philippe, biochimie
32. REISS Daniel, biochimie
33. RIDEAU Yves, anatomie
34. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
35. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
36. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
37. VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur José Gomes Da Cunha. Veuillez accepter mes plus sincères remerciements pour votre soutien dans ce travail ainsi qu'au cours de mon cursus d'interne de Médecine Générale. C'est un honneur pour moi que vous acceptiez de présider cette soutenance de thèse.

À Monsieur le Doyen Pascal Roblot. Je tiens à vous remercier de l'intérêt que vous portez à ce projet commun de recherches, effectué au sein du Département de Médecine Générale. Veuillez accepter toute ma reconnaissance pour votre considération envers ce travail.

À Mesdames les Professeurs Christine Silvain et Virginie Migeot, vous avez accepté de juger ce travail, veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude.

À Monsieur le Docteur Pascal Parthenay. Merci d'avoir été un enseignant si attentif à mes questions et mes remarques, quelles qu'elles soient, au cours de mon internat. Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

À Madame le Docteur Vanessa Olariu. Tu as été la première à me soutenir dans ce travail. Merci pour ton aide, tes conseils et ta gentillesse. Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci d'avoir donné du temps au temps. Merci d'avoir su trouver les bons mots pour garder ma motivation intacte.

À mes Parents. À Chloé et Jeanne.

Merci pour votre soutien indéfectible, inébranlable, intarissable, inépuisable.

Merci d'avoir traversé avec moi la pluie, les soleils, le vent et les marées.

Merci d'avoir cru en moi, parfois (souvent) plus que moi.

Merci pour votre implication à tellement de niveaux durant cette thèse

Merci pour votre confiance.

Merci de m'avoir appris à résister, à aimer, à me battre pour mes idées, à réfléchir (un peu) avec ma tête et (beaucoup) avec mon cœur.

Parce que la vie c'est comme une boite de chocolat et c'est bien pour ça qu'elle est belle, surtout à vos côtés.

Avec tout mon amour.

À Nanou et Benjamin.

Merci pour les années passées et à venir, à faire et défaire le monde… Si vous saviez comme je vous aime.

À Gonzague et Christine. Parce que tout ça, c'est en grande partie grâce à vous.

À mes oncles et tantes, mes cousins et cousines d'ici et d'ailleurs.

À mes grands-parents. À tonton François et tante Zabeth.

À tous mes co-externes et co-internes, en stage et ailleurs. Parce que même si on a bien galéré, ça en valait vraiment la peine!!!

Merci à Martin, Lucile, Laurence et Céline, Elsa, Charline et Julie, Eva, Elodie... Merci d'avoir rendu ces années plus que supportables.

Une pensée spéciale à mes co-internes irremplaçables des Urgences de la Rochelle.

À Marion, mon deuxième moi, ma marraine la fée, ma « demi-conscience ». Tu veilles sur moi depuis notre premier jour d'internat, longue vie à nous.

À Antonin, Clémence et Louis, pour votre confiance et tellement plus...

À Martin Winckler et Bruno Sachs, Jaddo, Fluorette, Baptiste Beaulieu, Michaela Quinn, Marc Green, John Carter, Doug Ross, Meredith Grey, Gregory House, Jean-Christophe Rufin, Patrick Pelloux, Michel Cymes, Marcel Rufo, Françoise Dolto et tous les autres…

Aux Docteurs Levesque, Perot et Rucquois. Vous m'avez acceptée, encouragée et définitivement convaincue dans mes choix.

À Mme le Docteur Jocelyne Gomes Da Cunha, pour votre présence rassurante et vos conseils avisés. Vous avez été une tutrice formidable.

À Mmes Magali Puy et Marie-Noëlle Bordage, pour votre gentillesse, votre disponibilité et toutes vos compétences administratives qui ont été précieuses.

À Benoit, Anne-Lise et Fred. Merci pour votre aide dans la construction, la réalisation et la rédaction de cette thèse.

À mes « chefs », mes enseignants et maîtres de stage de Lons le Saunier, Besançon, Baume-les-Dames, Roulans, La Rochelle, Angoulême et Limoges. Pour toute la bienveillance dont vous avez fait preuve.

Merci à Bruno, Amélie, Alexandre, Suzon, Lauren, Pauline, Alice, Julie, Ludovic, Nathalie, Pauline, Line, Martine, Coralie, Anne-Gaëlle, Virginie, Pascale, Béatrice, Audrey, Alain, Sophie, Steve, Catherine, Caroline, Julien, Fred, Agnès, Domitille, Clément, Justine, Robin, Pauline, Léa, Corinne, Lydie et Manu.

Parce que cette thèse existe grâce à vous. Merci d'avoir donné de votre temps, de votre énergie, d'avoir accepté d'exprimer vos idées pour les faire avancer.

À mes patients. Pour ces moments magiques qui ne s'expliquent pas. Pour les galères dans lesquelles vous me mettez parfois. Pour la vie à vos côtés.

Merci aux équipes soignantes.

Vous m'avez accueillie, critiquée, malmenée, soignée, encouragée, fait douter, fait espérer... Bref vous m'avez vue grandir durant ces années.

Merci particulièrement aux équipes paramédicales et médicales de Gynécologie de La Rochelle (pour les karaoké 90's au milieu des salles d'accouchement et les apéros de 3h45), de Cardiologie d'Angoulême (pour les visites en musiques et les déguisements improbables), de l'UPSAV de Limoges (pour le révolutionnaire « échange ta gamelle »), de Rhumatologie de La Rochelle (pour avoir plus que supporté mon esprit torturé et lunatique durant la préparation de cette thèse) et à ma deuxième famille des Urgences de La Rochelle (pour les Beach Volley, les photos moches sur les coups de 6h et les discussions philosophiques autour de paquets de M&M's).

Ce fut un bonheur de travailler à vos côtés.

Merci d'avoir pris soin de moi autant que de nos patients.

Merci de répondre encore présent pour construire ensemble notre manière de travailler, et d'être persuadé qu'on peut toujours mieux faire.

Cette thèse est la vôtre.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS **4**

TABLE DES ILLUSTRATIONS **10**

LISTE DES ANNEXES **10**

ABRÉVIATIONS **11**

RÉSUMÉ ET MOTS-CLÉS **13**

ABSTRACT AND KEYWORDS **14**

1 INTRODUCTION **15**

2 MATÉRIEL ET MÉTHODE **18**

2.1 Approche qualitative : la méthode des focus group **18**

2.2 Réalisation des entretiens **19**

2.2.1 Élaboration des axes et des questions 19

2.2.2 Élaboration du questionnaire quantitatif 20

2.2.3 Échantillonnage 21

2.2.4 Organisation logistique des focus group 22

2.3 Analyse du contenu **24**

2.3.1 Transcription des entretiens 24

2.3.2 Analyse des données 24

3 RÉSULTATS **26**

3.1 Caractéristiques des groupes **26**

3.1.1 Groupe « Hospitaliers » 26

3.1.2 Groupe « Libéraux » 27

3.1.3 Groupe « Etudiants » 27

3.1.4 Groupe « Hospitaliers et Etudiants » 28

3.2 Analyse thématique transversale des entretiens **28**

3.2.1 Formation des professionnels de santé 30

3.2.2 Réponses aux besoins de santé de la population 43

3.2.3 Implication de la société 52

4 DISCUSSION 57

4.1 Méthode 57

4.1.1 Difficultés de recrutement et d'organisation logistique 57

4.1.2 Participation des professionnels au débat et rôle des modérateurs 59

4.1.3 Réalisation des entretiens – Réadaptation des questions. 60

4.1.4 Analyse du contenu 60

4.2 Analyse des principaux résultats 61

4.2.1 Ressenti des professionnels paramédicaux à propos de l'implication de la faculté de médecine de Poitiers dans la responsabilité sociale 61

4.2.2 Indicateurs d'évaluation 63

4.2.3 Propositions d'amélioration de l'implication de la faculté de médecine de Poitiers dans la réponse aux besoins en santé de la société 66

4.3 Mise en perspective 71

4.3.1 Comparaison à d'autres études 71

4.3.2 Intégration de cette étude dans le projet d'action-recherche 72

5 CONCLUSION 74

BIBLIOGRAPHIE 75

SERMENT D'HIPPOCRATE 78

ANNEXES 79

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau I : Caractéristiques du groupe « Hospitaliers » 26

Tableau II : Caractéristiques du groupe « Libéraux » 27

Tableau III :Caractéristiques du groupe « Etudiants » 27

Tableau IV :Caractéristiques du groupe « Hospitaliers et Étudiants » 28

Figure 1 : Le pentagone du partenariat (OMS) 16

Figure 2 : Carte conceptuelle des résultats de la triangulation 29

Figure 3 : Carte conceptuelle de la formation des professionnels de santé 30

Figure 4 : Carte conceptuelle des réponses aux besoins de santé de la population 43

Figure 5 : Carte conceptuelle de l'implication de la société 52

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Consensus Mondial sur la Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine *(16 pages)*

Annexe 2 : « Keywords cloud » *(1 page)*

Annexe 3 : Transcription intégrale des entretiens – Verbatim (CD rom) *(1 page)*

ABREVIATIONS

AIT : accident ischémique transitoire

ARS : agence régionale de santé

AS : aide-soignant

ASALEE : action de santé libérale en équipe

ASH : agents de service hospitaliers

CH : centre hospitalier

CHU : centre hospitalier universitaire

CMU : couverture médicale universelle

CNOM : conseil national de l'ordre des médecins

D2 (**DCEM2**) : deuxième cycle des études médicales – 2ème année

D3 (**DCEM3**) : troisième cycle des études médicales – 3ème année

DE : diplôme d'Etat

DES : diplôme d'études spécialisées

DMG : département de médecine générale

DMP : dossier médical partagé

ECG : électrocardiogramme

ECN : examen classant national

GAPP : groupes d'analyse de pratiques professionnelles

GDP : groupes de pairs

GEAPI : groupe d'échange et d'analyse de pratique entre internes

IADE : infirmier anesthésiste diplômé d'Etat

IDE : infirmier diplômé d'Etat

IFAS : Institut de formation d'aide-soignant

IFSI : institut de formation en soins infirmiers

IFMK : institut de formation en masso-kinésithérapie

IRDES : institut de recherche et documentation en économie de la santé

IRM : imagerie par résonnance magnétique

LMD : licence-master-doctorat

MPR : médecine physique et de réadaptation

MSP : maison de santé pluridisciplinaire

MSU : maitres de stage universitaires

OMS : organisation mondiale de la santé

ORL : oto-rhino-laryngologue

P1 (**PCEM1**) : premier cycle des études médicales – 1ère année

P2 (**PCEM2**) : premier cycle des études médicales – 2ème année

PACES : première année commune aux études de santé (remplace PCEM1)

RMI : revenu minimum d'insertion

RSCA : récit de situation clinique authentique

SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation

SSR : soins de suite et de rééducation

STAPS : sciences et techniques des activités physiques et sportives

RESUME ET MOTS-CLES

Introduction : La responsabilité sociale des facultés de médecine se développe autour des valeurs fondamentales de pertinence, d'efficience, de qualité et d'équité. Le Consensus Mondial sur la Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine s'inspire de ces critères de référence pour déterminer une liste de 10 axes, caractérisant les facultés socialement responsables. Notre étude cherche à évaluer l'approche des besoins de la société réalisée actuellement au sein de la faculté de médecine de Poitiers à travers le ressenti de professionnels paramédicaux.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude qualitative, par focus groups, de professionnels paramédicaux exerçant ou étudiant dans la région Poitou-Charentes, s'intéressant à 4 axes du consensus.

Résultats : Il existe une méconnaissance évidente des cursus de chaque profession. Les participants estiment que l'enseignement théorique est de très bonne qualité mais regrettent que les notions de communication, de coordination ainsi que la reconnaissance des compétences de chacun ne soient pas davantage exploitées. Les moyens humains et logistiques leur paraissent également insuffisants pour répondre aux nouveaux besoins de la société. Enfin, ils préconisent une plus grande implication de la société dans la formation des soignants.

Discussion : La faculté de médecine de Poitiers tente dès à présent de s'adapter aux nouveaux besoins de la société en modifiant son offre de formation (stages satellites, enseignements « authentiques »,…) pour qu'elle soit adaptée. Ce projet d'action-recherche voit émerger un enseignement socialement responsable en impliquant davantage les partenaires à même de relayer les besoins de santé de la population.

Mots-clés : responsabilité sociale, professionnels paramédicaux, faculté de médecine, recherche qualitative, focus group, inter-professionnalité

ABSTRACT AND KEYWORDS

Introduction: The social accountability of medical schools evolves around fundamental values of relevance, effectiveness, quality and equity. The Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools is inspired by these criteria to list 10 areas required for a responsible medical school. Our aim is to assess the approach to public health needs currently performed by the medical school of Poitiers, through the healthcare professionals' opinions.

Methodology: It is a qualitative research with healthcare professionals' focus groups, working or studying in the district of Poitou-Charentes, discussing about 4 areas of this consensus.

Results: There is an obvious ignorance about others fields of work. Healthcare professionals think that theoretical instruction is done with great quality but regret that communication, coordination and recognition of anybody's competencies are not more exploited. Human and logistical resources appear to them inadequate to answer to new social needs. Finally, they advise greater involvement of the society in the training of caregivers.

Discussion: The medical school of Poitiers is currently trying to adapt itself to new people needs by changing its educational strategy (parallel internship, « authentic » teaching…) and adjusting to it. Effective teaching is a result of this action-research project with greater involvement of partners able to relay the health needs of the population.

Keywords: social accountability, healthcare professionals, medical school, qualitative research, focus group, inter professionalism

1 INTRODUCTION

Le 12 septembre 1978, à Alma Ata, se tient une conférence internationale sur les soins en santé primaire. Cette conférence, menée de front par l'OMS et l'UNICEF voit apparaître les prémices de la responsabilité sociale. La déclaration qui en résulte (1) souligne « la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde ».

Le 21 novembre 1986, la charte d'Ottawa (2), rédigée lors de la Conférence internationale pour la promotion de la santé avait comme principal objectif « la santé pour tous d'ici l'an 2000 ».

Ces projets ambitieux n'ont été que peu appliqués.

Cependant, depuis 1995, C.Boelen, à travers ses travaux, propose une ré-adaptation de l'offre médicale à la demande et aux besoins de santé de la population. Ainsi, lors de l'assemblée mondiale de la santé, le texte proposant de réorienter l'enseignement médical définit la responsabilité sociale des facultés de médecine comme étant « l'obligation d'orienter la formation qu'elles donnent, les recherches qu'elles poursuivent et les services qu'elles dispensent, vers les principaux problèmes de santé de la communauté, région et/ou nation qu'elles ont comme mandat de desservir » (3).

De ce fait, des réflexions sur la responsabilité sociale sont menées.

Ainsi en 2001, C. Boelen voit ses travaux soutenus par l'OMS dans un programme intitulé « Vers l'Unité pour la Santé » (4).

Il détermine une grille d'évaluation de la responsabilité sociale des facultés de médecine. Celle-ci est basée sur les valeurs fondamentales de pertinence, d'efficience, de qualité et d'équité appelées « critères de référence essentiels »

permettant de déterminer l'efficience d'un système de soin. La responsabilité sociale est évaluée en fonction des « degrés de conformité de ces valeurs dans les trois domaines fondamentaux de la responsabilité institutionnelle » : la formation, la recherche, la dispensation de services.

Un pentagone déterminant les partenaires indispensables à cette réflexion est également établi :

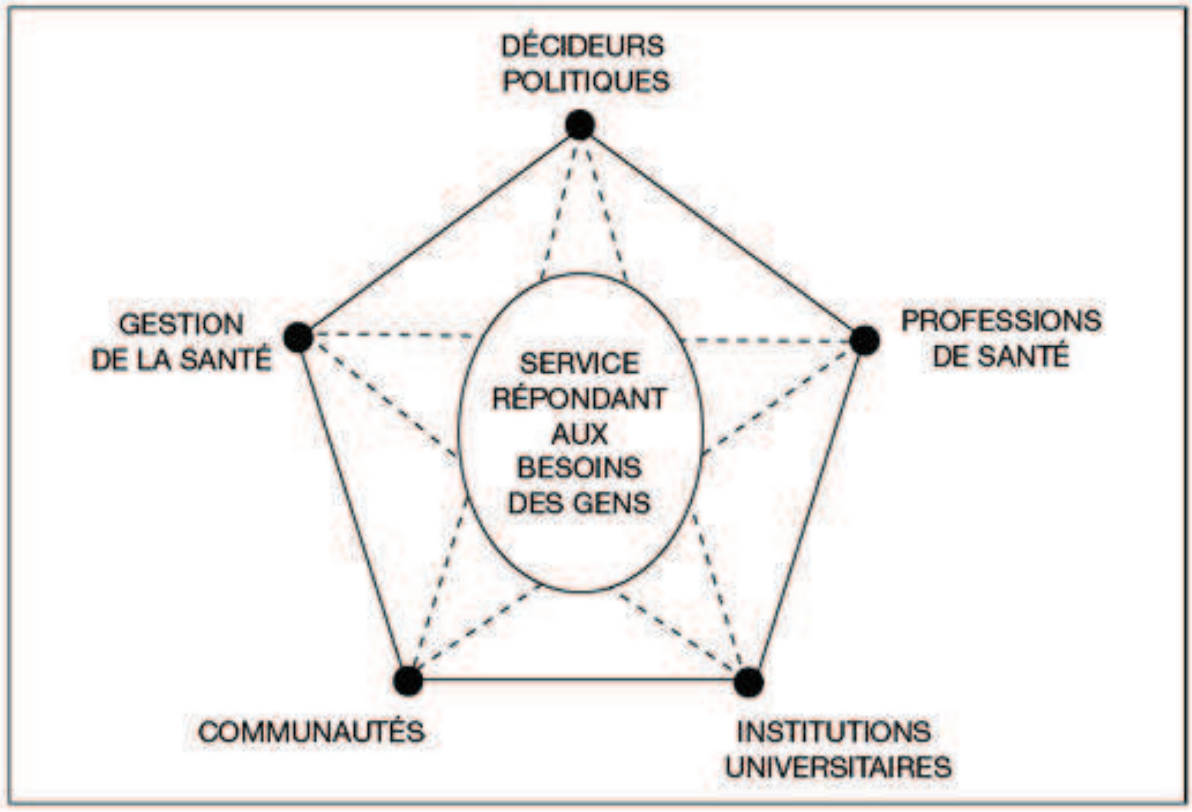


Figure 1 : Le pentagone du partenariat (OMS)

En Octobre 2010, un groupe mondial d'experts en pédagogie médicale établit le Consensus Mondial sur la Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine qui propose 10 axes attestant d'une faculté « socialement responsables » (5).

Le Département de Médecine Générale de la faculté de médecine de Poitiers souhaite encourager cette démarche et l'appliquer dans son fonctionnement.

Ainsi, en 2013, B.Tudrej, a effectué une étude quantitative (6) afin d'évaluer l'applicabilité de ce projet de recherche-action (7) au sein de la faculté de médecine de Poitiers.

Nous sommes actuellement dans la phase de diffusion et d'applicabilité de la conférence de consensus et nous nous inscrivons dans le cadre d'un projet de recherche commun à 28 Facultés de médecine réparties dans 14 pays francophones (8). Ce projet a pour objectif d'évaluer la pertinence et l'applicabilité ainsi que l'intérêt de cette conférence dans la réponse aux besoins de santé de la population.

Nous avons souhaité étudier la perception de la notion de responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers auprès de professionnels paramédicaux.

Les objectifs de cette étude sont :

Objectif principal :

- Évaluer l'approche des besoins de la société réalisée actuellement au sein de la faculté de médecine de Poitiers à travers le ressenti de professionnels paramédicaux.

Objectifs secondaires :

- Identifier les premiers indicateurs permettant d'évaluer le niveau de responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers ;
- Proposer des avancées permettant d'impliquer la faculté de médecine de Poitiers dans une démarche socialement responsable.

2 MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1 APPROCHE QUALITATIVE : LA METHODE DES FOCUS GROUP

Le recueil de données nécessaires à la réalisation de cette étude s'effectue à travers une approche qualitative selon la méthode des focus group. (9)

Celle-ci permet, par les échanges en groupe, de témoigner d'expériences et ainsi de faire émerger des idées au fil des débats.

L'expression y est libre.

Un animateur ou « modérateur » mène les entretiens en posant les questions élaborées au préalable, à travers un guide d'entretien commun à chaque groupe, et en veillant à maintenir une dynamique au cours de ces discussions, en évitant l'effet « intimidant » de ces discussions de groupe. Son objectif principal est d'aider chaque participant à s'exprimer.

L'animateur ne peut pas être le rédacteur de ce travail mais doit avoir une expérience dans l'animation de groupes et le sujet traité afin de gérer le temps, le groupe et les objectifs du focus group.

Un observateur, dans le cas présent la thésarde, s'assure de l'aspect logistique des entretiens (notamment du bon fonctionnement technique des enregistrements). Il assure l'accueil des participants, prend des notes durant les entretiens mais n'intervient pas au cours du débat pour ne pas influencer les participants.

Dans le cas où des questions sont posées directement à l'animateur ou à l'observateur, ceux-ci n'y répondent pas au cours de l'entretien pour ne pas modifier ou orienter les discussions.

Les entretiens sont filmés et enregistrés par microphone numérique après obtention du consentement des participants. Ces enregistrements n'ont pas vocation à être diffusés tels quels puisqu'ils sont anonymisés lors de la retranscription par le chercheur avant analyse, permettant ainsi aux participants de s'exprimer sans « crainte » d'identification.

Le recrutement idéal est de 6 à 8 personnes volontaires afin de permettre un débat riche, varié où chacun ait une place d'expression. Le recrutement maximal est de 12 personnes.

Le nombre de focus group à réaliser dépend du principe de saturation des données. En effet, tant que de nouvelles idées émergent, de nouveaux entretiens sont réalisés jusqu'à mise en évidence d'un recoupement d'idées dites « nœuds ». Il faut en moyenne 3 à 4 groupes pour obtenir cette saturation.

A l'issue de chaque focus group, un débriefing a lieu entre le modérateur et l'observateur, avec pour but de déterminer les grands thèmes et les idées évoqués dans le débat et noter les dysfonctionnements (réorientation des questions, si celles-ci s'avèrent trop complexes à comprendre par les participants).

2.2 REALISATION DES ENTRETIENS

Le groupe de réflexion, de préparation et de réalisation des entretiens est constitué de :

- Dr Vanessa Olariu, directrice de ce travail de recherche ;
- Dr Benoit Tudrej, à l'origine du travail décrivant l'intégration de la faculté de Poitiers dans le projet international ;
- Anne-Lise Maillard et Frédérique Melchior, internes de médecine générale impliquées dans ce projet, analysant respectivement les points de vue des patients et des internes de spécialité.

2.2.1 Élaboration des axes et des questions

Le guide d'entretien a pour but de maintenir une cohérence et une continuité au cours des différents focus group et ainsi d'être reproductible d'une séance à l'autre. Ces questions se doivent d'être objectives afin de ne pas orienter le débat et d'obtenir des discussions les plus authentiques possibles.

Les axes décrits dans le consensus sur la responsabilité sociale des facultés de médecine servent de trame pour l'élaboration de ces questions. Ainsi les axes déterminés comme prioritaires dans cette étude sont:

- 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 10 : Prise en compte de la société ;

Les questions élaborées à partir de ces axes sont les suivantes :

- Selon vous, comment la formation actuelle des médecins répond-elle aux besoins de la société?
- Comment faire pour améliorer la formation des futurs médecins pour qu'elle soit adaptée aux besoins de la société ?
- Selon vous, quelle est la place actuelle des professionnels paramédicaux dans la formation des futurs médecins ?
- Par quels moyens pourriez-vous envisager une meilleure collaboration entre la faculté de médecine et les professionnels paramédicaux afin de mieux répondre aux besoins de la société ?
- Quels nouveaux modes d'exercice/Quelles nouvelles pratiques les professionnels de santé doivent-ils proposer pour s'adapter à l'évolution des besoins de la société ?
- Comment la société peut-elle être impliquée dans la formation des professionnels de santé?

2.2.2 Élaboration du questionnaire quantitatif

Ce questionnaire a pour but de déterminer les caractéristiques des professionnels paramédicaux. Les questions posées concernent le sexe, la profession et le lieu d'exercice de chaque participant. L'identification du lieu d'exercice et de la profession nous ont ainsi permis de panacher le recrutement et d'effectuer celui-ci de manière à identifier des différences selon le mode d'exercice.

2.2.3 Échantillonnage

2.2.3.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion des participants étaient :

- Exercer une profession paramédicale ou être étudiant dans l'une de ces professions au sein de la région Poitou-Charentes ;
- Être volontaire ;
- Être disponible aux dates proposées ;

Afin d'être considérés comme professionnels paramédicaux, les personnes contactées doivent exercer actuellement ou être en cours de formation pour l'exercice d'un métier de santé au sein de la région Poitou-Charentes, à l'exception des médecins, dentistes, sages-femmes ou pharmaciens (10).

Aucun critère d'âge ou d'ancienneté d'exercice n'est défini.

2.2.3.2 Recrutement

Nous avons choisi d'interroger des professionnels exerçant dans différents milieux afin d'obtenir une palette de pratiques permettant un enrichissement et une variété des débats.

Le recrutement est donc fait en milieu hospitalier, en milieu libéral (en maison de santé pluridisciplinaire) et au sein des instituts de formation des professionnels paramédicaux.

Les trois premiers focus group sont volontairement cloisonnés par milieu d'exercice pour cause d'organisation logistique.

2.2.3.3 Méthode de recrutement

- Pour les instituts de formations, un e-mail a été envoyé aux secrétariats de l'IFSI, IFAS et IFMK de Poitiers qui ont été le relais pour la transmission étudiante ;
- Pour les professionnels hospitaliers : un e-mail et un message via Facebook® a été adressé aux professionnels hospitaliers connus de la thésarde ;

- Pour les professionnels libéraux : un e-mail a été envoyé à l'ensemble des professionnels paramédicaux de la maison de santé pluridisciplinaire de Ruelle-sur-Touvre (avec l'aide d'un médecin exerçant en son sein). Un contact téléphonique a été effectué pour des professionnels exerçant en dehors de cette structure (ergothérapeute, préparateurs en pharmacie, assistante sociale…) ;
- Pour le dernier groupe « mixé » de professionnels hospitaliers et d'étudiants en cours de stage hospitaliers, un contact de visu par la thésarde et la modératrice a été réalisé sur leurs lieux de stage ;

2.2.4 Organisation logistique des focus group

2.2.4.1 Lieu

Les focus group ont lieu dans une salle réservée à cet effet en fonction de l'origine géographique des personnes recrutées :

- Salle de réunion au sein des Urgences de la Rochelle pour les professionnels hospitaliers ;
- Salle de réunion de la maison de santé de Ruelle-sur-Touvre pour les professionnels libéraux ;
- Salle d'enseignement dirigé à la faculté de médecine de Poitiers pour les étudiants en professions paramédicales ;
- Salle de réunion de l'internat du centre hospitalier de La Rochelle pour le focus group professionnels hospitaliers/étudiants ;

2.2.4.2 Date et horaire

La date correspond à un jour de semaine, conjointement déterminée par le chercheur, le modérateur et les participants en fonction de leurs disponibilités.

Le focus group des professionnels hospitaliers est organisé à 14h pour s'adapter à leurs horaires (en fin de service pour l'équipe travaillant en matinée) et leur vie de famille. Les autres focus group se tiennent en soirée pour permettre à un maximum de personnes recrutées d'y participer.

2.2.4.3 Accueil

L'accueil est réalisé par le chercheur, progressivement, en fonction des heures d'arrivée de chaque participant. Des boissons et des collations sont à disposition avant et pendant les entretiens.

Les professionnels sont invités à s'assoir autour de tables installées en cercle réduit et à s'identifier par leur prénom sur un chevalet placé devant eux.

2.2.4.4 Enregistrement

L'enregistrement audio est assuré par un microphone placé au centre de la table. L'enregistrement vidéo (en vue de faciliter la retranscription et d'identifier chaque participant visuellement) est assuré par un ordinateur avec caméra intégrée.

2.2.4.5 Animation

Le modérateur est visible de chaque participant et s'assure de la participation de chacun.

Il doit connaître les objectifs de l'étude, être en mesure de lancer les discussions à travers les questions élaborées précédemment, éventuellement de reformuler celles-ci, savoir gérer le temps des focus group.

Les modérateurs étaient la directrice de ce travail (2 focus group), un médecin impliqué dans ce projet et une thésarde effectuant ce travail de recherche à travers le point de vue des internes de spécialités.

Un tour de table avec présentation de chaque participant et une information quant à l'enregistrement et au déroulement du focus group est réalisé avant de débuter les entretiens. L'observatrice rappelle les modalités de participation à ce travail de recherche et l'anonymisation des entretiens.

La thésarde est observatrice et n'intervient pas durant l'enregistrement afin de ne pas influencer le débat.

2.3 ANALYSE DU CONTENU

2.3.1 Transcription des entretiens

Les enregistrements vocaux sont intégralement retranscrits mots à mots (Verbatim) sur document Word puis enregistrés en format PDF (**Annexe 3**). Nous veillons à respecter les expressions et les habitudes de langage de chaque participant. Les aspects non verbaux (rires, phrases en suspens) sont également retranscrits.

En cas de doute, l'enregistrement vidéo est utilisé comme aide à la retranscription.

Le « Keywords cloud » (**Annexe 2**) réalisé à l'issue de l'ensemble des transcriptions, témoigne de la fréquence des termes prononcés par les participants.

Les participants ont été désignés de manière aléatoire par un numéro et un terme suivant leur groupe d'appartenance :

- « Libéral1 » à « Libéral9 » pour le groupe « Paramédicaux libéraux » ;
- « Hospit1 » à « Hospit8 » pour le groupe « Paramédicaux hospitaliers » ;
- « Etud1 » à « Etud9 » pour le groupe « Etudiants paramédicaux » ;
- « Paramed1 » à Paramed10 » pour le groupe « Hospitaliers et étudiants paramédicaux ».

2.3.2 Analyse des données

La thésarde, une autre thésarde interne en médecine générale et la directrice de thèse ont analysé individuellement la première retranscription à l'aide du logiciel NVivo 10.2.1. Ce premier entretien permet de réaliser un encodage par triangulation et de déterminer des notions clefs appelées nœuds.

Après appréciation de ces nœuds par les trois instigateurs, une mise en commun est réalisée avec comparaison des nœuds définis.

Ainsi les encodages suivants (des 2ème, 3ème et 4ème groupe) permettent à la thésarde une analyse objective et déductive basée sur l'analyse commune préalablement déterminée. Après ces analyses secondaires, de nouveaux nœuds peuvent apparaitre.

3 RÉSULTATS

3.1 CARACTERISTIQUES DES GROUPES

Nous avons constitué quatre groupes de 8 à 10 personnes composés d'étudiants ou de professionnels paramédicaux. Un aide-soignant et un infirmier dans le premier groupe et deux étudiants prévus dans le troisième groupe ne sont finalement pas venus.

Les entretiens ont duré au minimum 1heure et n'ont pas excédé 2 heures.

A l'issue des 3 premiers focus group, la saturation des données n'était pas obtenue. Il a donc été décidé de poursuivre le recrutement en panachant la constitution des groupes pour obtenir une homogénéisation des données.

Un nouveau groupe constitué de professionnels hospitaliers et d'étudiants a donc été constitué, permettant l'obtention de la saturation des données (à l'issue de ce 4ème focus group).

3.1.1 Groupe « Hospitaliers »

Date	Lieu	Nombre de participants	Professions	Lieu d'exercice	Lien avec la thésarde	Modérateur	Durée de l'entretien
11 mars 2015	Hôpital de La Rochelle	8	3 aides-soignants 5 infirmiers	Services des urgences de La Rochelle	Anciens collègues de stage	V. Olariu (directrice de ce travail)	1h

Tableau I : Caractéristiques du groupe « Hospitaliers »

3.1.2 Groupe « Libéraux »

Date	Lieu	Nombre de participants	Professions	Lieu d'exercice	Lien avec la thésarde	Modérateur	Durée de l'entretien
25 mars 2015	Maison de Santé de Ruelle sur Touvre	9	1 podologue 1 IDE Asalee 2 IDE 1 diététicienne 1 orthophoniste 2 préparatrices en pharmacie 1 ergothérapeute	Maison de santé de Ruelle sur Touvre Pharmacie de Ruelle sur Touvre Libéral – secteur de Ruelle sur Touvre	Aucun	V. Olariu (directrice de ce travail)	1h05

Tableau II : Caractéristiques du groupe « Libéraux »

3.1.3 Groupe « Etudiants »

Date	Lieu	Nombre de participants	Professions	Lieu d'exercice	Lien avec la thésarde	Modérateur	Durée de l'entretien
30 mars 2015	Faculté de médecine de Poitiers	9	2 étudiants IDE 7 étudiants kinésithéra-peutes	Poitiers	Aucun	B. Tudrej (Médecin impliqué dans le projet)	1h45

Tableau III :Caractéristiques du groupe « Etudiants »

3.1.4 Groupe « Hospitaliers et Etudiants »

Date	Lieu	Nombre de participants	Professions	Lieu d'exercice	Lien avec la thésarde	Modérateur	Durée de l'entretien
2 juin 2015	Internat de l'Hôpital de La Rochelle	10	2 IDE 1 podologue 1 kinésithérapeute 1 manipulatrice en radiologie 4 étudiants IDE 1 étudiante diététicienne	Service des urgences de La Rochelle Service de psychiatrie de La Rochelle La Rochelle	Anciens collègues de stage Aucun Collègues de stage	F. Melchior (thésarde impliquée dans le projet)	1h05

Tableau IV :Caractéristiques du groupe « Hospitaliers et Étudiants »

3.2 ANALYSE THEMATIQUE TRANSVERSALE DES ENTRETIENS

Nous avons réalisé, avec l'aide de la directrice de ce travail et d'une thésarde impliquée dans l'étude, une analyse thématique transversale du premier verbatim, grâce au Logiciel Nvivo 10.2.1. Les données obtenues lors de ce premier focus group ont permis de déterminer des thèmes et des sous-thèmes à partir des questions posées.

Trois thèmes sont alors mis en évidence :

- Formation des professionnels de santé ;
- Réponses aux besoins de santé de la population ;
- Implication de la société.

Pour chaque thème, une carte conceptuelle (ou arbre) a été construite nous permettant ainsi de détailler ces thèmes et les sous-thèmes qui les composent, en les illustrant par des extraits des verbatim.

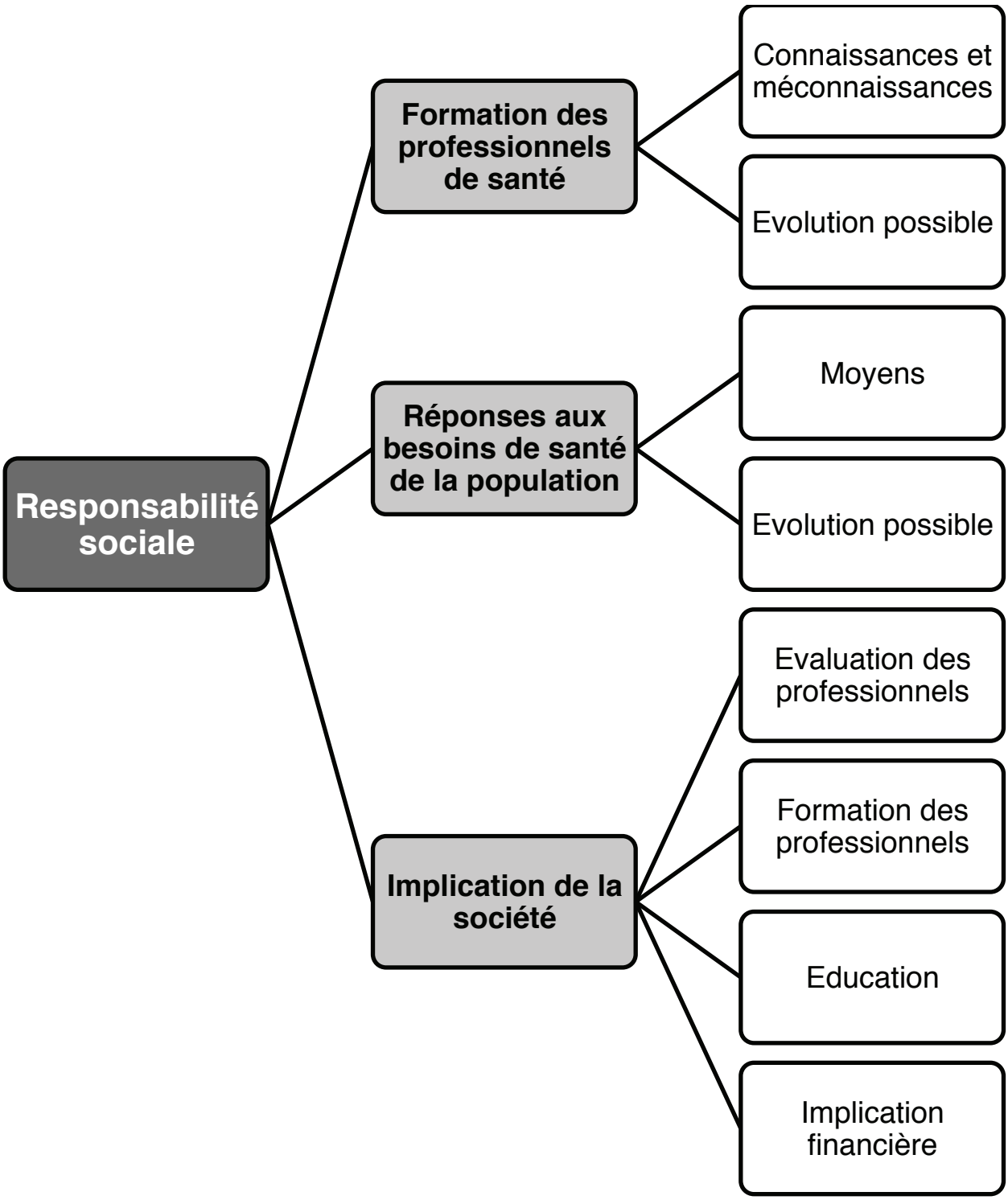


Figure 2 : Carte conceptuelle des résultats de la triangulation

3.2.1 Formation des professionnels de santé

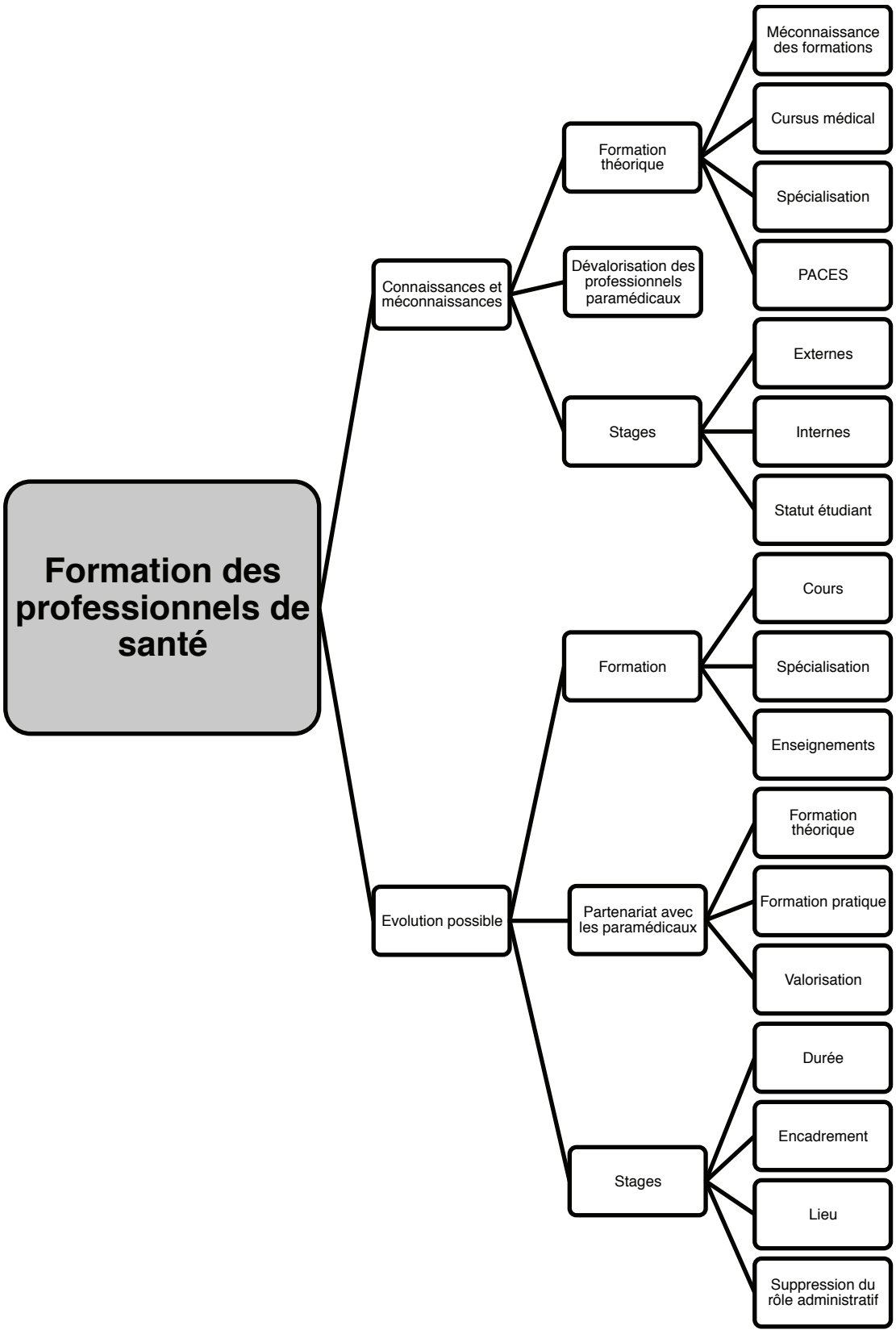


Figure 3 : Carte conceptuelle de la formation des professionnels de santé

3.2.1.1 Connaissances et méconnaissances des professionnels paramédicaux quant à la formation des médecins

- **L'adaptation de la formation théorique**

  - **Méconnaissance des formations**

Les professionnels paramédicaux mettent tout d'abord en avant une méconnaissance de la formation des médecins :

> Oui, mais du coup on n'a pas trop de regard sur euh…la formation…

> Je ne me sens pas au courant de la formation des médecins

Mais la méconnaissance des médecins quant à la formation des autres professionnels de santé est également évoquée :

> Et comme tout le monde, ils connaissent pas bien notre métier et nous on connait pas bien le leur

> Mais tout l'monde part du principe qu'il connaît le métier de l'autre et en fait non. C'est une idée reçue.

  - **Cursus médical, enseignements et évaluation**

Cette formation, ou du moins le regard qu'en ont les professionnels paramédicaux, leur semble adaptée d'un point de vue théorique, en ce qui concerne les connaissances médicales brutes :

> Non, moi je pense que globalement, 'fin moi je pense que la formation elle colle après à la réalité de ce qu'ils ont au quotidien.

> Non on niveau théorique, j'pense qu'ils ont un bon… un très bon niveau quoi.

> le cursus est… c'est très scientifique, et au bout ça donne des scientifiques

Cependant, l'enseignement psycho-social du patient ne serait pas existant, ou du moins, insuffisant :

> j'trouvais que c'était certainement des très bons théoriciens, mais après au niveau du contact avec le patient, c'était pas euh… c'était assez moyens quand même.

> Moi je suis pas trop d'accord sur la réalité du quotidien en fait parce que je pense que y'a toute la partie « société » qui est pas trop prise en compte, genre euh justement le maintien à domicile des gens etcetera, toute la partie sociale en fait qui est souvent euh… les médecins ils prennent pas en compte quoi, ils font aller hop…

L'enseignement de ces connaissances doit être réalisé par des personnes compétentes :

> Est-ce que ce ne sont que des médecins qui viennent apprendre aux médecins à devenir médecin, ou est-ce que ce sont d'autres paramédicaux euh…

> Un médecin qui fait un cours sur « Qu'est-ce qu'un kiné », mais dans ce cas là autant mettre un…

La quantité de connaissances théoriques à intégrer et d'évaluations réalisées au cours de l'ensemble du cursus mettent en difficulté les étudiants :

> Du coup, ils ont un exam tous les mercredis. Sauf qu'ils ont, je sais pas combien d'items à réviser et pis bah… moi les externes que j'connais ils m'disent « bin, t'façon, on y arrive pas, on n'a pas l'temps de tout faire, c'est impossible, donc on va pas s'casser l'cul alors que t'façon on y arrivera pas… »

Ainsi, les professionnels paramédicaux déplorent-ils les nouvelles techniques d'apprentissage des étudiants en médecine, délaissant les enseignements « vivants » face à des professeurs et déshumanisant ainsi la formation :

> Et pis t'as la plupart qui vont pas parce bin ils s'relaient pour faire les polys, et pis tu prends l'poly et pis…

> moi j'conçois pas qu'ils apprennent tout sur les polys sans jamais avoir le prof, le cours en face quoi

- **Spécialisation de la formation**

L'adaptation de cette formation au fil des années, parallèlement aux avancées de la science est remise en cause :

> il se rend pas compte que même par rapport à son époque c'est plus les mêmes choses qui sont demandées. C'est à dire que ça a évolué dans la pratique et en fait dans la formation, y'a plein de choses qui n'ont pas évolué.

> 'fin entre le moment où ils ont commencé et où ils ont fini, y'a eu des avancées effectivement

> Donc j'veux dire, la somme de connaissances qu'ils avaient au départ, c'est toujours la même, mais à cela s'est rajouté tout un tas de choses qu'ils sont obligés de… de… d'appréhender…

L'hyperspécialisation grandissante de la formation est regrettable et dommageable pour les patients :

> J'trouve que de plus en plus on a affaire à des internes qui sont euh… super pointus dans un domaine et de moins en moins « global » quoi.

Euh, t'as carrément des spécialistes de la main qui font plus que de la main, tu leur parles d'une jambe, j'pense qu'ils savent plus faire… 'fin tu vois ça j'pense que niveau formation…

Bin j'reviens 15 ans en arrière, tu prends euh… l'urologue de garde à l'époque, il pouvait faire une appendouille, il pouvait faire plein de truc

La durée des études serait un frein à l'aspect humain de la prise en charge :

c'est des études qui sont très compliquées parce que ça dure très longtemps, on se spécialise très tard…

Moi j'pense que par rapport au médecins, les études sont tellement longues et tellement difficiles et tellement lourdes en apprentissage de connaissances pures qu'on oublie un petit peu effectivement que y'a un patient qu'est un Homme derrière.

- **Enseignements communs aux métiers de santé**

L'intérêt de la PACES en terme de connaissances communes aux différents professionnels de santé est discutable :

Moi j'trouve que c'est bien dans l'sens où y'a une… du coup y'a une base pour tous les métiers de santé, y'a une base commune où même si on oublie beaucoup de chose, y'a au moins des choses dont on a entendu parlé une fois dans sa vie

est-ce que on peut mettre tout l'monde dans l'même panier dans l'sens où une aide soignante elle a pas forcément besoin des mêmes connaissances

à un moment, ça permet d'avoir aussi une vision de l'autre, qu'est-ce qu'il a appris, et d'avoir cette idée de…

Le concours de PACES est remis en cause :

- il sélectionne des professionnels ayant une « bonne mémoire » plutôt que des « professionnels humains » :

Oui non c'est ça, j'suis pas persuadée qu'avoir ta P1 fasse de toi un bon professionnel de santé mais euh

on fait une sélection sur la capacité à mémoriser, et j'pense pas qu'ce soit… 'fin, ça joue pour être un soignant, mais j'suis pas sûre que ce soit l'une des choses les plus importantes

- il conduit parfois à des situations où les étudiants font des choix par défaut et dommageables :

Pis t'arrives à des situations aberrantes. Nous on a déjà eu euh… 'fin sans parler médecine, où t'avais euh… en école de sage-femme une étudiante qui voulait faire kiné, et en école de kiné, une étudiante qui voulait faire sage-femme…

- **La dévalorisation des professionnels paramédicaux**

L'élitisme de certains médecins peut entrainer un sentiment de dévalorisation chez les professionnels paramédicaux et une crainte des réactions des médecins :

on y va vraiment à tâtons… Quand on a besoin d'un renseignement…

Cet élitisme, aurait une influence négative sur le comportement de jeunes étudiants, et notamment d'externe :

j'ai l'impression aussi qu'ça permet un certain état d'esprit arriviste : « j'en ai chié, maintenant c'est bon, j'suis l'roi du monde quoi »
Rien que l'idée de réussir le concours, ça fait prendre la grosse tête
« je vais être médecin et Dieu sur Terre »

Cette dévalorisation serait véhiculée, consciemment et inconsciemment par les autorités enseignantes :

j'pense que l'université déjà ne nous reconnaît pas
Etud1 : Nous on n'est même pas universitaires. Etud4 : Et pourtant vous êtes passés par la première année de médecine
j'pense que ça vient de beaucoup plus haut et que ceux de beaucoup plus haut montrent pas l'exemple quoi, parce que un premier qui prend kiné, c'est la catastrophe pour la fac de médecine hein…

Ainsi, la « non entrée » dans le cursus médical après la PACES critiquée par les médecins, et la population, entraine un sentiment de dévalorisation chez les professionnels paramédicaux, notamment les étudiants :

en P1 où le prof qui était devant l'amphi se fichait déjà de ceux qui allaient faire kiné parce qu'il comprenait pas qu'c'était un métier et…
ils s'retrouvent eux en médecine et moi en kiné, et dans leurs têtes, bin j'suis moins bon qu'eux parce j'ai… parce que voilà, j'ai pas été en médecine
« ah t'es passée par médecine », « ouai, bin t'es infirmière par dépit, tu veux faire médecin quoi »… bin non, j'veux pas faire médecin, j'ai tenté médecine, ça m'a pas plus, ça m'correspond pas…

Cependant, pour les professionnels en exercice, la nouvelle génération de médecins, et les internes, serait plus à l'écoute des remarques de leurs collègues paramédicaux :

> Mais c'est vrai que j'avoue, les jeunes médecins sont beaucoup plus aptes à reconnaître, à dire « bin oui excusez moi, j'me suis trompé » ou « j'ai pas fait attention » alors que bon, on a des anciennes écoles…

> les internes sont quand même plus abordables

> moins de condescendance qu'on peut en trouver chez les anciens

Mais la place des professionnels paramédicaux reste encore mal définie :

> Non, j'pense qu'officiellement on n'a pas tellement de place, en tout cas on n'est pas investit dans leur formation, j'crois pas

- **Les stages**

  - **Intérêt des stages d'externe en termes de formation**

Les étudiants en professions paramédicales soulèvent la problématique de l'encadrement et de ses différences avec leurs propres stages :

> Moi j'entends beaucoup d'externes aussi qui s'plaignent qu'ils voient pas les médecins

> on a l'impression qu'ils sont un petit peu livrés à eux même en stage

> nous on a un débriefing obligatoire euh… avec feuille de compétence à remplir…

> nous dans nos formations on nous apprend à encadrer, je sais pas si pour eux on leur apprends à encadrer.

Le lieu de stage unique (universitaire) et le trop grand nombre d'étudiants par stage ne leur permet pas une vision adaptée des modes d'exercices :

> Mais parce que j'pense que le fait qu'ils soient en gros nombre en fait au CHU, ils voient le CHU, le CHU et du coup j'pense qu'ils en oublient un peu aussi les réseaux extérieurs

  - **Intérêt des stages d'interne en terme de formation**

Les stages durent 6 mois, ce qui permet une formation spécialisée dans le domaine relatif au stage en question et un apprentissage concret sur le terrain :

> souvent ils disent que ils ont appris beaucoup de choses

suffisamment formés sur de la cardio, les internes qu'on a qui sont passés en gériatrie ils ont le recul par rapport à tout ça euh...

L'implication des formateurs est nécessaire pour que ces stages soient bénéfiques.

Concernant l'encadrement, il leur semble exister des lacunes :

un peu seuls face à eux-mêmes. Quand tu travailles avec certains médecins…

les séniors ils en profitent un petit peu, ils se reposent aussi beaucoup sur les internes

L'implication personnelle de l'étudiant est un déterminant majeur de l'intérêt de ces stages :

Mais après, est-ce que c'est la formation ou est-ce que c'est l'implication personnelle de l'interne à un moment donné qui se dit « tiens, bin là euh, je vais me donner à fond, l'objectif c'est euh… »

Les professionnels paramédicaux remarquent qu'ils connaissent mal le système d'évaluation de stages :

on sait qu'y'a un avis sûrement sur la fin, on sait pas si vous êtes notés…

Cependant, les professionnels exerçant en maison de santé ont connaissance des pratiques de stage via leur milieu et leur mode d'exercice :

C'est à dire que nous on sache qu'à la maison de santé effectivement y'a des stagiaires, y'a effectivement des stages qui se passent en libéral

J'veux dire, ils font un débriefing, c'est long le soir.

- **Statut des étudiants**

Le niveau de formation de chaque étudiant est méconnu :

C'est depuis qu'je suis à la maison de santé que j'ai découvert qu'il y avait plusieurs types d'internes, différents niveaux

Ceux qui peuvent recevoir le patient tout seul sans présence du médecin traitant, ceux qui sont encore d'un autre niveau donc il faut qu'il y ait la présence du médecin traitant… C'est en fait à la maison de santé que moi j'ai vraiment découvert les différents niveaux, les périodes de stage…

Le statut d'étudiant peut être un frein à la formation durant le stage, certains patients refusant leur prise en charge :

j'pense que le patient il veulent pas forcément avoir affaire aux internes… 'fin certains veulent pas avoir affaire aux étudiants…

Le statut même de l'étudiant semble être dévalorisé :

C'est ça, c'est d'la main d'œuvre pratique, pas chère quoi

ils… font du boulot euh… nécessaire mais du coup à moindre coût parce que les médecins ont pas forcément le temps quoi

c'est surtout effectivement externes/internes qui font tourner la boutique et un médecin le voit si vraiment euh…

Parce que j'ai l'impression qu'c'est très dur, à en avoir aperçu travailler certains. J'ai l'impression que c'est disproportionné.

« moi j'ai l'impression quand j'suis en stage, j'sers juste à faire les papiers … »

3.2.1.2 Évolution possible de la formation des professionnels de santé

- **La formation**

  - **Cours d'éthique et de prise en charge bio psycho-sociale**

Nécessité d'une place plus importante pour la réflexion éthique au cours de l'ensemble du cursus médical:

Peut-être que tous les cours d'éthique devraient pas forcément être en première année.

l'Homme n'est pas qu'une machine dont on doit extraire des résultats et des données et euh… refaire un peu de psycho, un peu de relationnel…

L'acceptation de l'ignorance et des limites est un point nécessaire à enseigner :

Savoir reconnaître quand il ne sait pas

L'aspect social de la prise en charge doit être enseigné… :

genre euh justement le maintien à domicile des gens etcetera, toute la partie sociale en fait qui est souvent euh… les médecins ils prennent pas en compte quoi, ils font aller

…Bien que la place du médecin dans cette prise en charge sociale soit mal définie :

> après il y a la question c'est « est-ce que c'est vraiment au médecin de mettre ça en place ? »

La relation patient/médecin est à approfondir :

> le contenu, il pourrait être intégré peut-être plus de relationnel, plus de… d'apprendre c'que c'est que l'empathie…

- **Spécialisation**

Les professionnels paramédicaux décrivent une formation « à la demande » :

> C'est qu'nous nos formations où entre guillemets on se spécialise, elles sont après. Et c'est nous qui les choisissons suivant c'qu'on a vu en stage ou pas tu vois… c'est pas…

> Est-ce qu'il faudrait pas des modules de psycho ?

- **Enseignements**

Les enseignements doivent être dispensés par des professionnels en activité :

> Parce que nos formateurs en étant sur le terrain sont confrontés aux demandes de la société et aux demandes du patient et donc ils peuvent mieux nous les retranscrire et mieux nous les faire analyser.

- **Les partenariats avec les professionnels paramédicaux**

  - **Intégration des professionnels paramédicaux dans la formation théorique**

Pour les professionnels paramédicaux, une meilleure connaissance de l'activité de chacun est la base d'une meilleure collaboration :

> le médecin qui s'installe, il devrait faire une réunion, inviter les gens du quartier voire de la commune selon la grandeur du secteur où il travaille : ergo, infirmier, diététicien, pharmacien, préparateurs…

> A la maison de santé, c'est parce que c'est la structure qui fait qu'on est en un lieu commun et, une fois par mois, on organise des réunions, on appelle ça des GAPP : des « groupes d'analyse de nos pratiques professionnelles »

> J'pense que y'a beaucoup de choses dont on se rend pas compte.

Des interventions et/ou des cours à la faculté peuvent permettre de prendre connaissance des compétences de chacun :

du coup mieux comprendre c'que chacun peut faire… avec nos limites en fait
Faut p't'être aller plus dans les facs. En tout cas ça existe. Alors p't'être que dans les autres professions il peut y avoir ça aussi ou j'sais pas ou des intervenant qui viennent

Et la connaissance des compétences de chacun permet d'améliorer la prise en charge du patient :

qu'ils puissent savoir exactement quels sont les genres de pathologies qu'on traite pour aussi pouvoir nous envoyer et du coup… bin la prescription après… ça ira avec… ça suit…
quand ils vont prescrire un acte de clinique, prescrire un acte infirmier, s'dire « bin oui, là je sais qu'il peut », « là je sais qu'moi ça va être limite, plutôt aller vers là »

Ces interventions peuvent se faire sous forme de cours dispensés par des professionnels compétents et/ou des cours communs à différentes professions de santé :

Moi j'pense que faudrait, à ce moment là créer une sorte de module
Mais moi je sais qu'en temps que diététicienne, j'allais donner des cours dans une IFSI
De croiser les… entre étudiants, j'sais pas de mener des… j'sais pas, des projets d'action de santé publique
après sur cette même pathologie en fait à chaque fois nous on a 2 versants, on a le versant médical et le versant euh… kiné (…) même si c'est simplifié on a une vue plus globale de (…) de comment la pathologie est prise en charge

Ces interventions peuvent également montrer le mode de fonctionnement et de collaboration entre professionnels de santé :

Alors peut-être plus puisqu'on est une structure maison de santé où on a déjà pris un petit peu pris l'habitude de travailler ensembles, qu'on vienne vous dire : voilà c'que ça nous apporte nous de travailler ensemble et… voilà. Venir donner notre témoignage là dessus

Les professionnels observent une différence de comportement chez les médecins ayant « expérimenté » le travail d'IDE ou d'AS lors de remplacements estivaux :

elle communiquait beaucoup, même avec les paramédicaux
Elle connaissait le maniement du lève-malade

Le stage infirmier, obligatoire entre la 1ère et la 2ème année, est l'occasion d'avoir une première approche des métiers paramédicaux :

Sensibilisée en travaillant comme aide soignante
Donc euh… savoir changer une couche, s'assoir à côté d'une petite grand-mère, lui tenir la main et l'écouter parler de son chat qui est resté enfermé quand elle est à l'hôpital, ça fait partie de notre job. Ça, un première année qui fait son stage de faisant fonction d'infirmier… c'est pas c'qui va l'intéresser
Non mais le but c'est de savoir faire le geste ou d'avoir compris c'que c'était qu'le geste ?

Les stages satellites permettent également une découverte concrète des professions paramédicales :

Oui, venir nous rencontrer sur le terrain, dans nos pratiques à nous
Ça permet de mieux connaître la profession de l'autre dans un sens comme dans l'autre
accueillir des étudiants ou internes en médecine sur une journée pour qu'ils… pour qu'ils découvrent quoi

- **Intégration des paramédicaux dans la formation pratique**

Participation des professionnels paramédicaux aux évaluations en cours ou en fin de stage :

Ouais, un débriefing avec les équipes paramédicales
faire un lien, un lien un petit peu plus direct où on se parle vraiment, où il y ait un temps dédié à ça

- **Valorisation des professionnels paramédicaux**

Les paramédicaux sont en recherche de proximité pour une reconnaissance du travail de chacun :

un certain module où on pourrait être un petit peu plus proche avec le personnel paramédical
il y a vraiment des médecins avec qui on peut parler, ils vont nous demander notre avis
Et c'est vrai que, vu qu'on travaille ensemble, on est vachement complémentaires

Pour les étudiants en profession paramédicale, cette valorisation doit débuter dès la PACES :

arrêter de dévaloriser le premier jour de la rentrée toutes les autres professions

les coefficients sont les mêmes pour médecine et kiné. C'qui fait quelque chose de ridicule

- **Les stages**

  - **Durée**

La durée limitée (quelques semaines, à mi-temps) des stages d'externat ne favorise pas la communication avec les professionnels paramédicaux et l'intégration au sein du service d'accueil. Une durée de stage plus longue serait donc bénéfique :

Et pis bin, t'as un mois d'cours après, 'pis tu retourne un mois en immersion.

Ouais mais ils pourraient faire ça en partageant la promo en 2, c'est vraiment jouable

en 1 mois t'as l'temps de t'familiariser un service

  - **Encadrement**

Le défaut d'encadrement peut aussi provenir d'un défaut d'apprentissage à l'encadrement. De ce fait, il faut valoriser la notion de compagnonnage:

Parce que si ils sont pas encadrés, est-ce qu'on doit pas leur apprendre à encadrer ?

Par ailleurs, des objectifs concrets, tels que déterminés dans les autres formations de professionnels de santé sont des pistes d'amélioration de la formation des étudiants en médecine :

au final c'est ça le fil conducteur de notre stage, donc on a nos objectifs, et après on fait un compte rendu, si on les a atteint ou pas, à quel degré on les a atteint et qu'est-ce qu'on a vu quoi…

par rapport à la pluridisciplinarité, apprendre à connaître le rôle d'un infirmier, kiné, et cetera. Peut-être que ça peut faire partie de… de la notation

  - **Lieux**

Les professionnels paramédicaux préconisent une adaptation de la maquette des internes de médecine générale avec augmentation du nombre de stage de médecine générale :

Le mec qui se spécialise il va faire 2 ou 3 ans de spécialités où il va faire que sa spécialité, le généraliste lui il fait 6 mois…

Les étudiants en médecine pourraient réaliser des stages en CH périphériques avec une adaptation des durées de stage :

Y'a pas que l'CHU hein
aller dans des petits CH, des petites structures où moi personnellement j'ai vu plus de lien entre professionnels et professionnels-patients
si on dispersait déjà, ça permettrait aux externes de voir d'autres façons de faire et surtout ça soulagerait l'encadrement et j'pense qu'on pourrait avoir un encadrement plus efficace, 'fin et plus investi aussi

- **Suppression du rôle administratif de l'étudiant**

Les externes ont un rôle administratif en stage qui ne correspond pas forcément aux objectifs de leur formation et qui doit être supprimé :

si ils font des stages où ils font de l'administratif c'est idiot. 'Fin ce serait le moment où au contraire, ça permettrait de développer de l'humain plus que la connaissance quoi
Parce qu'en plus si ils font que d'l'administratif, leur stage il leur sert à quoi, quoi ?

3.2.2 Réponses aux besoins de santé de la population

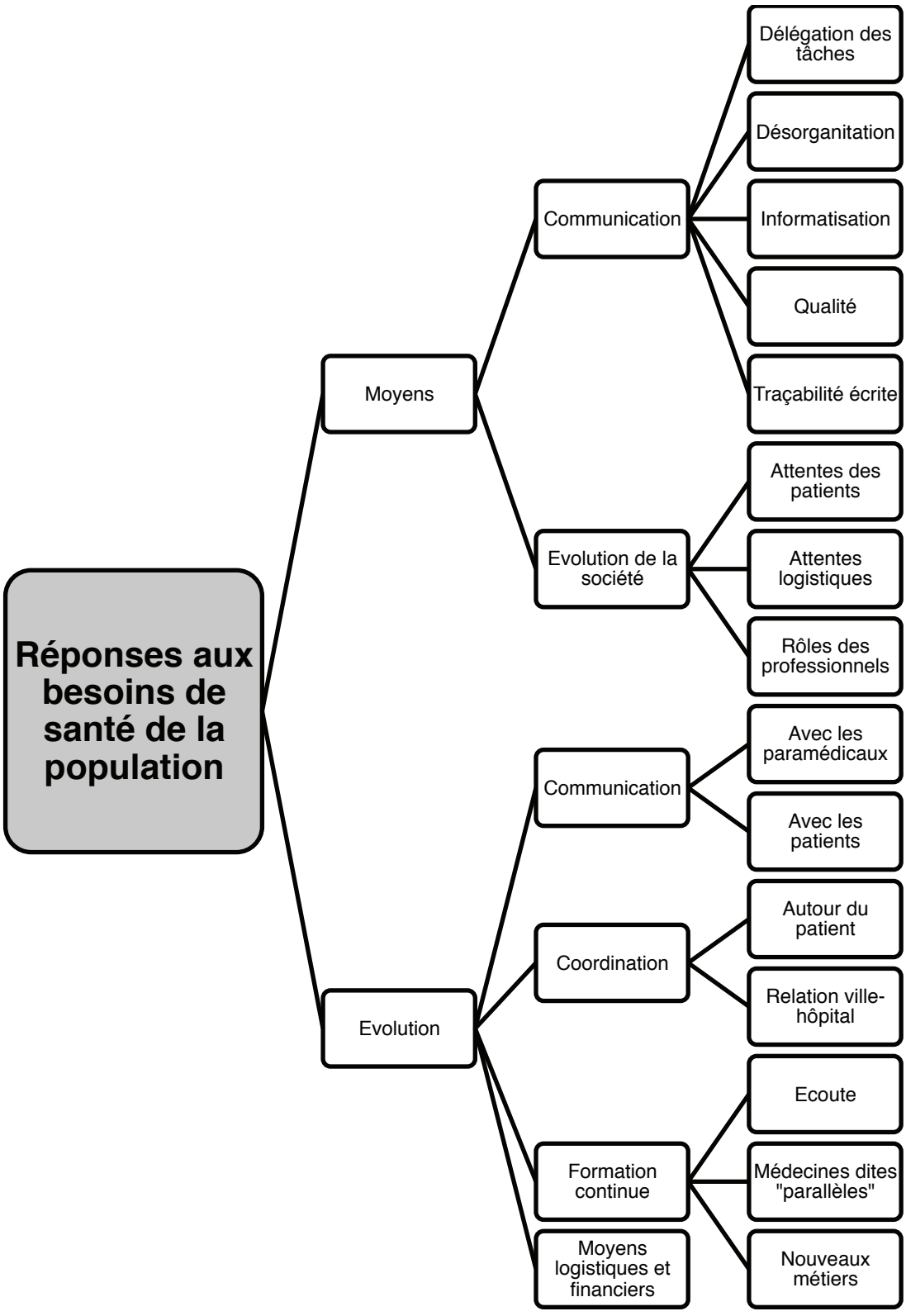


Figure 4 : Carte conceptuelle des réponses aux besoins de santé de la population

3.2.2.1 Moyens actuels existants pour répondre aux besoins de santé de la population

Le système de soin français est de qualité:

> on a des médecins, des chirurgiens qui sont super compétents, on a des plateaux techniques énormes, on a une quasi gratuité, entre guillemets, mais enfin, pour se faire soigner, que tu sois millionnaire ou que tu sois RMIste, t'as l'droit quasiment au même niveau de soins, donc ça déjà, à c'niveau là, c'est quand même quelque chose d'énorme

- **Le défaut de communication**

Les problèmes de communications sont mis en avant aujourd'hui mais relèvent d'une problématique ancienne :

> C'qui est paradoxal c'est qu'on se plaint de ça maintenant, mais y'a 20 ans, le médecin, le chef de service, c'était le carabin, et euh… personne lui adressait la parole, quand il rentrait, tout le monde se taisait

- **Délégation des tâches**

La délégation des tâches en cascade risque d'altérer cette qualité de soins :

> les médecins ils se délestent encore un peu sur les infirmières, mais il va falloir qu'on déleste les infirmiers , parce qu'ils pourront pas tout faire, donc faudra forcément qu'on déleste un peu sur les aides-soignants, et les aides-soignants j'vois pas …

> tout le temps auprès du patient a été délégué aux internes

- **Désorganisation**

Les différences organisationnelles entre les structures de soin créent un défaut de prise en charge, aux dépens du patient :

> Rien que pour la Région : entre hôpital on n'a pas les mêmes protocoles, entre hôpital on fonctionne pas pareil… y'a un moment tout ça c'est à remettre à plat

> Uniformiser les soins pour que le malade s'y retrouve et soit moins perdu

- **L'informatisation comme cause d'altération de la communication**

L'informatique est pointée du doigt comme étant un progrès technologique aux dépens de la prise en charge humaine :

> C'est dû au fait qu'ils prescrivent sur l'ordi et que t'as jamais le droit à au moindre bonjour oui ou merde

> par contre, pour aller dans le box expliquer au patient… y'a plus personne

Le temps à mon avis côté ordinateur est plus important que côté patient

- **Communication de mauvaise qualité**

Les carences de communication et de coordination desservent le patient :

« on aimerait bien savoir c'que vous lui avez dit, est-ce que la famille est au courant, est-ce que le patient est au courant »… Bin on sait pas. On reste souvent sans réponses

La recherche du rendement associée au manque de moyens et de temps se fait au détriment d'une relation de qualité avec le patient :

Je pense que pour les internes et les futurs médecins c'est la même chose : ils aimeraient bien, sûrement passer plus de temps avec une personne, parler plus. Sauf qu'à un moment donné, bin faut que ça tourne
Ou 24 heures ? Comment il est vu le patient ? Moi j'aimerais pas être celui qui passe au bout des 24 heures
Et j'crois qu'on est tous au même… on court tous après le temps

- **Traçabilité écrite**

La traçabilité écrite réduit la communication orale :

C'est ça, à force de tout noter partout, on l'dit plus quoi…

- **L'évolution actuelle de la société**

- **Attentes et exigences des patients**

Face à l'évolution des connaissances, des techniques et des compétences, les patients deviennent plus exigeants avec les professionnels paramédicaux :

« je viens ici parce qu'on me fera tout et puis parce que j'aurais tout aujourd'hui surtout »
le patient suivant il apprécie pas du tout, du tout d'avoir 20 minutes d'attentes
On a cultivé ce culte du « tout, tout de suite, et surtout se protéger. Pas de plainte, pas de trucs, j'fais ce qu'il faut machin »
Nous quand ils viennent à l'accueil des urgences : « je viens pour passer une radio », « pour faire ça, ça, ça ». « Ah, c'est le médecin qui décide ». « Ah ouai, mais t'façon il me faut ça moi ». Ils viennent faire leur liste de courses quoi
Donc la population elle demande de plus en plus de technique, donc forcément le médecin il a été obligé aussi de faire de plus en plus de technique, et ça c'est… je pense effectivement à l'arrivée c'est que on a moins de psychologique mais on a beaucoup plus de technique

> Y'a la charge de travail aussi qui fait que à un moment ils peuvent pas… C'est long de s'asseoir auprès d'un malade et de lui expliquer des choses clairement. De les répéter dans un langage qu'il va comprendre… Tout ça, ça prend beaucoup de temps et à l'heure actuelle, on a de moins en moins de temps à consacrer à chaque patient

Ainsi, les professionnels font face à de nouvelles difficultés face à ces exigences :

- de temps :

> on ne peut pas rajouter des tâches sans cesse, sans cesse, sans cesse aux médecins ou aux infirmiers. A un moment donné ils ne peuvent plus

- de prise en charge :

> on va plus voir son médecin en disant amen à tout ce qu'il dit, on a aussi envie… (…) c'est à dire qu'il doit avoir raison mais en plus, il doit l'amener à ce qu'on croit et à ce qu'on accepte ce qu'il dit

- de moyens (notamment la démocratisation de l'information via internet) :

> pour les médecins à mon avis c'est très dur que les patients aient internet

> Donc il savent déjà c'qu'ils ont avant d'venir voir le médecin

- **Nouvelles attentes logistiques**

Le manque de lits par rapport à l'augmentation de la demande d'hospitalisation est également un problème évoqué :

> Pis plus ça va, plus on va diminuer les lits d'hospitalisation de longue durée sur l'hôpital, on va se retrouver avec des lits d'ambulatoire, et plus ça va, plus les gens vont revenir vite

L'aspect financier de prise en charge par la sécurité sociale des soins prodigués au patient joue également un rôle dans la réponse aux attentes de la société :

> beaucoup de patients qui viennent pas voir la diététicienne parce que financièrement y'a pas de prise en

- **Nouveaux rôles des professionnels**

De même que la formation entraine une hyperspécialisation, les nouvelles exigences des patients l'encouragent :

> Mais ça veut dire que tu peux pas rester performant dans un truc si tu es trop polyvalent

> qu'il y ait beaucoup de cas, donc le praticien va forcément avoir que habitude de faire le geste, par exemple si c'est un chirurgie, l'habitude de faire le geste, donc y'aura beaucoup moins d'erreurs médicales

Les professionnels paramédicaux et les médecins en premier lieu voient également leur place sociale évoluer :

réexpliquer peut-être aux patients, aux gens que le médecin n'a pas la même place qu'il avait autrefois

Autrefois le médecin était disponible tout le temps, le pharmacien, l'infirmière… il faut leur faire apprendre que… Avant on avait un rendez-vous… on appelait, on avait un rendez-vous une heure après… voilà, maintenant c'est une semaine après… Donc voilà, expliquer pourquoi.

La demande médicale évolue et de fait, la pratique médicale évolue. La charge de travail ne permet alors pas une prise en charge optimale, mais les soignants doivent s'y adapter :

Autrefois, le médecin, c'était pas le roi mais c'était… un responsable du village

Ça c'est très bien parce que quelque part euh… ouai c'est euh… on a l'impression que vraiment… ouai on parle à des êtres humaines

quand on met 10 minutes ou ¼ d'heure par patient, bin j'pense qu'effectivement comme tu dis, le problème social de machin, tu zappes quoi

Le rendement financier entre également en ligne de compte dans ces nouvelles pratiques, ce qui amène le professionnel à faire évoluer son mode d'exercice :

à la fin de la journée ils ont vu 60 ou 70 malades chacun, y'a un moment, ils peuvent pas non plus être comme euh… comme il faudrait être dans les livres, c'est pas possible

il a pas fait 8-10 ans d'études pour rien, il veut gagner sa vie et c'est normal et j'pense qu'à un moment donné il y a le critère argent qui rentre en jeu

Et est-ce qu'au bout de 8 ans d'études, complètement hallucinantes en quantité, on peut rester motivé et avoir envie d'être humain et de s'en occuper ou est-ce qu'on a juste envie de… de travailler, de gagner ses sous et de revenir à une vie presque normale telle qu'on ne l'a pas eue pendant 8 ans ?

3.2.2.2 Évolution proposée pour améliorer la réponse aux besoins de santé de la population

- **La communication**

  - **Avec les paramédicaux**

Il y a une nécessité de communication pour améliorer la prise en charge

on parle de prise en charge globale, elle est pas globale si on s'parle pas

quelque part on est vraiment complémentaires
p't'être mettre une structure en place pour pouvoir communiquer les uns avec les autres
Comme on n'a pas les mêmes professions, on n'a pas le même regard sur les patients, sur leurs pathologies, mais ça peut permettre justement de mieux les prendre en charge, de façon plus efficace ou d'orienter vers la bonne personne aussi, tout simplement.

Des outils peuvent aussi permette une amélioration de cette communication :

ce serait bien que tout soit centralisé sur la carte vitale
Telles qu'une fiche commune ou un cahier sur lequel tout le monde puisse noter. Un cahier de liaison, quelque chose comme ça
D'un ordinateur avec un adresse mail et dire « bin si vous avez un soucis avec un patient, ou une information à me faire passer, vous m'écrivez, j'vous réponds sous 2-3 jours, ou j'essaye de regarder tous les jours ». Ça me paraît simple et ça permettrait un échange

- **Avec les patients**

Rassurer le patient quant à la communication entre les différents professionnels de santé qu'ils rencontrent :

Donc en fin de compte, même l'interne quand il reçoit, il devrait prendre 2 minutes peut-être de son temps pour expliquer au patient euh… « je ne suis pas votre médecin habituel, mais ne vous inquiétez pas, tout c'que vous allez me dire, ce soir, j'fais un compte rendu à votre médecin »

Se présenter joue également dans la réassurance du patient :

Qu'il dise qui il est, qu'il se présente
Et puis nous, nous en fait on est badgées
Est-ce que les patients savent à qui ils ont affaire quand ils se présentent ? Là, j'vois nos internes, quand ils rentrent : « Bonjour, j'm'appelle untel, j'suis interne aux urgences euh… » Est-ce que pour eux ça leur parle ? Est-ce qu'ils savent c'que c'est qu'un interne ?

- **La coordination**

  - **Autour du patient**

La notion de travail d'équipe peut permettre de replacer le patient au centre de la prise en charge :

des valeurs de travail d'équipe

On n'est pas non plus du tout formés à travailler en équipe, à avoir des raisonnements autour du patient, l'écoute…

Remettre le patient au centre et pas la pathologie quoi

La prise en charge à domicile semble être un point clef du soin « optimal » du patient :

une équipe mobile (…) des médecins qui pourraient aller directement chez les gens (…) Ca serait des médecins de l'hôpital, (…) mais ça serait pas leur médecin généraliste, ce serait des gens qui pourraient faire un certains suivi pour voir ce qu'on pourrait apporter au plus pour les gens, puisqu'ils restent plus longtemps chez eux

des fois quand on va chez les gens voilà… On n'a pas la même vision des gens quand ils sont au cabinet

La prise en compte adéquate de l'entourage va optimiser la prise en charge du patient :

Et justement, c'monde là, en plus, il peut être ressource pour le patient

Le médecin traitant retrouve alors son rôle de coordinateur :

'fin, c'est à dire quelqu'un qui a une vue d'ensemble et qui est capable de regrouper les informations , de les intégrer et de s'en servir à bon escient pour orienter vers la bonne personne et… pour les bonnes raisons

De ce fait, ce dernier se doit de renforcer la relation avec les différentes structures médicales et les professionnels de santé qui entrent en relation avec le patient. Les nouvelles structures de santé se prêtent justement à cette pratique :

ça pourrait être pas mal justement pour développer des réseaux de soins un petit peu plus… efficaces

C'est possible dans des structures comme la maison de santé après… En individuel c'est plus compliqué.

Et du coup, là le patient est pris en charge à la fois par un médecin généraliste, par une infirmière, par un pédicure podologue, par une diet, par une psychologue…

- **Relation ville-hôpital**

Les professionnels paramédicaux évoquent la nécessité de renforcer le lien entre l'exercice libéral et hospitalier pour améliorer la prise en charge du patient :

il faut des liens entre l'hospitalier et l'extrahospitalier vachement plus important. Là y'a rien

Se pose également la question de la mobilité des médecins au sein même de l'hôpital :

quitte à avoir des services spécialisés, il faut croiser quoi… sinon ça sert à rien qu'ils soient tous au même endroit
on va bien Afrique opérer des enfants du cœur, donc pourquoi on pourrait pas aller à Angoulême ou à Niort poser une prothèse ou faire une ligamento?
Non mais le but d'avoir un CHU, c'est la communication, toutes les spécialités sont réunies

- **La formation continue**

  - **Développer l'écoute**

Si la demande actuelle est de consacrer davantage de temps au patient, c'est pour qu'il puisse être écouté et entendu :

L'écoute. Ce que tu disais. Développer l'écoute
Donc avoir plus de temps. Donc avoir moins de patients
Parce que des fois y'a des silences, y'a des… On voit nous, ils baissent les yeux… Y'a des signes qui sont… 'fin quand on apprend, on fait des formations pour ça et c'est vrai… on le sent et là… on pousse un peu et là, hop ça sort. Il faut pas grand chose des fois…

  - **Médecines dites parallèles**

La société est demandeuse d'une médecine qui ne se limite pas à l'allopathie occidentale traditionnelle :

Se former peut-être à de nouvelles pratiques
y'a des médecines alternatives, y'a des médecines chinoises ou africaines, y'a des tas d'autres cultures médicales
L'hypnose ça oblige d'être proche du patient, de lui parler. Et on le voit avec les médecins qui ont fait la formation d'hypnose. Ils retrouvent un certain contact

  - **Création de nouveaux métiers**

Il apparaît nécessaire de s'adapter aux nouvelles attentes de la société et de ce fait, de nouveaux métiers pourraient être créés pour répondre à ces besoins :

Des coordinateurs

Créer un autre métier : Écouteur
C'est le psy qui lui manque
un autre métier qui crée de la communication entre les services
Un médiateur bin c'est quelqu'un qui fait le lien entre… donc c'est p't'être quelqu'un qui fait le lien entre… tout

- **Les moyens logistiques et financiers**

Les professionnels paramédicaux se posent la question d'une augmentation du nombre de médecins, à travers l'augmentation du numérus clausus, pour mieux répondre aux besoins de santé :

le numérus clausus, est ce que au départ tu l'augmentes pour avoir plus de personnel, pour pouvoir euh… voilà… comme pour nous hein, c'est pas compliqué, t'as plus de temps
mais est-ce que en formant plus de médecins on formera plus qualitativement justement que quantitativement…

Enfin, la qualité de travail des médecins est soulevée :

Peut-être éviter de faire des gardes très longues ou, je sais pas, réduire le temps

3.2.3 Implication de la société

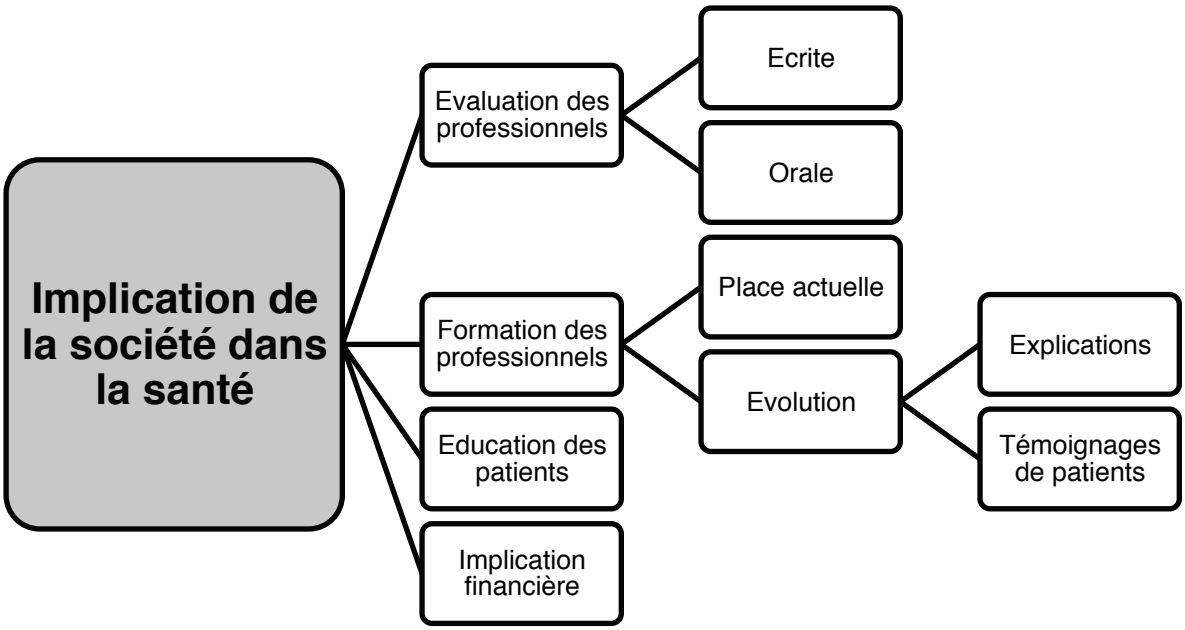


Figure 5 : Carte conceptuelle de l'implication de la société

3.2.3.1 Évaluation des professionnels

Le seul retour actuel de l'avis de la société sur les soins qui lui sont prodigués se fait via les données de l'ARS :

> le seul regard qu'on a c'est les évaluations de l'ARS ; ça franchement ça me paraît un truc complètement bidon, 'fin franchement c'est inintéressant et ça nous apporte rien

- **L'évaluation écrite**

Le questionnaire d'avis qualitatif pour obtenir un avis subjectif concernant la prise en charge des patients pourrait être une piste :

Mais, on pourrait remettre après le passage aux urgences un questionnaire qualitatif

Moi j'attends pas une critique pour critiquer, mais une critique constructive qui dise… j'sais pas « voilà, vous êtes pas assez agréable à l'accueil » « vous êtes… » j'en sais rien 'fin… un truc ou tu peux dire « bin oui, c'est vrai »

j'pense le questionnaire, c'est plus sur l'ensemble du soin et pas forcément sur l'équipe en elle-même

Mais se pose la question de la personne qui le remplit, notamment lorsqu'il s'agit de personnes dépendantes :

Ouais mais le questionnaire ça va être qui ? ça va être la famille qui va le remplir ? La famille ils voient pas forcément le contact qu'on a avec le patient.

Le regard porté sur les soins est cependant subjectif et certains professionnels de santé se posent justement la question de l'impartialité de ce regard :

Ouais mais après j'trouve que l'histoire du questionnaire là de satisfaction, bon… J'trouve qu'on peut pas plaire à tout le monde non plus. 'Fin j'pense que y'a des fois, avec des patients ça passe, d'autres ça passe pas forcément, on n'a pas forcément d'explications, ça fait pas forcément de nous des mauvais professionnels…

- **L'évaluation orale**

Un feed-back direct des patients sur leur prise en charge est évoqué :

faudrait reconvoquer un certain nombre de patients que vous avez pu voir et ils émettent un certain avis

ça pourrait être un jury populaire

tu convoques ces 5 patients comme ça avec quelqu'un qui fait partie de la formation et à ce moment là, c'est pas qu'ils la notent mais ils donnent un avis par rapport à la prise en charge qu'il a pu faire avec eux

3.2.3.2 Formation des professionnels

- **La place actuelle des patients dans la formation des professionnels de santé**

Il existe un rôle incontestable des patients dans la formation des soignants :

j'pense que la société elle participe déjà énormément aux études médicales parce que c'est euh… eux entre guillemets les cobayes tous les jours, en permanence, c'est eux qui fournissent des exemples, qui fournissent des… oui des cobayes…

- **L'évolution possible**

Afin d'intégrer et d'impliquer d'avantage les patients dans cette formation, plusieurs propositions sont faites :

- **Expliquer pour rassurer**

Prendre du temps pour expliquer la prise en charge dont le patient bénéficie permet de le rassurer à propos :

- du fonctionnement du médecin au sein de son cabinet :

Maitres de stage. Ce que ça veut dire
Ils savent pas souvent que l'interne, après, le soir, il débriefe avec le médecin
Oui et puis le dossier est partagé entre le médecin, le remplaçant

- du niveau d'études, avec le risque de voir certains patients refuser la prise en charge réalisée par des étudiants :

Est-ce qu'ils savent c'que c'est qu'un interne ?
Est-ce qu'ils savent c'que c'est un externe, est-ce qu'ils savent où les gens en sont au niveau de leurs études
Mais en donnant plus de détails, est-ce que ça va pas décrédibiliser l'étudiant en médecine ? Est-ce qu'il va pas perdre du pouvoir face au patient
Pour eux, kiné c'est ça masse. Infirmier ça pique et un médecin ça a un stéthoscope autour du cou

- du rôle de chacun :

Tu vois, présenter par exemple au lycée toutes les professions de santé, savoir un peu c'que chacun fait…
Alors, nous, au niveau des orthophonistes, on a créé une association de prévention en Charente et on fait de temps en temps des interventions

Nécessité également d'organiser des tables rondes pour informer sur les pathologies et donc sur l'action menée par chaque professionnels :

Il peut y avoir des médecins qui vont bien expliquer la pathologie mais ça va pas être bien compris par le patient

- **Témoignage de patients**

A l'inverse, le témoignage de patients « expert » de leur maladie permettrait aux soignants de mieux appréhender et comprendre leur vie « quotidienne » avec la maladie et ainsi d'adapter leurs soins :

> dès la 2ème année, rencontrer des patients qui ont… qui vivent telles pathologies pour vraiment arriver à faire les liens entre le patient et la pathologie. Y'a pas qu'la pathologie qui compte quoi. Derrière y'a

> Qu'il y ait des associations de patients qui viennent rencontrer en faculté de médecine les futurs internes qui vont être les futurs médecins

> il a beaucoup à nous apprendre sur sa relation avec sa pathologie et sa vie avec sa pathologie

> le patient il connaît mieux sa maladie que c'que toi tu vas savoir

Les soignants qui ont expérimenté l'expérience du côté « patient » sont également à même de témoigner pour leurs confrères, à travers des jeux de rôles :

> Mais quand t'es toi même de l'autre côté du mur, tu perçois tout hein, les temps d'attente, comment on te parle… Alors vous pourriez faire des jeux de rôle ça serait… Pas vraiment des malades mais… déjà dans la manière de… Déjà être couchés, être allongés et puis qu'il y ait quelqu'un debout qui vous parle de haut, déjà ça… ça change tout

3.2.3.3 Education des patients

La rééducation des patients à la consommation de soin est primordiale dans le contexte actuel de déficit de la sécurité sociale. En effet, le tiers payant généralisé en milieu hospitalier entraine, selon eux, une surconsommation de soins :

> Si c'était payant, cette personne là qui vient parce qu'elle s'est pris, j'sais pas moi, un moustique dans l'œil, est-ce qu'elle serait venue aux urgences ? est-ce qu'elle aurait demandé une consultation ophtalmo quoi ?

Les campagnes de sensibilisation sont un bon exemple de l'efficacité de cette éducation :

> l'assurance maladie pourrait pas faire une campagne comme ils font pour la sécurité routière ?

> fait une campagne comme ça en disant « on vient pas à l'hôpital systématiquement pour rien »

L'éducation à la santé devrait se faire dès le début de la scolarisation :

> L'hôpital des nounours

j'sais pas moi au lycée par exemple, des p'tites conférences de métiers et de santé, des conférences de métiers du droit

moi j'pense qu'il faut prendre le problème plus tôt, c'est à la base quoi, j'veux dire : on fait des cours de civisme à l'école, on leur apprend que il faut pas faire ceci, cela, bin pourquoi on intègre pas la notion de santé qui coûte un bras à la France

3.2.3.4 Implication financière

Une plus grande implication financière des patients est également envisagée avec par exemple : un paiement lors du passage des urgences

Faire payer les passages aux urgences ?

4 DISCUSSION

4.1 METHODE

Notre étude s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche-action ayant pour objectif de recueillir la perception des professionnels paramédicaux à propos de la formation des futurs médecins dispensée par la faculté de médecine Poitiers, notamment en termes de santé publique. De ce fait, le concept de responsabilité sociale véhiculé par le projet francophone à l'origine de cette étude, a été développé et diffusé, selon la méthodologie, au sein de la faculté de médecine de Poitiers, définie par V. Olariu (11).

Plusieurs difficultés ont accompagné cette recherche.

4.1.1 Difficultés de recrutement et d'organisation logistique

Devant les différents modes d'exercices des professionnels paramédicaux, il nous semblait indispensable de respecter une représentativité de ces systèmes. Il a ainsi été décidé de recruter des professionnels exerçant en milieu hospitalier, en milieu libéral et des étudiants paramédicaux. La variation de l'origine géographique au sein de la région Poitou-Charentes nous paraissait également nécessaire à la diversité des points de vue.

Cependant, et en raison de leurs différents modes d'exercice, la réunion de professionnels en un lieu commun, exerçant dans différents milieux s'est révélé non réalisable lors du recrutement initial. En effet, le recrutement par téléphone et par mail de professionnels libéraux isolés et non connus de la thésarde s'est avéré infructueux.

Les professionnels libéraux ont en effet été complexes à recruter en raison de leurs amplitudes horaires (notamment les infirmières), limitant les possibilités de réunion en une date, un horaire et un lieu commun.

Il a donc été décidé d'effectuer le recrutement au sein d'une entité de maison de santé existante, au risque d'introduire un biais de sélection par ce mode d'exercice, mais permettant de mobiliser plus rapidement un plus grand nombre de professionnels paramédicaux. Trois personnes, exerçant en libéral, ont par la suite accepté de rejoindre ce groupe constitué, ce qui a permis la constitution d'un groupe avec un nombre suffisant de participants. L'avantage de ce recrutement résidait dans le fait que ces professionnels se connaissaient, ce qui a pu faciliter la discussion.

Ainsi, devant la constitution d'un groupe uniquement composé de professionnels libéraux, nous avons décidé de constituer des groupes séparés de professionnels hospitaliers et étudiants.

Le groupe de professionnels hospitaliers, connus de la thésarde, a été facilement mobilisé. La présence de la thésarde a semblé faciliter leur participation ; le rappel de l'anonymisation des données a favorisé leur liberté d'expression.

Les étudiants, recrutés par mail, se sont mobilisés, notamment en kinésithérapie, suite à l'intervention de l'un de leurs représentants en faveur de ce travail et de ses objectifs en termes de santé publique. Notons que l'ensemble des étudiants qui ont répondu à cette étude étaient en dernière année de formation. Cela a encouragé les débats puisque de ce fait, ils avaient déjà été confrontés, lors de leurs nombreux stages, à des médecins étudiants. Cependant, l'absence de réponse de l'IFAS, et donc la non-participation d'AS, ainsi que le faible nombre d'étudiants IDE dans le groupe, est regrettable.

Le quatrième groupe, recruté dans un second temps devant l'absence de saturation des données, a été constitué par la thésarde et la modératrice dans leurs lieux de stages respectifs, permettant ainsi de recruter des étudiants et des professionnels hospitaliers, mais pas de professionnels libéraux. Les professionnels libéraux

contactés sur place n'ont pas répondu ou ont répondu par la négative en raison de leur organisation de travail.

4.1.2 Participation des professionnels au débat et rôle des modérateurs

Les trois premiers focus group ont été modérés par des personnes expérimentées dans l'animation, ce qui a amélioré la contribution de chaque professionnel au débat. Les modérateurs étaient impliqués dans ce projet de recherche, ce qui pouvait introduire un biais.

Lors du second entretien, les questions établies selon le guide d'entretien qualitatif semblaient difficile à comprendre, alors qu'aucune difficulté n'avait été rencontrée lors du focus group hospitalier. Une réadaptation des questions a alors été réalisée (cf § 4.1.3)

Le groupe d'étudiants était le plus participatif et l'animation a facilité cette participation. Leur confrontation aux problématiques similaires de formation a enrichi le débat. Cependant, en raison d'impératifs horaires pour la libération de la salle, la discussion a dû être limitée à 1h45.

Les questions reformulées ont été comprises des participants, mais n'ont pas été toutes posées puisque transversales et évoquées spontanément par les étudiants.

Lors de ce 3ème focus group, la modératrice du 4ème focus group était présente en tant qu'observatrice et découvrait cette méthode qualitative de manière pratique.

Lors du 4ème entretien, la modératrice, nouvellement inscrite dans ce projet d'action-recherche, a joué ce rôle pour la première fois. L'ensemble des questions ont été abordées.

Deux étudiants n'étaient connus ni de la thésarde, ni de la modératrice. Cela a pu limiter leur participation, l'un d'eux ne s'étant pas exprimé lors de l'entretien. Le nombre important de participants (10 participants) a également pu restreindre son

intervention. Le rôle de modérateur se révélait ici essentiel et la faible expérience de la modératrice en termes d'animation a pu créer un biais dans cette participation.

4.1.3 Réalisation des entretiens – Réadaptation des questions.

À l'issue du second focus group, suite au débriefing entre la modératrice et l'observatrice et devant les difficultés de compréhension des questions, deux questions ont été modifiées en accord avec la méthodologie qualitative des focus group :

Les notions de « collaboration » et d' « implication » de la faculté de médecine étaient trop incertaines pour les professionnels qui avaient cependant précédemment évoqué ces sujets d'eux même.

Nous avons donc choisi de remplacer ces mots par le terme de « partenariat », qui permettait de valoriser cette collaboration :

Afin de mieux répondre aux besoins de la société, quels partenariats pourraient être créés entre les différents professionnels de santé au cours de leurs études ?

Plutôt que d'évoquer les nouveaux modes d'exercices et les nouvelles pratiques qui pourraient être proposés, la question a été modifiée au profit de :

Quel système de soin idéal imagineriez-vous (afin d'adapter votre métier à l'évolution des besoins de la société) ?

4.1.4 Analyse du contenu

La transcription puis l'analyse de données par la thésarde seule pouvait également constituer un biais.

Les doubles enregistrements (audio et vidéo) ont pour objectif de limiter le biais de retranscription avec une fidélité dans la retranscription écrite mais également dans la désignation de la personne qui s'exprime. Ce biais peut donc être considéré comme nul.

L'analyse des données a été, pour la retranscription du premier entretien et en accord avec la méthodologie de cette étude, réalisée selon la méthode de la triangulation pour limiter le biais interprétatif des données. Ainsi, un maximum de données a été encodé et l'analyse des 3 entretiens suivants a respecté les résultats de cette triangulation, tout en faisant apparaître de nouveaux nœuds lorsque des notions inédites apparaissaient.

Nous avons veillé à obtenir la saturation des données pour certifier de la validité de ce travail.

4.2 ANALYSE DES PRINCIPAUX RESULTATS

4.2.1 Ressenti des professionnels paramédicaux à propos de l'implication de la faculté de médecine de Poitiers dans la responsabilité sociale

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer, à travers le ressenti des professionnels paramédicaux, l'approche actuelle des besoins de santé de la société de la faculté de médecine de Poitiers.

4.2.1.1 Méconnaissance de la formation et de la place de la faculté

La première notion mise en évidence par les professionnels paramédicaux est la méconnaissance de la formation des médecins (formation initiale et continue).

Cette méconnaissance a pour conséquence une analyse du rôle social de la faculté de Poitiers faite exclusivement à travers leurs expériences personnelles et professionnelles au contact d'étudiants et de médecins. Par ailleurs, il est à noter que les médecins qu'ils côtoient ont, pour certains, effectué l'ensemble de leur cursus au sein de la faculté de médecine de Poitiers, et pour d'autres uniquement leur internat (voire aucun des deux pour des médecins en exercice). Ce regard est donc une appréciation indirecte du rôle de la faculté.

Par ailleurs, les professionnels paramédicaux ont rencontré des difficultés pour répondre aux questions posées sur la collaboration actuelle entre la faculté et leur profession, ce qui a nécessité une reformulation de ces questions.

Les données collectées au cours de cette étude prouvent à grande échelle le manque de collaboration entre la faculté de médecine de Poitiers et les instituts de formation des professionnels paramédicaux.

Plus encore qu'une méconnaissance, ces professionnels décrivent une sensation de dévalorisation voire de rejet de la part de la faculté et des médecins en général. Ils semblent demandeurs d'une plus grande collaboration mais décrivent une impossibilité d'accéder au milieu facultaire pour des raisons qui se voudraient scolaires (système LMD non appliqué aux professions de santé) et élitistes.

Ils déplorent ainsi les enseignements réalisés par des professionnels partiellement qualifiés, ce qui majore la sensation de non-reconnaissance de leur profession et a pour conséquence l'inexactitude d'acquisitions nécessaires aux étudiants en médecine (prescriptions inexactes d'actes infirmiers ou de kinésithérapie par exemple). Le cloisonnement des professionnels aurait alors pour conséquences des prescriptions et des réponses inadaptées aux besoins en santé de la société

4.2.1.2 Formation des professionnels

Globalement, la formation théorique leur semble adaptée puisque les médecins arrivent avec un bagage de connaissances suffisant pour « traiter » (d'un point de vue biologique) leurs patients. Le système de stages professionnalisant leur paraît un passage indispensable à cette formation. Les professionnels paramédicaux trouvent insuffisante la formation sociale et psychologique des médecins. Ils notent en effet une différence de « bienveillance » suivant les spécialités médicales, sans toutefois en identifier l'origine clairement, l'associant à des différences de personnalité.

Si les stages sont une nécessité dans la formation, l'organisation logistique, notamment lors de l'externat, leur paraît totalement inadaptée. L'implication des étudiants et l'encadrement font défaut, ce qui ne permet pas une découverte optimale

de leur métier et donc un moindre apprentissage de la prise en charge psycho-sociale du patient.

4.2.1.3 Réponses aux besoins de santé de la population

L'altération de la communication entre les professionnels dessert la prise en charge des patients. Le cloisonnement de chaque profession est un frein à cette prise en charge, mais la multiplication des tâches qui incombent à chaque profession n'est pas non plus bénéfique. Il ressort clairement que les défauts de communications entre professionnels de santé et la désorganisation entre les structures hospitalières et libérales portent préjudice à la volonté d'un soin optimal.

Enfin, les nouvelles attentes et les exigences de la société crée une dichotomie entre la demande d'une médecine plus humaine associée à un accroissement du temps d'écoute et la réclamation, de la part des patients, de technicité et de rapidité dans la prise en charge et, de la part des instances dirigeantes, d'un rendement financier.

4.2.1.4 Implication de la société

Pour les professionnels paramédicaux, la société a pleinement sa place en termes d'amélioration de la formation puisqu'elle est la principale actrice et bénéficiaire des soins qui sont prodigués. Il leur semble indispensable d'inclure les patients dans les apprentissages facultaires et ils s'étonnent de cette absence (contrairement à leur propre formation où les patients « experts » ont pleinement une place).

4.2.2 Indicateurs d'évaluation

L'un des objectifs secondaires de notre étude est d'identifier les indicateurs permettant d'évaluer le niveau de responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers.

De nouveau, nous rappelons que les données collectées lors de cette étude sont constitué d'un recueil réalisé au sein de la région Poitou-Charentes, auprès de professionnels au contact d'étudiants en médecine formés par la faculté de Poitiers. Nous rappelons également que la méconnaissance de la formation et du

fonctionnement de la faculté de Poitiers a été un frein au recueil de données et qu'il s'agit donc d'un regard indirect sur le rôle socialement responsable de la faculté.

Ainsi, les indicateurs ici mis en évidence l'ont été de manière inconsciente par les professionnels.

Ces indicateurs sont:

- L'adaptation des stages hospitaliers et libéraux ;
- La prise en charge bio-psycho-sociale **;**
- La réflexion pluridisciplinaire.

4.2.2.1 Adaptation des stages libéraux

Axe 1 : Anticipation des besoins en santé de la société : « La faculté de médecine (…) oriente en conséquence ses programmes d'enseignement, de recherche et de prestation de services ».

Axe 3 : Adaptation aux rôles nouveaux des médecins et autres professionnels de santé : « Une priorité est donnée à l'encouragement des diplômés à s'engager dans les soins de santé primaire ».

Axe 4 : Education basée sur des résultats escomptés : « Les étudiants se voient offrir une exposition précoce et longitudinale à des expériences d'apprentissage basées dans la communauté ».

L'augmentation du nombre de MSU et donc le nombre de terrains de stage, tant durant l'internat que durant l'externat, est l'une des priorités du département de médecine générale de la faculté de Poitiers, notamment afin de proposer à tout externe un stage en médecine générale et à tout interne de médecine générale deux stages ambulatoires (dans sa spécialité)

Axe 2 : Création de partenariats avec le système de santé : « La faculté s'engage à travailler en étroite collaboration avec des partenaires (…) en vue d'améliorer la

performance du système de santé » / « La faculté (…) porte une attention particulière à l'articulation des services de première ligne »

De même, le DMG encourage les internes à réaliser, au cours des stages de niveau 1 en médecine générale, des stages satellites. Ces stages, évoqués à plusieurs reprises lors des entretiens, se révèlent effectivement formateurs tant pour les étudiants en médecine que pour les professionnels installés puisqu'ils encouragent la découverte de la profession adjacente et améliorant la qualité des prescriptions (et donc le service rendu au patient dans le cadre d'une prise en charge adaptée).

4.2.2.2 Prise en charge bio-psycho-sociale

Axe 3 : Adaptation aux rôles nouveaux des médecins et autres professionnels de santé : « La faculté de médecine forme des diplômés ayant une gamme de compétences cohérentes avec l'évolution des communautés » / « La faculté de médecine prépare le médecin à un champ de compétences pertinentes aux valeurs sus-décrites ».

Les jeux de rôle, proposés lors des entretiens sont en fait réalisés lors des GEAPI effectués par les internes de médecine générale. Cependant, ceux-ci sont effectués par les MSU et non des patients, ce qui limite l'aspect « authentique » de la situation.

Les GEAPI et les RSCA proposés en médecine générale ont pour objectifs une réflexion des internes de médecine générale sur la prise en charge bio-psycho-sociale du patient. Le DMG de la faculté de Poitiers encourage également les étudiants à participer à des groupes de pairs lors de leur formation (initiale et continue), afin de conserver ce recul auto-critique d'analyse de pratique. Ces notions font écho au GAPP évoqués par les professionnels libéraux au sein de MSP.

Enfin, l'apprentissage par compétences, intégrant ainsi le modèle bio-psycho-social, est enseigné au cours du DES de médecine générale, concrétisé et évalué par le

mémoire de fin d'étude. Ce modèle, différent des enseignements délivrés au cours des DES de spécialités médicales et chirurgicales, pourrait éventuellement y trouver sa place. Des travaux sont actuellement en cours pour recueillir le point de vue des internes de spécialité sur ces notions afin d'éventuellement les intégrer au cours de leur cursus.

4.2.2.3 Réflexion pluridisciplinaire

Axe 10 : Prise en compte du rôle de la société : « Les principaux acteurs, à savoir, les décideurs politiques, les gestionnaires d'organisation de santé, les professionnels de la santé et la société civile, sont représentés dans les équipe d'évaluation » / « 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 »

La réflexion pluridisciplinaire au sein de la faculté de médecine de Poitiers s'exprime à travers la réalisation de ce travail de recherche commun, afin de maintenir en permanence une réflexion quant au mode d'exercice et une autocritique quant à la réponse aux besoins en santé de la société par la formation.

4.2.3 Propositions d'amélioration de l'implication de la faculté de médecine de Poitiers dans la réponse aux besoins en santé de la société

Si de manière inconsciente les professionnels paramédicaux ont déjà mis en avant une démarche socialement responsable de la faculté de Poitiers, d'autres propositions ont été faites pour améliorer la réponse aux besoins de santé en Poitou-Charentes, comme le déterminait le second objectif de cette étude.

4.2.3.1 Formation des professionnels

Concernant la formation des professionnels de santé, il apparaît indispensable que les enseignants chercheurs soit des praticiens en cours d'exercice, permettant ainsi un enseignement au plus proche des besoins de santé. Si, lors de l'étude effectuée

par V. Olariu, traitant du ressenti des internes de médecine générale (11), il apparaissait que les enseignants de médecine générale étaient en nombre insuffisant et trop peu présents lors de l'externat, les professionnels de santé regrettent l'absence de professionnels adaptés auprès des étudiants en médecine. En effet, les enseignements relevant de soins paramédicaux (kinésithérapie, soins infirmiers, diététique) sont effectués par des professeurs universitaires (également souligné lors du travail précédemment cité) et non par des professionnels paramédicaux reconnus, ce qui leur semble dommageable pour l'enseignement mais également la pratique future du médecin.

Cette remarque trouve un relais dans la dévalorisation regrettée par les professionnels paramédicaux, notamment lors des examens de PACES. Cette année commune qui a pour objectif d'homogénéiser les apprentissages et de proposer une approche collaborative entre différentes spécialités de santé n'a que des effets décrits comme délétères dans la reconnaissance des professions paramédicales. Ainsi, le système facultaire doit être réévalué pour intégrer ces professions qui ont un statut en déséquilibre. Le système enseignant doit également réévaluer les objectifs de cette première année de formation commune qui n'est a priori efficace ni lors du concours, ni, à plus long terme, sur les apprentissages.

Cette notion fait écho à l'Axe 5 : Éducation basée sur des résultats escomptés : « La faculté de médecine développe des partenariats durables avec d'autres intervenants, telles que des écoles professionnelles de santé, pour optimiser les performances des uns et des autres »

Lors de l'externat, les stages effectués s'avèrent être d'excellent tremplins vers un apprentissage professionnel efficient, mais l'aspect logistique de ceux-ci doit être réévalué. Les objectifs de stages sont insuffisamment décrits, notamment d'un point de vue bio-psycho-social, ce qui conduit à des dérives d' « utilisation » d'étudiants (rôle administratif qui ne relève pas des compétences de l'étudiant en médecine) L'encadrement, inadapté, se doit d'être reconsidéré, ce qui permettrait d'augmenter l'implication de l'externe dans la formation

Néanmoins, les conditions de stages s'avèrent être une cause de ces carences d'encadrement. Les professionnels paramédicaux suggèrent alors de réduire le nombre d'externe par stage, ce qui serait probablement profitable à un meilleur encadrement. Pour ce faire, une augmentation des terrains de stage, et notamment des stages en CH périphériques pourrait être évalué. Afin de favoriser cette mise en œuvre, la proposition de stage à temps plein est à étudier (pratique déjà en cours dans certaines facultés de médecine, à Besançon par exemple (12)). En effet, en dehors du fait que cette mesure permettrait d'augmenter l'intégration des étudiants dans les équipes soignantes (et donc favoriser l'apprentissage de la collaboration avec différents corps de métiers), ce fonctionnement encourage les étudiants à effectuer des stages dans d'autres lieux que le CHU et donc de découvrir d'autres activités. L'aperçu de différents fonctionnements au cours de l'externat et l'intégration de la nécessaire mobilité des médecins au sein de la région pour répondre aux besoins de santé de la population sont décrit dans l'Axe 5 : Education basée sur des résultats escomptés : « *La faculté de médecine s'assure que les ressources existantes sont justement distribuées et gérée de manière efficiente* » et dans l'Axe 1 : Anticipation des besoins de santé de la société : « *Elle oriente en conséquence ses programmes d'enseignement, de recherche et de prestation de services* »

De telles mesures sont déjà en œuvre à la faculté de médecine de Poitiers pour les stages ambulatoires de médecine générale et certains stages hospitaliers durant l'externat. Les résultats obtenus au cours de notre études encouragent le développement de telles mesures.

4.2.3.2 Partenariat avec les professionnels de santé

La collaboration et la communication sont les maitres mots des améliorations proposées par les professionnels paramédicaux et encouragés dans l'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 service »

Concernant les partenariats libéraux, ceux-ci sont actuellement en œuvre.

Le médecin traitant apparaît comme le coordinateur central de la prise en charge du patient. Ce dernier se doit de renforcer la relation avec les différentes structures médicales et les professionnels de santé qui entrent en relation avec le patient. Les nouvelles structures de santé se prêtent justement à cette pratique.

Ainsi les maisons de santé pluridisciplinaires permettent une meilleure communication et collaboration entre les différents corps de métiers de santé. De par leurs rôles de formateurs, les médecins exerçant dans ces structures et accueillant des étudiants favorisent la connaissance de la formation médicale par les professionnels paramédicaux. Les étudiants en stage dans ces structures auraient une vision plus globale de la prise en charge médicale et paramédicale, ce qui favoriserait leur collaboration future avec les autres professionnels de santé. La faculté doit encourager ce mode de fonctionnement et le valoriser.

Concernant les partenariats ville-hôpital, ceux-ci ne sont que peu adaptés, et des outils, informatiques notamment, pourraient être développés pour améliorer cette collaboration. Des logiciels communs de traitement des données, le développement du DMP et l'optimisation de l'utilisation de la carte vitale sont des projets à concrétiser.

4.2.3.3 Implication de la société

Enfin, l'implication de la société dans la formation des professionnels paramédicaux est à double effet. Celle-ci, par les nouvelles attentes qu'elle véhicule, permet aux professionnels de s'adapter à ses nouvelles demandes, et ce à travers les travaux actuellement réalisés. Ainsi, A.-L. Maillard démontre-t-elle que les patients ont toute leur place dans la formation des professionnels de santé (formation qu'ils ne

connaissent pas) et qu'ils la revendiquent (13). Une évaluation longitudinale des pratiques des acteurs de santé permettrait également un ajustement des attentes et des besoins en santé de la société : Axe 1 : Anticipation des besoins en santé de la société : « *La faculté de médecine anticipe les changements requis pour aboutir à un système de santé efficient et équitable et à des professionnels de santé compétents* ».

La nécessaire augmentation des moyens logistiques et financiers pour répondre à ces demandes de santé semble être cependant un obstacle à l'amélioration de la prise en charge dans la réalité économique actuelle. La détérioration des relations avec les patients en serait une conséquence.

Les entretiens mettent en avant une revendication de temps médical destiné à l'écoute attentive et l'explication de la prise en charge. Ces revendications vont dans le sens inverse de la demande d'efficacité et de réponse rapide que les professionnels constatent quotidiennement.

Le paradoxe de l'action médicale retrouve ici une illustration probante.

Certains professionnels évoquent même une éducation indispensable des patients à la consommation adaptée de soins, devant une évolution préjudiciable de la société quant à la surconsommation médicale. Ainsi, la création de nouveaux métiers permettant de mieux coordonner les soins et ainsi d'apaiser les relations entre soignants et patients est envisagée. La notion de médiateurs de santé, professionnels dont le but est d'améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins de populations en situation de précarité, est par exemple évoquée.

Une évaluation des attentes de la société, et principalement des patients est donc nécessaire pour pouvoir répondre au mieux à l'Axe 10 : Prise en compte du rôle de la société : « *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* ». Ainsi, le recueil du ressenti des patients quant à la

responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers, va permettre de comparer ces visions soignants/soignés (13).

4.3 MISE EN PERSPECTIVE

4.3.1 Comparaison à d'autres études

Des études, portant notamment sur la relation entre les soignants en vue de l'amélioration de la prise en charge et des soins prodigués aux patients ont auparavant été menées. Celles-ci ont été réalisées tant par des médecins que par des professionnels paramédicaux.

La communication s'avère être un déterminant essentiel dans l'offre optimale de soin que l'ensemble des professionnels de santé peuvent proposer.

Dans le milieu libéral, le défaut d'outils de communication adéquat est un sujet nécessitant réflexion. Les suggestions (parcours de soins, nouvelles technologies d'information et de coordination, dossier médical partagé) évoquées lors de l'étude que nous avons mené concordent avec les résultats obtenus par H.Binart Ecale (14). Ceux-ci démontrent que les efforts de communication (courrier de synthèse adressé aux partenaires de soin, communication de données informatiques) favorisent une prise en charge plus rapide, plus adaptée et plus satisfaisante du patient

L'analyse des pratiques professionnelles, également évoqué et revendiqué lors des entretiens que nous avons menés, paraît être l'un des nouveaux enjeux de santé publique. En effet, ces analyses de pratique permettraient de renforcer les équipes et ainsi de mieux répondre aux attentes des patients et d'être armé face aux difficultés rencontrées lors de l'exercice professionnel. (15)

La collaboration entre les différents professionnels de santé est en effet l'un des objectifs du CNOM (16) et la tenue d'un dossier commun à l'ensemble des professionnels hospitalier et ambulatoire l'un des objectifs de l'ANAES (17).

Ainsi, des exemples d'expérimentation au Canada et en France (modèle ASALEE, initialement développé en région Poitou-Charentes) trouvent-ils un écho favorable dans la prise en charge du patient en terme de santé publique (18) (19).

Plusieurs études prouvent ainsi que l'association entre professionnels paramédicaux et médecins est un bon déterminant de la qualité des soins. Ainsi, un article paru en 2005 dans la Revue Médicale Suisse (20) mettait en évidence que la collaboration entre professionnels de santé et tous les efforts (humains et financiers) qu'elle nécessite n'étaient cependant que peu étudiés. Ainsi, nous ne retrouvons pas la notion de telles études au niveau local, en Poitou-Charentes. La bibliographie nationale quant à l'inter-professionnalité en santé est également faible. L'étude menée par C. Boissy (21) sur l'intérêt de cours commun entre internes et étudiants sages-femmes démontre cependant une réelle envie de formation commune de la part des étudiants, qui pourrait s'expliquer par les nouveaux modes d'exercice.

En effet, et pour conforter ces nouveaux modes d'exercice revendiqués lors de notre étude, notamment par les professionnels libéraux, C. Chaissac a par exemple réalisé une étude rétrospective sur le vécu collaboratif en maison de santé pluridisciplinaire (22). Ces résultats sont probants : ce mode d'exercice gagne en efficience de par la meilleur communication entre les professionnels de santé.

Par ailleurs, les compétences du médecin, bien que non remises en question, se voient être déléguées en raison d'un accroissement de la demande de soin. Les professionnels ont donc toute leur place dans la réflexion quant à la nouvelle et nécessaire délégation des tâches, également évoquée lors des entretiens (23)

4.3.2 Intégration de cette étude dans le projet d'action-recherche

Notre étude qualitative s'inscrit donc, en complément des travaux précédemment cités (11) (13), dans un projet d'action recherche au sein de la faculté de médecine de Poitiers, décrit par B. Tudrej lors d'une étude quantitative réalisée en 2013 (6). Les résultats sont complémentaires de ces précédentes études, et comparables sur

certains points, notamment la nécessaire réflexion quant à la formation pratique durant les études et les défauts de communication qui entourent les professionnels de santé.

L'ensemble des données seront par la suite explorées, après réalisation des travaux recueillant le ressenti d'autres partenaires (Figure 2) pour pouvoir par la suite être mises en application. Notre implication au sein de la faculté de Poitiers n'en est en effet qu'à ses prémices puisque les phases d'expérimentation et d'évaluation, basées sur l'ensemble des travaux de recherche étudiant l'applicabilité du Consensus, sont encore à venir. Le recueil du ressenti de partenaires tels que les patients, les internes de spécialités, les professionnels administratifs est en cours. Lorsque l'ensemble des résultats sera connu, une méta-analyse permettra d'initier ces nouvelles phases du projet.

Ainsi, notre étude permet-elle de mettre en évidence les principaux résultats suivant :

- « Il existe une méconnaissance des formations en raison d'un partenariat insuffisant lors des formations »
- « Les stages sont un outil indispensable de la formation médicale mais doivent être mieux adaptés pour être davantage efficients »
- « Il est nécessaire d'améliorer la coordination et la communication avec les professionnels paramédicaux » en développant les modes de communication, les métiers de coordination, pour répondre aux besoins de santé de la population.
- « Les moyens logistiques et financiers de réponse aux besoins de santé doivent être réévalués »
- « La société doit être d'avantage impliquée dans la formation et l'évaluation de professionnels pour répondre aux attentes de la population. »

5 CONCLUSION

Alors que les facultés de médecine sont en permanence à la recherche d'une formation d'excellence, la notion de responsabilité sociale, au-delà de la simple instruction, se doit d'être relayée et enseignée comme une prise de conscience nécessaire de l'évolution de notre société.

Notre devoir n'est pas tant de dispenser et de débattre de ce concept, que de le revendiquer dans notre manière d'exercer, et ce à long terme. La médecine dogmatique n'est plus une réalité, son enseignement ne peut donc plus l'être non plus. Il est désormais primordial et inévitable pour les professionnels de santé de s'adapter aux évolutions de la société.

Les professionnels paramédicaux ont ainsi exprimé leur ressenti quant à la formation actuelle telle qu'ils la connaissent, l'appréhendent et parfois la supposent. La communication y est mise en évidence comme étant un point clé, si ce n'est le point clé, de la prise en charge de nos patients.

La faculté de médecine de Poitiers, à travers son département de médecine générale et l'adhésion à ce projet d'action-recherche par son Doyen, a intégré cette conception de l'évolution de la médecine. A travers les études qui composent ce projet collaboratif, nous explorons la meilleure façon de diffuser l'idée de responsabilité sociale. Les recherches qualitatives réalisées auprès des différents intervenants sont en mesure d'apporter leurs résultats et ainsi de permettre d'accéder à l'étape d'application des données extraites constituant ainsi la phase d'action de ce projet.

Ce projet francophone international est, à présent, ancré dans la recherche facultaire poitevine. Nous œuvrons pour pouvoir voir un jour une médecine encore plus engagée et socialement responsable enseignée à la faculté de médecine de Poitiers.

BIBLIOGRAPHIE

1. Déclaration d'Alma-Ata. Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978

2. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Première Conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa (Canada) 17-21 novembre 1986.

3. 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.

4. 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

5. 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 (**Annexe 1**)

6. 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.

7. Boelen C, Gomes J, Grand'Maison P, Denef 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. Proposition de projet de recherche-action francophone – Améliorer l'impact de la faculté de médecine sur la santé : la démarche de responsabilité sociale – Groupe de travail sous l'égide de la SIFEM et de la CIDMEF

9. Touboul P. Recherche qualitative: la méthode des focus groups. Guide méthodologique pour les thèses en médecine générale. 2012. Disponible sur: www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef

10. Code de santé publique – Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers.

11. Olariu V. Responsabilité sociale de la faculté médecine de Poitiers : le ressenti des internes de médecine générale. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2013.

12. Rodriguez T. Évaluation du stage de deuxième cycle en médecine ambulatoire de premier recours à la faculté de Besançon. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Besançon. UFR de médecine et de pharmacie ; 2012

13. Maillard A-L. Responsabilité sociale des facultés de médecine: le ressenti des patients. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2015

14. Binart Ecale H. Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Paris Nord. UFR de médecine et de pharmacie de Bobigny; 2012

15. Stella-Lyonnet E. L'analyse des pratiques professionnelles : un moyen de « faire équipe » ? [Mémoire de fin d'études]. [France]: Institut de Formation des Cadres de santé de Marseille; 2007

16. L'avenir de la médecine libérale : conclusions du séminaire du CNOM - 30/03/2010 - http://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-avenir-de-la-medecine-liberale-conclusions-du-seminaire-du-cnom-965

17. Evaluation des Pratiques Professionnelles dans les Etablissement de santé, Dossier du patient, Réglementation et Recommandations, ANAES, Service d'évaluation des pratiques, juin 2003.

18. Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J. Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières - L'apport d'expériences européennes et canadiennes – mars 2006

19. Bourgueil Y, Le Fur P., Mousquès J., Yilmaz E. La coopération médecin généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2 – IRDES - novembre 2008

20. Perrier A. Collaboration infirmières-médecins : un déterminant de la qualité des soins – Revue médicale suisse – 2005.

21. Boissy C. Mise en place d'un enseignement commun entre étudiants sages-femmes et internes de médecine générale à Lyon [Thèse d'exercice]. [France]:

Université Claude Bernard Lyon 1. Faculté de médecine et de maïeutique; 2013

22. Chaissac C. Vécu des professionnels de santé libéraux après un an d'exercice à la maison de santé pluridisciplinaire de Fruges [Thèse d'exercice]. [France]: Université Lille 2. Faculté de médecine Henri Warembourg;2014

23. Berland Y. « Coopération des professions de santé : transfert de tâches et de compétences » - Rapport d'étape – octobre 2003.

SERMENT D'HIPPOCRATE

UNIVERSITE DE POITIERS

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 !

⌘⌖⌘⌖⌘

ANNEXES

ANNEXE 1

Consensus Mondial sur la Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine

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'efficience 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.

Global Consensus for Social Accountability OF MEDICAL SCHOOLS

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 XXIème 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 :

Phase I
(Février - octobre 2010)

Recueil des contributions des membres du GIR par la méthode Delphi. Chaque consultation est analysée par le comité de pilotage et le compte rendu renvoyé aux membres du GIR pour alimenter la prochaine consultation et parvenir enfin à un consensus.

Phase II
(10-13 octobre 2010)

Conférence de consensus à East London, Afrique du Sud, avec les représentants des principales organisations de par le monde engagées dans l'amélioration de l'éducation médicale. Le consensus obtenu est fondé sur un document provisoire élaboré sur la base de l'étude Delphi des mois précédents.

Phase III
(Après la Conférence)

Des collaborations seront engagées et de nouvelles initiatives prises pour mettre en œuvre les recommandations de la conférence par des activités de plaidoyer, de recherche et de publication.

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.

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.

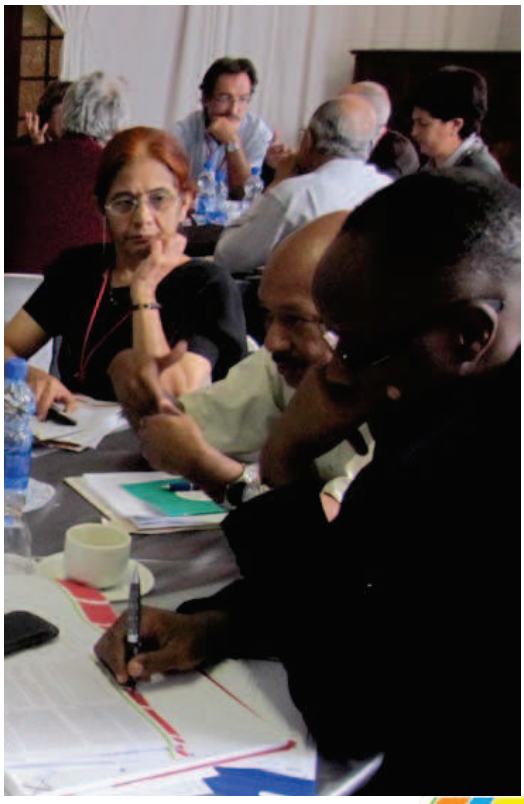
2.3 La faculté de médecine reconnaît la communauté qu'elle dessert comme principale partie prenante et participe à la gestion d'un ensemble cohérent de services de santé pour cette population dans le respect des valeurs fondamentales : qualité, équité, pertinence et efficience. Dans ce cadre, elle met 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 concertation 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 ESCOMPTES

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

à ce qu'une telle formation soit intégrée dans toutes les disciplines et qu'une utilisation optimale des ressources soit faite au bénéfice de la communauté concernée.

4.5 La faculté de médecine offre une gamme de services et des mécanismes pour soutenir ses enseignants et ses étudiants pour mettre en oeuvre 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.

AXE 5. INSTALLATION D'UNE GOUVERNANCE REACTIVE ET RESPONSABLE

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 reconnu 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'EDUCATION, 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 champ suivant : 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 suivant : 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. INSTITUTIONALISATION DE MECANISMES D'ACCRÉDITATION

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 efficiente 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 des 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'énonce 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 conscience 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 ROLE 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	Human Resources for Health (HRH), World Health Organzation (WHO) Regional Office for Africa
Rebecca Bailey*	HRH, WHO Geneva
Charles Boelen, Co-chair *	Formerly with HRH, WHO
Mario Dal Poz	HRH, WHO Geneva
Moses Galukande*	Makerere University and International Medical Group
Jorge Eduardo Gutiérrez Calivá	Asociación Castarricense de Facultades y Escuelas de Medicina (ACOFEMED)
Dan Hunt	Liaison Committee on Medical Education (LCME)
Jehu Iputo*	Walter Sisulu University
Yusuf Irawan	Hasanuddin University
Ahmed Kafajei	Jordan University of Sciences and Technology
Joël Ladner*	Université de Rouen
Sam Leinster*	University of East Anglia
Stefan Lindgren*	World Federation for Medical Education (WFME) and Lund University
Khaya Mfenyana*	Walter Sisulu University
Tewfik Nawar*	Université de Sherbrooke
Andre-Jacques Neusy*	Training for Health Equity Network (THEnet)
Björg Pálsdóttir*	THEnet
Jean Rochon	Université Laval
Robert Woollard, Co-chair*	University of British Columbia

International Reference Group

Mohamed Elhassan Abdalla*	Jazan University
Ibrahim Abdulmeini	Registrar of the Medical and Dental Councils of Nigeria
Walid Abubaker*	WHO/EMRO
Liliana Arias	Columbian Association of Medical Schools, Member of Admin Committee at PAFAMS
Carol Aschenbrener	American Association of Medical Colleges (AAMC)
Makonnen Asefa*	Ethiopian Public Health Association/ World Federation of Public Health Associations (WFPHA)
Sébastian Audette	Accreditation Canada
Djona Avoksouma	HRH, WHO Regional Office for Africa
Ibrahim Banihani	Association of Medical Schools in the Eastern Mediterranean Region
Rashad Barsoum	Supreme Council of Egyptian Universities
Barbara Barzansky	LCME
Mourad Belaciano	Asociación Brasileña de Educación Médica, ABEM
Dan Benor	Ben Gurion University
John Bligh	Academy of Medical Educators
Dan Blumenthal*	Morehouse School of Medicine
Bettina Borisch	WFPHA, Geneva
Rosa Maria Borrell-Bentz	Human Resources Development, WHO Regional Offices for the Americas/PAHO
Nick Busing	Association of Faculties of Medicine of Canada (AFMC)
David Buso*	Walter Sisulu University
Jim Campbell	
Emmanuel Cassimatis	Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG)
Francesca Celetti	HRH, WHO Geneva
Angel Centeno*	Austral University
Lincoln Chen	China Medical Board
Shakuntala Chhabra*	MG Institute of Medical Science (MGIMS)
Ian Couper*	Unviersity of Witwatersrand
Manuel Dayrit	HRH, WHO Geneva
Milton de Arruda Martins	University of Sao Paulo
Eric de Roodenbeke	International Hospital Federation (IHF-FIH)
Jean-Francois Denef*	SIFEM International French Speaking Society for Medical Education
Horacio Deza	Association of Medical Schools of the Argentine Republic (AFACIMERA)
Mohenou Isidore	UFR Sciences Médicales d'Abidjan
Jean-Marie Diomande	
Robbert Duvivier	International Federation of Medical Student Associations
Tetanye Ekoe*	Yaounde Faculty of Medicine
Amal Elouazzani*	Hassan II University
Mohamed Elsanousi*	University of Gezira
Julian Fisher	FDI World Dental Federation
Antoine Flahault	Association of Schools of Public Health in the European Region (ASPHER)
Cristobal Fortunato	Ateneo de Zaboanga University
Jean-Paul Francke	International Association of Deans of Francophone Medical Schools (CIDMEF)
Tabeh Freeman	Liberia Medical School
Seble Frehywot	George Washington University
George Gage	Afro European Medical and Research Network
Jacob Gayle	The Ford Foundation
Grace George*	Walter Sisulu University
Trevor Gibbs	
Charles Godue	Human Resources for Health Development, WHO Regional Office for the Americas/PAHO
Ioana Goganau*	International Federation of Medical Students Associations (IFMSA)
Rajesh Gongal*	Patan Academy of Health Sciences, Patan Hospital
David Gordon*	Association of Medical Schools in Europe (AMSE)
Arcadi Gual	Fundacion Educacion Medica
Edward Gyader*	School of Medicine and Health Sciences, Ghana
Georges Haddad	UNESCO
John Hamilton*	University of Newcastle
Bashir Hamad*	University of Gezira
Jason Hilliard	University of Colorado
Yiqun Hu	Shanghai Jiaotong University
Manuel Huaman	Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM)
Muzaherul Huq	HRH, WHO Regional Office for South-East Asia
Yojiro Ishii	Japan International Cooperation Agency
Marian Eslie Jacobs*	Association of Medical Schools in Africa (AMSA) and University of Cape Town
Susan Johnson*	National Board of Medical Examiners (NBME) and University of Iowa
SAS Kargbo	Ministry of Health, Sierra Leone
Geoffrey Kasembeli	Afro European Medical and Research Network
Zulfiqar Khan*	WHO Pakistan
Michael Kidd	WONCA working party on Education
Khunying Kobchitt Limpaphayom*	South East Asian Regional Association on Medical Education
Joseph Kolars	Bill and Melinda Gates Foundation
Jan Maeseneer	The Network Towards Unity for Health (Network TUFH)
Henri Manasse Jr.*	American Society of Health-System Pharmacists
Dianne Manning*	University of Witwatersrand
Maurice McGregor*	McGill University
Jim McKillop	General Medical Council (GMC) Undergraduate Board
Donald Melnick	NBME
Hugo Mercer	Former HRH, WHO
Mwapatsa Mipando*	University of Malawi
Nader Momtazmanesh*	Ministry of Health and Medical Education
Gottlieb Monekosso*	Global Health Dialogue
Fitzhugh Mullan	George Washington University
Richard Murray*	Australia
Jeremiah Mwangi	International Alliance of Patients' Organizations
Rose Chalo Nabirye*	WFPHA, Uganda
Sophon Napathorn*	Chulalongkorn University
Lois Nora*	North-eastern Ohio Universities and Colleges of Medicine and Pharmacy and ICME
John Norcini*	Foundation for Advancement of International Medical Education and Research (FAIMER)
Jesus Noyola	Asociación Mexicana de Facultades de Medicina (AMFEM)
Ezekiel Nukuro	HRH, WHO Regional Office for the Western Pacific
Chacha Nyaigotti-Chacha	Inter-University Council for East Africa (IUCEA)
Francis Omaswa	African Center for Global Health and Social Transformation
Alberto Oriol Bosch	Fundacion Educacion Medica
Martins Ovberedjo*	WHO Tanzania
Neil Pakenham-Walsh	Global Healthcare Information Network
Jorgi Pales	Sociedad Espanola de Educacion Medica (SEDEM)
Madalena Patricio*	Association for Medical Education in Europe (AMEE)
Galina Perfilieva	Country Policies, Systems and Services, WHO Regional Office for Europe
Dominique Pestiaux	SIFEM
David Prideaux*	Flinders University
Pablo Pulido	Pan American Federation of Associations of Medical Schools (PAFAMS/FEPAFEM)
Rich Roberts	WONCA President elect
Paschalis Rugarabam*	Hurbet Kairuki Memorial University
Mubashar Sheikh	Global Health Workforce Alliance (GHWA)
Jusie Siega-Sur*	University of the Philippines
Leslie Southgate	Academy of Medical Educators
David Stern	Institute for International Medical Education
Roger Strasser	Northern Ontario School of Medicine
Navin Sunderlall*	University of Kwazulu Natal
Kate Tulenko	IntraHealth International
Felix Vartanian*	Russian Academy of Advanced Medical Studies
Anvar Velji*	Global Health Education Consortium
Kuku Voyi	University of Pretoria
Margot Weggemans	IFMSA
Gustaaf Wolvaardt*	Foundation for Professional Development
Liz Wolvaardt*	University of Pretoria
Paul Worley	Flinders University
Akemi Yonemura	UNESCO
Toshimasa Yoshioka	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° 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 Altlantic 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.

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

« Keywords cloud »

http://worditout.com/word-cloud/make-a-new-one

ANNEXE 3

Transcription intégrale des entretiens – Verbatim (CD rom)

RÉSUMÉ ET MOTS-CLÉS

Introduction : La responsabilité sociale des facultés de médecine se développe autour des valeurs fondamentales de pertinence, d'efficience, de qualité et d'équité. Le Consensus Mondial sur la Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine s'inspire de ces critères de référence pour déterminer une liste de 10 axes, caractérisant les facultés socialement responsables. Notre étude cherche à évaluer l'approche des besoins de la société réalisée actuellement au sein de la faculté de médecine de Poitiers à travers le ressenti de professionnels paramédicaux.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude qualitative, par focus groups, de professionnels paramédicaux exerçant ou étudiant dans la région Poitou-Charentes, s'intéressant à 4 axes du consensus.

Résultats : Il existe une méconnaissance évidente des cursus de chaque profession. Les participants estiment que l'enseignement théorique est de très bonne qualité mais regrettent que les notions de communication, de coordination ainsi que la reconnaissance des compétences de chacun ne soient pas davantage exploitées. Les moyens humains et logistiques leur paraissent également insuffisants pour répondre aux nouveaux besoins de la société. Enfin, ils préconisent une plus grande implication de la société dans la formation des soignants.

Discussion : La faculté de médecine de Poitiers tente dès à présent de s'adapter aux nouveaux besoins de la société en modifiant son offre de formation (stages satellites, enseignements « authentiques »,…) pour qu'elle soit adaptée. Ce projet d'action-recherche voit émerger un enseignement socialement responsable en impliquant davantage les partenaires à même de relayer les besoins de santé de la population.

Mots-clés : responsabilité sociale, professionnels paramédicaux, faculté de médecine, recherche qualitative, focus group, inter-professionnalité