

ANNEE 2016

Thèse n°

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

présentée et soutenue publiquement  
le 03 juin 2016 à Poitiers  
par **Madame Gaëlle SADIER**

**Responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers:**

**Le ressenti des médecins généralistes maîtres de stage en  
Poitou-Charentes.**

**Composition du Jury**

**Président** : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

**Membres** : Madame le Professeur Christine SILVAIN  
Madame le Maître Marion ALBOUY-LLATY  
Monsieur le Docteur Pascal AUDIER  
Monsieur le Docteur Christophe BONNET  
Monsieur le Docteur Pascal PARTHENAY  
Monsieur le Docteur Emmanuel ROBIN

**Directeur de thèse** : Monsieur le Docteur Benoit TUDREJ



ANNEE 2016

Thèse n°

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

présentée et soutenue publiquement  
le 03 juin 2016 à Poitiers  
par **Madame Gaëlle SADIER**

**Responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers:**

**Le ressenti des médecins généralistes maîtres de stage en  
Poitou-Charentes.**

**Composition du Jury**

**Président** : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

**Membres** : Madame le Professeur Christine SILVAIN  
Madame le Maître Marion ALBOUY-LLATY  
Monsieur le Docteur Pascal AUDIER  
Monsieur le Docteur Christophe BONNET  
Monsieur le Docteur Pascal PARTHENAY  
Monsieur le Docteur Emmanuel ROBIN

**Directeur de thèse** : Monsieur le Docteur Benoit TUDREJ





Le Doyen,

Année universitaire 2015 - 2016

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- EUGENE Michel, physiologie (**surnombre jusqu'en 08/2016**)
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
- GUILLET Gérard, dermatologie
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PAQUEREAU Joël, physiologie (**jusqu'au 31/10/2015**)
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- POURRAT Olivier, médecine interne (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

**Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers**

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

**Professeur des universités de médecine générale**

- GOMES DA CUNHA José

**Professeurs associés de médecine générale**

- BINDER Philippe
- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

**Maitres de Conférences associés de médecine générale**

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BOUSSAGEON Rémy
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

**Enseignants d'Anglais**

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- JORDAN Stephen, maître de langue étrangère
- SASU Elena, contractuelle enseignante

**Professeures émérites**

- DORE Bertrand, urologie (08/2016)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

**Professeurs et Maitres de Conférences honoraires**

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMBERT Jacques, biochimie
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

# TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	9
TABLE DES ILLUSTRATIONS .....	12
TABLE DES ANNEXES.....	12
ABRÉVIATIONS.....	13
RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS .....	15
ABSTRACT AND KEY-WORDS .....	16
<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>17</b>
1.1. <i>Le concept de la responsabilité sociale</i> .....	17
1.1.1- Les prémices de la responsabilité sociale .....	17
1.1.2- Définition.....	18
1.1.3- Vers l'unité pour la santé.....	19
1.1.4- Du consensus mondial au projet de Recherche Action de la responsabilité sociale de la faculté de médecine .....	20
1.2. <i>Objectifs et problématiques de notre étude</i> .....	22
<b>2. MATÉRIELS ET MÉTHODES.....</b>	<b>23</b>
2.1. <i>Méthode qualitative par focus group</i> .....	23
2.1.1- La Population.....	24
2.1.2- Guide d'entretien qualitatif .....	24
2.1.3- Consentement des participants .....	26
2.1.4- Déroulement logistique.....	26
2.2. <i>Analyse du contenu</i> .....	28
2.2.1- Transcription et anonymisation.....	28
2.2.2- Analyse des données .....	28
<b>3. RÉSULTATS .....</b>	<b>29</b>
3.1. <i>Caractéristiques des groupes</i> .....	29
3.2. <i>Analyse thématique transversale des entretiens collectifs</i> .....	31
3.2.1- Représentation des MSU de la faculté de médecine et du système de soin.....	32
3.2.2- Identification des besoins en santé de la population .....	40
3.2.2-1. Identifier quoi ? .....	41
3.2.2-2. Identifier comment ? .....	42
3.2.2-3. Identifier par qui ?.....	43
3.2.3- Réponse aux besoins en santé.....	45
3.2.3-1. La formation .....	45
3.2.3-2. Les rôles du médecin généraliste .....	60
3.2.3-3. La démographie.....	68
3.2.3-4. Recherche.....	73
3.2.4- Évaluation des objectifs .....	74
3.3. <i>Analyse des entretiens individuels</i> .....	79
<b>4. DISCUSSION.....</b>	<b>88</b>
4.1. <i>Méthode</i> .....	88
4.1.1- Le recrutement.....	88
4.1.2- La réalisation des entretiens.....	89
4.1.3- La transcription et analyse .....	90
4.2. <i>Les résultats</i> .....	90
4.2.1- Objectif principal: le ressenti des MSU sur le rôle de la faculté de médecine pour répondre aux besoins en santé de la population. ....	90
4.2.1-1. Identification des besoins en santé de la population .....	91
4.2.1-2. La formation .....	91
4.2.1-3. Les rôles du médecin généraliste et son évolution .....	94
4.2.1-4. Les partenaires de la faculté .....	95

4.2.1-5. La démographie médicale.....	96
4.2.1-6. La recherche .....	100
4.2.2- Objectif secondaire.....	100
4.2.2-1. Les indicateurs.....	100
4.2.2-2. Propositions secondaires.....	102
4.3. Ouverture sur le projet RA-RS.....	103
4.3.1- Dans le monde et en France .....	103
4.3.2- À Poitiers .....	105
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>106</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>107</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>110</b>
<b>SERMENT .....</b>	<b>132</b>

## REMERCIEMENTS

**À Monsieur le Professeur José Gomes Da Cunha.** Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma soutenance. Vous êtes impliqués dans le projet francophone de la responsabilité sociale depuis sa création, et vous l'avez fait naître au sein de la faculté de Poitiers. Je vous remercie pour votre soutien et votre aide tout au long de mon travail de thèse. Veuillez trouver en retour l'expression de mon plus profond respect.

**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 mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Benoit Tudrej.** Merci de m'avoir impliqué dans ce projet de responsabilité sociale qui m'a passionné, et d'avoir accepté de diriger mon travail. Merci pour ta confiance, ta patience, et ton soutien en tout temps. J'espère que ce travail sera à la hauteur de tes attentes.

**À l'ensemble des membres de mon jury:**

**À Madame le Professeur Christine Silvain, et Madame le Docteur Marion Albouy-Llaty.** Vous avez accepté de juger ce travail, veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de ma sincère reconnaissance.

**À Monsieur le Docteur Pascal Parthenay.** Je vous remercie pour l'aide que vous m'avez apporté au cours de mon travail. Merci de me faire l'honneur de juger mon travail de thèse.

**À Messieurs les Docteurs Christophe Bonnet et Pascal Audier** pour leur disponibilité et leur aide dans l'organisation des focus group lors de l'Assemblée générale du COGEMS. Merci d'avoir accepté de juger ce travail, veuillez trouver ici l'assurance de ma sincère reconnaissance.

**À Monsieur le Docteur Emmanuel Robin**, merci de me faire l'honneur de juger mon travail de thèse.

**Aux Maîtres de stages participants**. Merci pour votre disponibilité, votre aide et votre gentillesse. Je vous offre cette thèse qui est la vôtre.

**À Frédérique et à Marion** pour leurs aides dans la construction et la réalisation de ce travail, et leurs encouragements.

**À Monsieur le Docteur Jean-Louis Levesque**, qui a été un tuteur remarquable pendant ces 3 ans. Vous m'avez vu naître et grandir dans la médecine générale. Merci pour votre disponibilité et vos conseils.

**Aux médecins que j'ai pu rencontrer tout au long de mon cursus** et qui m'ont tant apporté, je garde un précieux souvenir de mes stages passés à vos côtés. Je pense tout particulièrement aux Docteurs Comte, Fontanaud et Bourrut Lacouture pour mon premier stage en milieu ambulatoire. Mais aussi à Mesdames les Docteurs Janela-Bouin et Labarrere, qui m'ont appris et donné beaucoup de leurs expériences lors de mon passage en Gynécologie. A l'équipe médicale des "Goisiens" qui m'ont fait découvrir le monde de la gériatrie et de la convalescence, toujours dans la bonne humeur et avec humour. Et à toute l'équipe de l'HAD de Niort, avec qui j'ai passé six mois mémorables, dans la joie et la bonne humeur, même dans les moments de galère.

**Au Dr Carciente**, qui m'a accompagné depuis le lycée. Vous m'avez fait découvrir la médecine générale par votre diagnostic qui m'a sauvé, par votre professionnalisme, et votre disponibilité. Merci pour le soutien que vous m'avez apporté pendant toutes ces années de médecine.

**À ma famille, et à mes amis.**

C'est avec beaucoup d'émotions, que je dédie ce travail à ma famille qui m'a toujours soutenue et a toujours été présente, même dans les moments difficiles.

**À Maman.** Je ne te remercierai jamais assez de m'avoir permis d'en arriver là où je suis aujourd'hui. Merci pour ta grande patience avec moi, et ton amour depuis que je suis née.

**À Julien,** pour ton amour, ta patience avec moi et ta joie de vivre. Tu m'as fait découvrir le bonheur de la vie. Merci pour la belle famille que nous formons.

**À Louis,** mon bébé d'amour qui est ma fierté et ma source d'évasion.

**À mon frère Yann,** désormais Franco-canadien. Même loin tu es toujours dans mon coeur.

**À mes Grands parents,** pour leur soutien tout le long de mon cursus.

**À Caroline,** meilleure amie depuis la PCEM1, merci de m'avoir accepté telle que je suis, de m'avoir toujours soutenue pendant toutes ces années. Je suis très fière de toi et d'être ton amie.

**À ma belle famille.** Merci pour votre accueil au sein de votre famille depuis le début, et aussi pour votre soutien.

**À Armance, Charlotte et Elsa** pour le groupe de choc que l'on formait en gynécologie, vous m'avez fait passé les meilleurs six mois de mon internat. Avec des petites anecdotes qui me suivront, je crois...

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

**Figure 1** : Les quatre valeurs de la responsabilité sociale.

**Figure 2** : Le pentagone du partenariat.

**Figure 3** : Grille d'évaluation de la responsabilité sociale.

**Figure 4** : Carte conceptuelle des résultats de la triangulation.

**Figure 5** : Carte conceptuelle des représentations des MSU.

**Figure 6** : Carte conceptuelle de l'identification des besoins en santé de la population.

**Figure 7** : Carte conceptuelle de la branche " Formation " de la réponse aux besoins en santé de la population.

**Figure 8** : Carte conceptuelle de la branche " Rôles du médecin généraliste " de la réponse aux besoins en santé de la population.

**Figure 9** : Carte conceptuelle de la branche " Démographie " de la branche aux besoins en santé de la population.

**Figure 10** : Carte conceptuelle de la branche " Recherche " de la réponse aux besoins en santé de la population.

**Figure 11** : Carte conceptuelle de l'évaluation des objectifs de formation.

**Tableau 1** : Caractéristiques des participants aux focus groups.

**Tableau 2** : Les lieux d'exercices des participants.

**Tableau 3** : Caractéristiques des focus groups.

## TABLE DES ANNEXES

**Annexe 1** : Consensus mondial sur la responsabilité sociale des Facultés de Médecine.

**Annexe 2** : Formulaire d'information et de consentement des participants.

**Annexe 3** : Transcription intégrale des entretiens collectifs et individuels sur CD.

**Annexe 4** : Les compétences du médecin généraliste - Collège National des Généralistes Enseignants selon la définition de la WONCA.

**Annexe 5** : Plan stratégique 2015-2020.

## **ABRÉVIATIONS**

**APA** : Allocation Personnalisée d'Autonomie

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**ASALEE** : Action de Santé Libérale En Équipe

**CD** : Compact Disc

**CES** : Certificat d'Étude Supérieure

**CESP** : Contrat d'Engagement de Service Public

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CIDMEF** : Conférence Internationale des Doyens et facultés de Médecine d'Expression Française

**CNGE** : Collège National des Généralistes Enseignants

**CNOM** : Conseil National de l'Ordre des Médecins

**COGEMS** : Collège des Généralistes Enseignants et Maîtres de Stage

**COFIL** : Comité de Pilotage

**CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

**DCEM 1** : Deuxième Cycle d'Étude Médicale, 1ère année

**DDR** : Dossier De Réussite

**DES** : Diplôme d'Études Spécialisées

**DMG** : Département de Médecine Générale

**DU** : Diplôme Universitaire

**EBM** : Evidence Based Medicine

**ECN** : Examen Classant National

**FMC** : Formation Médicale Continue

**GEAPI** : Groupe d'Échange et d'Analyse de Pratiques entre Internes

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IFSI** : Institut de Formation en Soins Infirmiers

**INCA** : Institut National du Cancer

**L3** : Licence 3ème année

**MSU** : Maître de Stage Universitaire

**OAP** : Oedème Aigu Pulmonaire

**OGDPC** : Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PACES** : Première Année Commune des Etudes de Santé

**PCEM1** : Premier cycle des études médicales 1ère année

**PDF** : Portable Document Format

**PMA** : Procréation Médicalement Assistée

**PMI** : Protection Maternelle et Infantile

**PTMG** : Praticien Territorial de Médecine Générale

**RA-RS** : Recherche Action – Responsabilité Sociale

**ROSP** : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

**SAMU** : Service d'Aide Médicale Urgente

**SASPAS** : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

**SIFEM** : Société Internationale Francophone d'Education Médicale

**THEnet** : Training for Health Equity Network

**UNICEF** : United Nations International Children's Emergency Fund

**VUPS** : Vers l'Unité Pour la Santé

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

## RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS

**Introduction** : Le concept de responsabilité sociale des facultés de médecine est en plein essor depuis la mise en place du projet francophone Recherche Action-Responsabilité Sociale. Il s'agit d'orienter la formation selon les principes de qualité, d'efficience, d'efficacité et d'équité. Le consensus mondial a ainsi défini dix axes stratégiques à suivre pour qu'une faculté soit socialement responsable. L'objectif de ce travail est de recueillir le ressenti des médecins généralistes maîtres de stage en ambulatoire, sur l'implication de la faculté de médecine de Poitiers en terme de responsabilité sociale.

**Méthodes** : Il s'agit d'une étude qualitative par focus group, réunissant des médecins généralistes maîtres de stage ambulatoires en Poitou Charentes, s'intéressant à quatre axes du consensus mondial. Des entretiens individuels semi directifs à visée qualitatif, ont été réalisés dans un deuxième temps afin de clarifier les idées.

**Résultats** : Les maîtres de stage ambulatoire méconnaissent le rôle de la faculté de médecine de Poitiers dans l'identification et la réponse aux besoins de santé, hormis l'enseignement qu'elle apporte. Pour les participants, la réponse aux besoins en santé passerait par l'amélioration de la formation, redéfinir les taches du médecin généraliste, l'adaptation de la démographie médicale et le développement de la recherche.

**Conclusion** : La faculté de médecine de Poitiers avance dans une démarche de responsabilité sociale en adaptant ses enseignements aux nouveaux besoins de la société. Cette démarche est méconnue des maîtres de stage ambulatoire. Le recueil du ressenti des partenaires de la faculté permettront d'évaluer l'engagement des facultés de médecine dans la responsabilité sociale selon des normes et indicateurs.

**Mots clés** : Responsabilité sociale, faculté de médecine, recherche qualitative, médecins généralistes, maitres de stage ambulatoire, Poitou-Charentes, France.

## ABSTRACT AND KEY-WORDS

**Introduction:** The concept of social accountability of medical schools has been rapidly expanding since the implementation of the francophone project " Recherche Action-Responsabilité Sociale ". It is about orienting training to the principles of quality, efficiency, relevance and equity. The global consensus has defined ten strategic axes to be followed so that a medical school is socially accountable. The aim of this work is to collect the viewpoint of ambulatory general practitioner internship supervisors concerning the involvement of Poitiers Medical School in terms of social accountability.

**Methods:** This is a qualitative study based on focus groups, bringing together ambulatory general practitioner internship supervisors in Poitou-Charentes, interested in four axes of the global consensus. Semi directive individual interviews on qualitative aspects were carried out in a second phase to clarify the ideas.

**Results:** The ambulatory internship supervisors were rather unaware of the role of Poitiers Medical School in the identification and the response to health needs, except for the teaching which it provides. According to participants, answering health needs is achieved through improving training, redefining the roles of the general practitioner, adapting medical demography, and developing research.

**Conclusion:** Poitiers Medical School is moving forward in a process of social accountability by adapting its teaching techniques to new needs. This advance seems to be rather unknown by the ambulatory internship supervisors. This collection of viewpoints will allow the evaluation of the Medical School's commitment to social accountability according to norms and indicators.

**Key words:** Social accountability, medical school, qualitative research, general practitioner, Ambulatory internship supervisors, Poitou-Charentes, France.

# 1. INTRODUCTION

## 1.1. Le concept de la responsabilité sociale

### 1.1.1- Les prémices de la responsabilité sociale

Au début du XX<sup>e</sup> siècle, Flexner aborde la question de l'enseignement médical dans son rapport rédigé en 1910, intitulé " Education médicale aux Etats Unis et au Canada: étude comparative " (1). Il y met en évidence le déficit d'équité du système de santé américain, et recommande que les étudiants noirs reçoivent une meilleure éducation médicale afin qu'ils contribuent à rehausser le niveau de santé dans leur communauté. Il tente donc cette corrélation entre éducation médicale et santé des populations. C'est en effet un souci d'impact social de l'éducation médicale qui motive son projet d'enquête sur le contenu des programmes de formation dans l'ensemble des facultés de médecine nord-américaines.

Mais cette perspective s'estompe progressivement et au bout du compte la refondation des facultés de médecine se fait sur le seul renforcement du caractère scientifique.

Après la seconde guerre mondiale, la notion de responsabilité sociale pour la santé se décline alors avec trois objectifs (2) : soulager la souffrance individuelle, maintenir la bonne santé individuelle et protéger la société des ravages de la maladie. L'articulation entre santé individuelle et santé publique est clairement identifiée.

Dans les années 80, se tient une conférence internationale sur les soins de santé primaire, menée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Unicef (United Nations International Children's Emergency Fund) (3). Il en ressort : " 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 ". C'est la politique de " santé pour tous avant l'an 2000 " qui encourage la mise en cohérence entre formation et besoins des communautés (4).

## 1.1.2- Définition

En 1995, C. Boelen et J. Heck définissent le concept de la responsabilité sociale 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 " (5) (6).

Ils proposent quatre valeurs caractérisant une faculté socialement responsable qui sont pertinence, équité, efficacité et qualité.

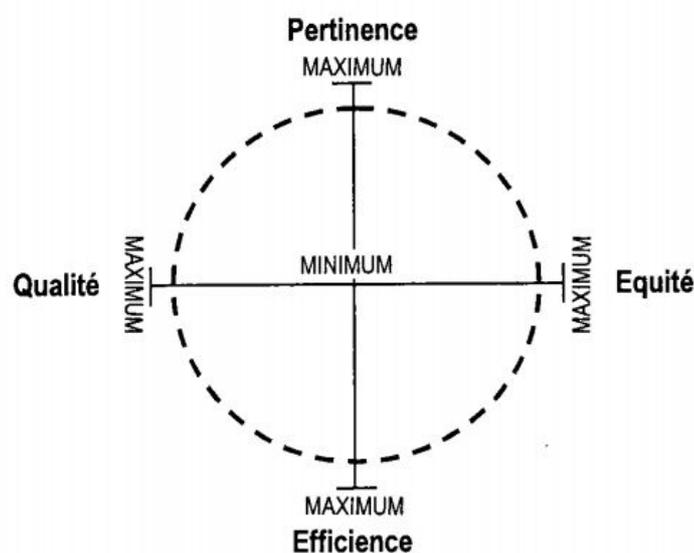


Figure 1 : Les quatre valeurs de la responsabilité sociale.

- la pertinence : souci de s'attaquer en premier aux problèmes les plus importants, et qui peut être résolu avec des moyens disponibles localement
- l'équité : existence de soins de santé de qualité, accessibles à tous, et dans le monde entier
- l'efficacité : capacité à avoir le plus d'impact sur la population, tout en faisant le meilleur usage des ressources disponibles
- la qualité : implique la compétence et l'habileté technique, mais aussi la prise en compte des attentes culturelles et des habitudes des usagers.

### 1.1.3- Vers l'unité pour la santé

En 2001, l'OMS met en place un nouveau projet intitulé "Vers l'unité pour la santé" (VUPS). Ce projet propose "d'étudier et de promouvoir des initiatives à l'échelle mondiale pour favoriser l'unité dans la prestation des services centrés sur les besoins des personnes" (7).

Ces soins et services doivent répondre aux principes de qualité, équité, pertinence et coût-efficacité, définis par C. Boelen et J. Heck six ans plus tôt.

C'est un élan dans la responsabilité sociale des facultés de médecine, le but étant que " ces institutions s'adaptent pour mieux répondre aux besoins des personnes et pour les inciter à devenir des partenaires actifs dans l'élaboration du futur système de santé " (7).

Ceci nécessite un travail commun et une coordination entre les " principaux partenaires essentiels à la création d'un mouvement vers l'unité dans la dispensation de services de santé : les décideurs politiques, les gestionnaires de santé, les professionnels de santé, les institutions académiques, les communautés et la société civile ".

C'est le pentagone du partenariat, décrit par l'OMS :

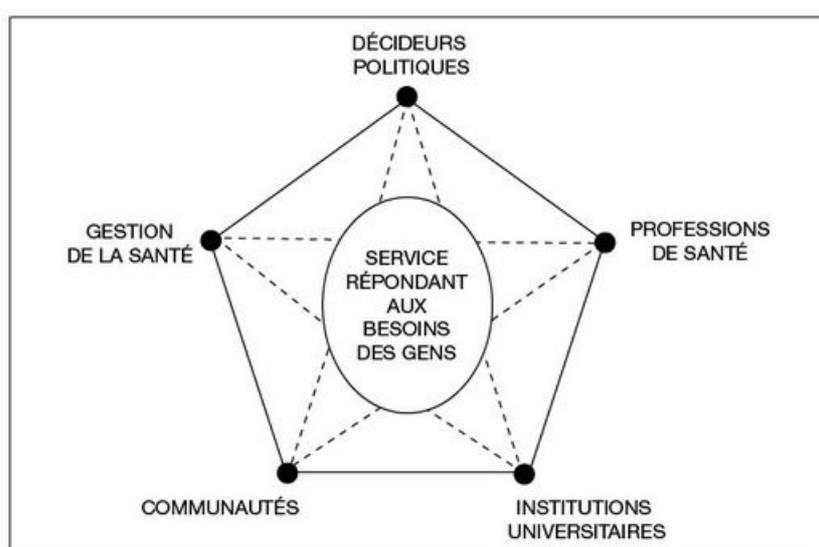


Figure 2 : Le pentagone du partenariat.

Ensuite vient la démarche d'évaluation de la progression de la faculté de médecine vers la responsabilité sociale. Elle se fait en fonction des " degrés de conformité de ces valeurs dans les trois domaines fondamentaux de la responsabilité institutionnelle " (5) (6) : la formation, la recherche, la dispensation de services. C'est ce que représente la grille d'évaluation de responsabilité sociale définie par C. Boelen.

Valeurs	Domaines et phases								
	Formation			Recherche			Service		
	Planification	Réalisation	Mesure d'impact	Planification	Réalisation	Mesure d'impact	Planification	Réalisation	Mesure d'impact
Pertinence									
Qualité									
Efficiences									
Équité									

Figure 3 : Grille d'évaluation de la responsabilité sociale.

De l'évaluation de l'impact des actions sur la satisfaction des besoins, naît la notion d'accréditation des instituts de formation (8). L'accréditation d'une faculté de médecine permettrait d'attester de son engagement dans un enseignement socialement responsable en répondant à un corps de normes. La recherche d'impact social pourrait être reconnue à terme comme une marque d'excellence académique.

### **1.1.4- Du consensus mondial au projet de Recherche Action de la responsabilité sociale de la faculté de médecine**

En 2010, un groupe d'experts internationaux en pédagogie médicale ont établi un consensus mondial sur la Responsabilité sociale de la faculté de médecine. Ce consensus a défini dix axes stratégiques attestant qu'une faculté est socialement responsable (9) (annexe 1).

Suite à ce consensus mondial, en 2012, le projet de Recherche Action - Responsabilité Sociale (RA-RS) voit le jour (10). Il est mis en place par la Société Internationale Francophone d'Education Médicale (SIFEM), la Conférence Internationale des Doyens et facultés de Médecine d'Expression Française (CIDMEF), Training for Health Equity Network (THENET), en partenariat avec des universités francophones. Partant d'un objectif initial d'une quinzaine de facultés dans le monde, le projet englobe en 2016, 57 facultés francophones dans 18 pays.

L'objectif général de ce projet est d'expérimenter et d'évaluer la pertinence, l'applicabilité et la mise en œuvre d'une démarche de qualité inspirée des principes de responsabilité sociale définis par le consensus mondial, et d'en démontrer l'utilité pour améliorer l'impact sur la santé.

Il repose sur trois phases : l'applicabilité, l'expérimentation et l'évaluation.

- la phase 1 ou l'applicabilité, consiste à une évaluation de la faculté selon les dix axes stratégiques de la conférence de consensus par les avis et perceptions des différents acteurs de santé. Le but est de déterminer son niveau actuel d'implication sur le concept de responsabilité sociale et de définir des indicateurs à suivre. Elle a pour objectif secondaire de diffuser les principes de la responsabilité sociale et d'y faire adhérer les principaux partenaires.
- la phase 2 ou d'expérimentation permet d'évaluer les indicateurs selon leur validité et leur opérabilité.
- la phase 3 ou d'évaluation a pour but de mesurer l'impact des normes et des réformes entreprises : incidence sur la qualité des diplômés, leur choix de carrière et d'installation, le fonctionnement des services de santé et l'état de santé des populations, à court terme (6 mois), à moyen terme (12 à 18 mois) et à long terme (2 à 5 ans).

Ce travail de recherche action est soutenu par la faculté de Poitiers et le Département de Médecine Générale (DMG) depuis sa création.

La phase 1 a été initiée en 2013 par le Dr Benoit Tudrej avec son travail de thèse concernant la partie quantitative (11).

La faculté de Poitiers a décidé de poursuivre cette phase qualitative afin d'étudier les perceptions et opinions des différents partenaires de la faculté de médecine, sur l'adhésion de celle-ci au projet de responsabilité sociale. Ont déjà été évalué dans des travaux antérieurs : les ressentis des internes de médecine générale (12), des patients (13), des paramédicaux (14), et celui des internes de spécialités médicales et chirurgicales (15).

Ce nouveau travail cherche à étudier la perception des médecins généralistes maîtres de stage (MSU) en Poitou-Charentes.

## **1.2. Objectifs et problématiques de notre étude**

Objectif principal :

Évaluer le ressenti des médecins généralistes MSU, concernant l'approche de la faculté de médecine de Poitiers pour répondre aux besoins en santé de la population.

Objectifs secondaires :

- Identifier les premiers indicateurs permettant d'évaluer et d'améliorer le niveau de responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers ;
- Soumettre des projets éventuels à mettre en place pour permettre à la fac d'être dans une démarche socialement responsable.

## **2. MATÉRIELS ET MÉTHODES**

### **2.1. Méthode qualitative par focus group**

Afin de répondre à notre objectif principal : " la réflexion des maitres de stages universitaire ambulatoire sur la responsabilité sociale de la faculté ", nous avons réalisé une étude qualitative selon la méthode du focus group (16).

Cette méthode consiste à un entretien collectif, permettant l'expression directe des participants, et l'émergence d'idées diverses. Les personnes sont encouragées à discuter entre elles pour échanger, commenter leurs expériences et leurs opinions. L'entretien collectif permet de donner plus de poids aux critiques que dans les entretiens individuels.

Pour s'assurer d'une validité méthodologique, le nombre de participants recherché lors de l'organisation des focus groups était de six à dix MSU pour chaque entretien collectif.

Le nombre de focus groups à organiser n'a pas été défini au début de l'étude, car il est déterminé par la suite selon le principe de " saturation des données ", soit le moment où il n'y a pas l'émergence de nouvelles idées majeures dans les groupes.

Les travaux déjà réalisés par les autres thésards sur ce même sujet, avaient utilisé la même méthode. La reproduction d'une méthode similaire validée par focus groups permettra de mettre en commun les données recueillies et d'élaborer des propositions pertinentes pour améliorer la responsabilité sociale de la faculté de Poitiers.

En cas de besoin de clarification d'idées, la réalisation d'entretien individuel était envisagée.

## **2.1.1- La Population**

Les critères d'inclusion des participants étaient :

- être médecin généraliste maître de stage universitaire (MSU) en Poitou-Charentes ;
- être disponible aux dates et aux heures proposées.

Aucuns critères d'âge, ni de sexe, ni d'ancienneté n'étaient définis.

Pour les deux premiers focus group, nous avons eu le soutien logistique du Collège des Généralistes Enseignants et Maîtres de Stage (COGEMS), qui nous a permis d'organiser ces focus group lors de l'assemblée générale. Un atelier intitulé " la réflexion des maitres de stages sur la responsabilité sociale de la faculté " a donc été proposé aux MSU. Ces derniers devaient s'inscrire aux ateliers de leur choix sur le site du COGEMS dans la rubrique assemblée générale. Nous avons pu organiser deux focus group composés de MSU venant de toute la région Poitou-Charentes.

Ensuite le troisième focus group a été organisé par la thésarde. Le recrutement s'est effectué par l'envoi d'un email aux MSU de la région Poitou-Charentes. Dans cet email, une information sur le sujet, la méthodologie ainsi que le but de l'étude étaient donnés.

Un formulaire rempli par les participants en début de séance en même temps que le consentement pour les enregistrements, renseignait quelques données quantitatives sur les MSU : sexe, date de naissance, date d'installation, lieu de pratique, et depuis quelle année ils étaient maîtres de stage (annexe 2).

## **2.1.2- Guide d'entretien qualitatif**

Le guide d'entretien permet de structurer le déroulement de la séance. Il s'agit d'une liste de questions ouvertes, simples et neutre afin de ne pas orienter le débat. Permettant ainsi une liberté de parole, une discussion et un échange authentique tout en limitant sur les problématiques posées. Il est commun à tous les focus group,

adaptable en cours d'entretien ou au fur et à mesure de l'étude. Elle permet une cohérence, une continuité et une reproductivité entre les focus group.

Quatre axes du consensus mondial ont été retenus comme pertinent pour cette étude, par le groupe de travail :

- 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 santé
- Axe 10 : Prise en compte du rôle de la société

Nous avons donc élaboré à partir de ces quatre axes du consensus, le guide d'entretien semi directif, basé sur sept questions:

- 1- Quel est le rôle de la faculté de Médecine vis à vis des besoins de santé de la population ?
- 2- Comment la formation actuelle des futurs médecins répond elle aux besoins de santé de la population ?
- 3- Selon vous, comment cette formation peut-être améliorée ?
- 4- Quels doivent être les partenaires de la faculté pour former les futurs médecins afin d'assurer au mieux les besoins de santé de la population ?
- 5- Pour vous qu'est ce qui définit un médecin répondant au besoin de santé
- 6- Qui devrait fixer ces objectifs pour répondre aux besoins en santé de la population ?
- 7- Comment évaluer l'atteinte des ces objectifs ?

Elles ont été dans un premier temps soumises à une validation par un expert du sujet responsabilité sociale et un expert de la méthodologie qualitative. Et dans un deuxième temps la compréhension des questions a été testée auprès de trois médecins généralistes volontaires, dont les réponses n'ont pas été analysées. Au décours de ces tests, aucune modification n'était nécessaire.

Cependant au cours du troisième focus group, nous avons complété l'entretien par deux questions : comment évaluer les médecins pour savoir s'ils répondent aux

besoins en santé de la population ? Et comment évaluer la responsabilité sociale de la faculté dans la réponse aux besoins en santé de la population ?

### **2.1.3- Consentement des participants**

Un formulaire d'information et de consentement a été remis à chaque participant en début de séance (annexe 2). En parallèle une information orale a été donnée par la thésarde.

Ce formulaire était composé de 3 parties :

- une partie recueil des caractéristiques des MSU
- une partie information
- une partie recueil de leur consentement pour leur participation et surtout l'enregistrement et son utilisation de manière anonyme

### **2.1.4- Déroulement logistique**

#### Le lieu

Les deux premiers focus group se sont déroulés à l' Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) de l'hôpital de Niort. Le lieu étant déjà choisi et réservé par le COGEMS.

Pour le troisième focus group, nous avons réuni les médecins volontaires au sein de la maison médicale de Ruelle sur Touvre, où des salles sont à disposition pour les enseignements de la faculté, avec l'aide d'un des médecins de ce pôle de santé.

Ce lieu permettait d'être à équidistance pour tous les médecins.

#### Date et horaire

Pour les deux premiers focus group la date et l'horaire était fixé par le COGEMS, sur le planning de la journée de l'assemblée générale.

Pour le troisième focus group, la date et l'heure ont été déterminées en fonction de la disponibilité des MSU, afin d'avoir un maximum de participants. Nous avons exclu les weekends et nous avons proposé deux créneaux horaire (midi ou soir). Au final ce focus group s'est déroulé un jeudi entre midi et deux.

Les participants étaient informés que l'entretien durait entre 1h et 1h30.

### Accueil

Un mot d'accueil était prononcé par la thésarde, expliquant rapidement le sujet sans approfondir ainsi que le principe du focus group.

Une collation était à disposition des participants pour permettre une ambiance plus conviviale et détendue.

### Enregistrement

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, d'un smartphone éteint en mode avion et en fonction dictaphone, d'une tablette numérique en mode audio puis d'un ordinateur en mode vidéo.

Tous les participants ont été informés en début du débat, de la présence d'enregistrements permettant à la thésarde une retranscription de l'échange, mais après anonymisation des données. Ils ont tous donné leur consentement par écrit. À la fin de chaque focus group, nous avons réalisé un temps sans enregistrement, permettant aux participants de s'exprimer librement et de leur fournir des informations sur le sujet et la problématique.

### Animation

Les focus groups ont été animés par deux modérateurs expérimentés dans l'animation de focus group et fortement impliqués dans ce projet de Responsabilité Sociale. Il s'agissait de deux médecins généralistes.

Le rôle de ce modérateur est de lancer la discussion à travers les questions du guide d'entretien, d'animer le débat et à veiller d'entretenir la dynamique du groupe. Il doit être capable de pratiquer la reformulation, et l'esprit de synthèse pour clarifier les idées, tout en gérant le temps et les objectifs de l'étude.

Un observateur était présent à chaque focus group. Son rôle était l'accueil des participants, prendre note des aspects non verbaux dans les échanges, et la vérification du bon fonctionnement des enregistrements. Il ne devait pas intervenir en cours de débat afin de ne pas influencer les participants. L'observateur était la thésarde pour tous les focus group, sauf dans le deuxième focus group où un autre interne de médecine générale impliqué dans ce travail a joué ce rôle.

## **2.2. Analyse du contenu**

### **2.2.1- Transcription et anonymisation**

Les enregistrements pour chaque entretien ont été retranscrits intégralement mot pour mot (appelé le verbatim), sur document Word<sup>®</sup> puis en format PDF. Nous avons veillé à respecter et à retranscrire les habitudes de langage de chacun ainsi que les aspects non verbaux.

Ensuite nous avons anonymisé chaque participant, avec une lettre et un chiffre : le chiffre de 1 à 4 désigne le focus group, auquel ils ont participé ; et la lettre de A à G désigne le participant, attribuée selon leur disposition autour de la table. Exemple : participant 1A désigne le MSU A dans le focus group 1. Le modérateur est identifié par la lettre M suivi du chiffre de son focus group.

Les propos du modérateur ont été retranscrits dans un souci de compréhension de l'entretien, mais non pas été analysés.

L'ensemble des verbatim est présenté en totalité sur CD (annexe 3).

Les enregistrements audio et vidéo des entretiens ont été détruits au décours de la retranscription et de l'anonymisation.

### **2.2.2- Analyse des données**

Les verbatim ont été analysés à l'aide du logiciel N Vivo 10 de QRS international<sup>®</sup>. Le principe est de classer les propos de chaque participant et l'idée qui s'en dégage en " noeud ", c'est ce que l'on appelle l'encodage. Le contenu du Verbatim a donc été découpé et organisé en thème. Afin de valider l'analyse, une triangulation a été réalisée à l'issue du premier focus group, par la thésarde, et deux autres internes en médecine générale, travaillant sur le même sujet. Nous avons mis en commun nos analyses permettant de se mettre d'accord sur les thèmes et noeuds qui s'en dégagent. Les deux autres verbatim, ont été encodés de manière déductive par la thésarde en se basant sur l'analyse commune. Et ces encodages ont été mis en commun avec un autre thésard interne. Cette analyse a permis d'arriver à de nouveaux noeuds partant de nouvelles idées.

### 3. RÉSULTATS

#### 3.1. Caractéristiques des groupes

Trois focus groups ont été réalisés, composés de six à sept maîtres de stage ambulatoire de Poitou Charentes.

Les âges des participants étaient divers, avec une moyenne d'âge de 56,5 ans et une médiane à 59 ans. Les deux sexes étaient représentés avec une légère majorité de femmes (52,6% contre 47,4%). Tous les participants prévus sont venus.

Focus Group	Nombre de participant	Sexe		Age moyen (médiann)	ancienneté d'installation moyenne(médiane)	ancienneté de maitrise moyenne(médiane)
		Femmes	Hommes			
1	6	4	2	52,5ans (56,5ans)	21,5ans (28 ans)	6ans (7 ans)
2	6	2	4	59,8ans (59,5ans)	26 ans (29,5ans)	15,5ans (11ans)
3	7	4	3	57ans (60ans)	26,8ans (28ans)	11,1ans (8,5ans)
Totaux	19	10	9	56,5ans (59ans)	24,8ans (28ans)	10,8ans (9ans)

Tableau 1 : Caractéristiques des participants aux focus groups.

Les participants venaient des quatre départements de la région Poitou-Charentes:

- Pour les deux premiers focus groups : l'entretien a eu lieu dans les Deux Sèvres, mais les participants venaient de toute la région.
- Le troisième focus group s'est déroulé en Charente, et regroupait des médecins de ce département.

Au final la Charente (42%) et la Vienne (26%) étaient les plus représenté

	Lieux d'exercice			
Focus Group	Charente	Charente -Maritime	Deux-Sèvres	Vienne
1	1	0	2	3
2	0	2	2	2
3	7	0	0	0
Total	8	2	4	5

Tableau 2 : Les lieux d'exercices des participants

Focus groups	Lieu	Date	Nombre de participants	Durée
1	Niort	16/01/2016	6	1h03min
2	Niort	16/01/2016	6	1h04min
3	Ruelle sur Touvre	17/03/2016	7	1h02min

Tableau 3 : Caractéristiques des focus groups

La durée des entretiens n'a pas excédé 1h30.

A l'issu de ces trois focus group, la saturation des données n'était pas obtenue, cependant seulement quelques idées étaient à clarifier. Sur la suggestion d'un expert en méthode de recherche qualitative, des entretiens individuels ont donc été réalisés. Nous avons interrogé quatre MSU, d'une moyenne et médiane d'âge de 41 ans, trois femmes et un homme. Ces entretiens ont duré minimum 8 minutes et maximum 28 minutes. Ils ont été enregistrés en audio par dictaphone. La retranscription s'est faite de la même manière que pour les focus group, sur le principe des verbatim (annexe 3 - CD), et après anonymisation des participants. Nous avons utilisé la lettre "I" pour entretien individuel, précédé d'un chiffre selon l'ordre chronologique dans lequel se sont déroulés les entretiens.

### 3.2 Analyse thématique transversale des entretiens collectifs

L'analyse des verbatim et la réalisation de la triangulation avec deux autres internes de médecine générale, impliqués dans ce projet, ont permis de mettre en évidence 4 grands thèmes :

- Les représentations actuelles du système de soin et de la faculté de médecine par les médecins généralistes MSU ;
- L'identification des besoins de santé de la population ;
- La réponse aux besoins en santé de la population ;
- L'évaluation des objectifs de formation.

A partir de ces thèmes et des sous thèmes s'en dégageant, des cartes conceptuelles (ou arbres) ont été construites. Ils sont illustrés par des extraits des verbatim.

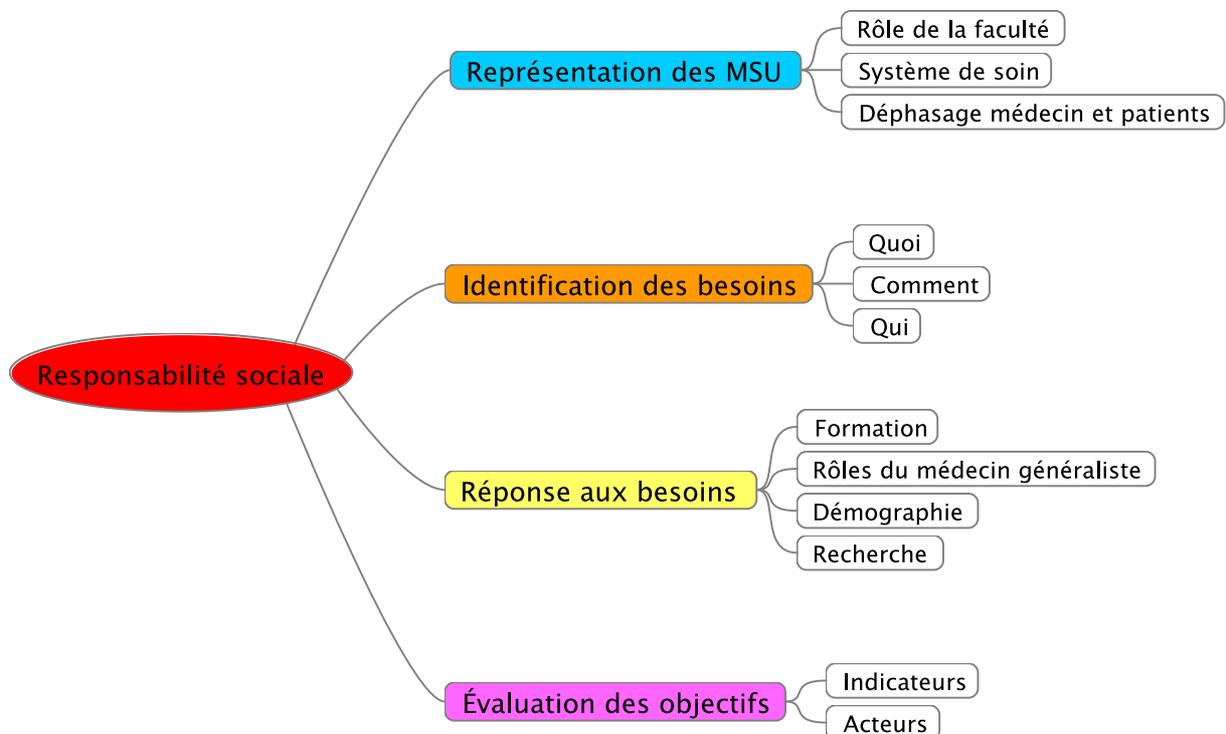


Figure 4 : Carte conceptuelle des résultats de la triangulation.

### 3.2.1- Représentation des MSU de la faculté de médecine et du système de soin



Figure 5 : Carte conceptuelle des représentations des MSU.

## Le rôle de la faculté de médecine

- Pour les MSU, un des principaux rôles de la faculté est de former les étudiants pour qu'ils soient des médecins de qualité et en nombre suffisant, pour répondre aux besoins en santé de la population.

*2C : former des étudiants.*

*2C : la fac elle est là pour former des étudiants.*

*3A : fin essayer de... former le... la quantité de médecins dont la population a besoin.*

*1B : Donc euh moi je penserais que c'est le rôle c'est de former, alors un nombre de médecin et de praticien suffisant pour couvrir les besoins de la population.*

*1B : Donc pour le rôle de la fac j'trouve qu'elle elle forme les gens qu'on lui donne à former.*

*3B : Assurer une qualité.*

*3C : Son rôle c'est de bien former les étudiants.*

*1B : et aussi de s'assurer de la qualité de la formation des futurs professionnels et aussi alors évidemment d'assurer un enseignement de qualité.*

*1B : Par contre ce qu'il faut certainement c'est qu'aller chercher les "list black" pour voir les moyens d'assurer une formation de qualité.*

- De plus pour cela ils soulignent l'importance de former des enseignants.

*1F : Alors est ce que c'est par exemple euh de nous aider à recruter euh des enseignants en médecine générale pour euh euh avoir ensuite de... des médecins généralistes pour euh alimenter euh... tout le département, c'est un peu ça.*

*M3 : Donc formation des enseignants ? Donc former les enseignants ?*

*3C : et les former à la pédagogie quoi...*

*3A : Oui c'est ça.*

- Un consensus se dégage autour de l'idée que la principale difficulté est le manque de moyens.

*3C : donc, donc se donner les moyens de bien les former.*

*1B : et de donner les moyens de l'enseignement, qui n'est p'têtre pas le cas actuellement.*

1D : Donc quand on parle de formation, avant il faudrait savoir... euh si vraiment on a, on donne les moyens. Et on ne les a pas les moyens.

1B : Mais on voit bien après euh suite à nos débats d'avant que le ... les moyens sont pas donnés (...) Donc après la fac son boulot et l'université c'est de trouver les moyens, alors même si ils sont en difficultés.

1B : Donc j'veux dire, on voit qu'on donne pas les moyens voulus pour former les médecins généralistes unh...

1F : oui, si on a les moyens on peut faire plus de chose. Et si on veut bien enseigner pour qu'il est des médecins généralistes plus à l'écoute et tout ça il faut qu'on se libère du temps...

- Ils notent une évolution de l'enseignement apportée par la faculté et son adaptation à la population.

2D : le mode d'enseignement est différent prouve que cette faculté elle a justement la faculté de s'adapter à la population

2D : je pense que la faculté elle a ce potentiel énorme malheureusement peut être très lent mais d'adaptation à cette société dans laquelle on vit, c'est à dire que qui fait l'université ou la fac et qui fait les enseignements, c'est des êtres humains.

3F : on voit maintenant que les étudiants euh que l'on a maintenant et il y a dix ans n'ont pas du tout euh la même pratique et la même approche du patient, en dix ans. Donc ça veut dire que la faculté a quand même euh, leur enseignement, a quand même été performant par rapport à ça et donc on voit l'évolution

1F : Mais alors peut être que maintenant quand même les étudiants... avec les groupes d'enseignements, les GEAPI<sup>1</sup> etc. Moi je trouve que quand même euh ...alors même si c'est pas tout au point, mais quand même ils ont une approche euh de la diversité de de soin ... plus plus importante qu'on avait. Parce que nous effectivement on allait direct sur le tas puis on voyait ce qui se passe.

- Selon eux la faculté devrait plus encadrer et soutenir ses étudiants, que ça soit sur le côté de la formation mais aussi personnel et psychologique.

2C : je trouve que peut être la fac n'est pas assez structurante alors peut être que c'est un problème sociétale (...) j'ai vu passer le truc de la fac je crois ou je sais pas si c'est sur le site du COGEMS ou de la fac, y a un truc qui est passé disant qu'il y avait tout plein d'étudiants qui étaient dépressifs, qui avaient des suivis et tout... et là à ce niveau là, je ne sais pas si c'est vraiment le rôle de la fac ou pas. Mais je me demande quand même si sur les premières années il devrait pas y avoir quelque chose à ce niveau là pour voir si nos étudiants, s'ils sont bien structurés...

2C : voilà c'est à dire d'être un peu encadré, écouté, soutenu. Moi j'essaie de provoquer la discussion mais j'entends bien que moi quand même je suis effaré de voir qu'il y a des étudiants qui me disent moi j'ai jamais vu de mort, j'en verrai jamais, ça m'intéresse pas je signerai pas les certificats de décès.

---

<sup>1</sup> GEAPI : Groupe d'Échange et d'Analyse de Pratique entre Internes.

*3F : C'est vrai que ça arrive régulièrement, trop souvent je pense quand même à avoir des étudiants en internat, au moment de l'internat fin qui ont quand même des difficultés euh importantes quoi, qui n'ont pas été dépistés avant. Donc comment on pourrait faire déjà ?*

*3F : oui des troubles de la personnalité ou même de connaissances et puis, où ça pas été dépisté quand même avant... on en voit pas souvent fort heureusement mais on en voit quand même assez régulièrement, les étudiants à problème là.*

*3E : Après la question c'est est-ce qu'on a les moyens de repérer pendant les deux premiers cycle des gens qui seront pas des bons professionnels de la santé. En fait c'est ça le questionnement, au sens large. Voilà.*

- Pour eux, la formation apportée par la faculté ne prépare pas à la pratique sur le terrain.

*2E : j'ai trouvé que la faculté de médecine ne m'avait pas beaucoup euh apporté euh pour pouvoir être euh très à l'aise avec la population que j'allais rencontrer.*

*2E : je l'ai pas trouvé au niveau de la fac.*

*2E : comme quoi la faculté n'avait pas pu prendre en charge euh les difficultés qu'avaient certains pour rentrer en communication.*

*1A : moi je sais que quand j'ai été formée à la fac et après je me suis retrouvé médecin généraliste de campagne, je n'avais aucune idée de la somme de travail que j'aurai à faire. J'étais formée pour soigner des personnes mais j'étais pas soignée euh formée pour soigner une population aussi vaste et aussi dispersée. Et moi j'en avait aucune idée de ce qui m'attendait.*

*1A : ...et je pense que ça pourrait être le rôle de la fac en fait. Pas seulement de nous former sur des des maladies, mais aussi sur une façon de travailler, une façon d'approcher des populations spécifiques. Et et ça, moi j'ai découvert sur le tas et j'ai pas su, j'ai pas bien su gérer, puisque j'ai fait plusieurs burn out.*

- De plus aux regrets des participants, la faculté ne leur apporte pas d'aides ou d'informations une fois le cursus terminé, concernant l'installation, la pratique libérale et comment prendre en charge la population.

*1D : malheureusement nous notre génération celle où il fallait se débrouiller du début jusqu'à la fin de l'installation, jusqu'à on cherche ...quand on cherche un remplacement, il a fallu que l'on fasse tout nous même c'est à dire que on sav... après il y a pas d'institution à qui s'adresser pour ça. Ça n'existe pas, surtout pas le conseil de l'ordre. Quand on a parlé de la fac, on nous a dit : ben non nous la fac on se charge pas du tout de la...d'aider les libéraux dans cette prise en charge de la population.*

- Ils rapportent un manque d'intérêt et de valorisation de la médecine générale par les étudiants, mais ceci est en amélioration.

1C : ...Donc je pense qu'en valorisant la fonction on va attirer beaucoup plus de monde, plus d'internes en médecine générale, donc plus de médecins généralistes.

1F : avoir médecine générale à l'ECN<sup>2</sup> c'est presque un défaut quoi... fin c'est pénible quoi... c'est ...alors là j pense que y a aussi un autre euh biais c'est qu'il y est les spécialités qui gagnent tellement de rond, que ceux là ils attirent forcément pleins de jeunes médecins, qui veulent faire ...radiologue machin et tout... bon...

1F : Chez nous (pff), c'est tu seras médecin généraliste si tu fais pas autre chose quoi... c'est quand même toujours assez incroyable...

1D : on connaît peut être une inversion, puisqu'on... il y a de plus en plus de... à l'ECN ...que je regrette comme examen mais...de plus en plus de médecins qui choisissent la médecine générale avant la millième place et maintenant on trouve des spécialités au delà de quatre mille (...) mais euh non non, là je crois qu'il y a une inversion qu'est bien heureuse je trouve depuis que moi j'ai pu passer...(rires) ou sortir de l'hôpital d'ailleurs...unh... Donc ça tant mieux unh.

1F : Oui oui euh ça s'améliore...

Les MSU ont proposé quelques pistes d'amélioration du rôle de la faculté :

- Ils souhaiteraient que la fac soit un vivier d'aides aux étudiants et aux médecins installés.

1B : Ou la fac pourrait être le maître d'oeuvre d'une structure... d'un vivier de... euh... ben avec oui des comptables experts, des avocats, des médecins, des trucs. Où la personne qui a besoin de renseignements elle sache qu'elle appelle à la fac telle structure, on lui dit ben voilà vous pouvez contacter un tel..., et organiser p'têtre même des postes ... des enseignants...des enseignements de postes universitaires... ben sur des trucs de fonctionnement (...) en ayant elle un vivier qui l'organise et là encore c'est son rôle d'organiser de... de financer ces gens là, sans forcément être partie prenante après dans c'qui vont dire, mais dans le ...

- Ils ont proposé aussi la mise en place d'un tuteur d'installation, pouvant les guider dans les démarches libérales.

1E: plutôt quelque chose sur quoi j'aurais pu me reposer après. Tu vois... Quelqu'un, une fois que j'ai... que on a fait des remplacements, qu'on commence à se rendre compte de c'que c'est euh... la médecine générale encore plus... et ben vers qui est ce que je peux me retourner pour poser des questions...euh...

1E: ...quelques chose de... qui servirait plus tard en fait, mais peut être le rôle...

1F : pas un tuteur d'enseignement mais un tuteur d'installation.

1F : Un tuteur de je commence mon exercice hors internat.

---

<sup>2</sup> ECN : Examen Classant National.

## Le système de soins

- Pour tous les MSU interrogés le principal problème du système de soin actuel est le manque de médecins, et indirectement le manque de temps de ces derniers.

*1F : parce qu'on n'a pas effectivement toujours le temps*

*1A : Mais ce temps de...où j'ai besoin régulièrement de...d'accompagner mes patients, d'éducation thérapeutique au sein de...de la vie quotidienne du médecin, et ben c'est toujours grignoté, c'est toujours c'qui disparaît. Ça moi j'trouve ça tout a fait dommage.*

*2D : je n'ai plus le temps, je n'ai plus le temps de faire ce que j'ai besoin de faire, je pose des stérilets, j'enlève, j'essaye de répondre pour tout, ce qui me pèse c'est la demande.*

*2E : on refuse des patients tous les jours.*

- Ils expliquent ce manque de médecin :

- par une mauvaise répartition géographique,

*3E : C'est parce que les médecins généralistes, un sont mal distribués, et deux ils font des choses qui sont inutiles.*

*3E : J'pense que ça commence déjà par une répartition géographique.*

- par une mauvaise utilisation du médecin,

*3E : Alors que probablement pour rendre des services à la population c'est vers ça qu'il faudrait tendre, c'est à dire ne faire que des choses utiles (...) ils font des choses qui sont inutiles.*

*3B : et ils sont mal utilisés.*

*3D : c'est sur.*

*3A : c'est évident.*

*3D : Ça j'pense que c'est un soucis aussi : obliger de faire des arrêts de travail, fin obliger, les gens ont besoin d'arrêt de travail quand ils sont malades pour un... et j'trouve que c'est une perte de temps pour nous.*

*3C : c'est la mauvaise utilisation.*

- par le numerus clausus, dont la décision est politique selon eux.

*1D : pour moi c'est une volonté euh politique de diminuer le nombre des médecins, mais euh c'est quelque chose qu'est complètement regrettable.*

*1B : J'crois que c'est à l'État de définir le numerus clausus ou au ministère de la santé, de l'université*

*3G : l'État en fait, qui décide du nombre de médecin qu'il faut ou pas sur le territoire. Donc elle applique les directives qui sont décidées dans les ministères.*

- Un des participants a souligné que l'exercice libéral avait atteint ses limites, en expliquant une discordance de discours entre chaque médecin, et un manque de confiance entre confrères.

*3E : À cause de l'exercice libéral justement, parce que l'exercice libéral c'est un frein à la bonne utilisation des médecins j'trouve.*

*3E : Moi je pense qu'on a atteint les limites de l'exercice libéral (...) Oui parce que actuellement, fin l'exercice libéral ça veut dire qu'actuellement tu peux pas faire confiance à ton voisin par exemple, à ton voisin docteur qui fait le même travail que toi. C'est-à-dire que si toi tu as un discours rigoureux par rapport à une pathologie simple, tu es absolument pas certain que le voisin aura le même discours que toi. Donc ça c'est les limites de l'exercice libéral. C'est-à-dire que si tu peux faire confiance à ton voisin tu... ton discours tu pourras le rendre un discours plus uniforme. C'est à dire pour une même pathologie avoir la même réponse.*

- Ils soulignent le manque de lien entre les différents intervenants du système de soin.

*3E : Si on prend l'organisation actuelle de la formation du médecin généraliste; il y a un collège de généralistes enseignants, il y a un DMG, qui est le relais universitaire, voilà qui peut euh qui peut être l'interface avec le doyen... l'ARS... Donc j pense que c'est toutes ces passerelles là qui devraient être de qualité. C'est à dire ne pas mettre des étages, l'étage euh médecins généralistes enseignants, puis étage DMG puis étage Doyen, puis étage ARS. Je pense qu'il faudrait que tout ça existe mais avec des passerelles et un travail vraiment vraiment euh en lien qui n'existe pas, pour pleins de raisons, pour des problèmes d'égos, pour des problèmes je sais pas quoi. Mais en tout cas ça n'existe pas en tout cas pas suffisamment bien de mon point de vue. C'est à dire que ces passerelles là, elles devraient euh exister d'une façon un peu normale quoi voilà, pas besoin de structurer ça, mais ça devrait être fluide, parce que euh ...*

- Un autre problème relevé par les MSU est la gestion de l'économie de santé publique par l'État, la région, et les médecins.

*3G : Parce que ça c'est dans un système de consommation où tout est beau tout est nécessaire (...) Si tu ne le définis pas, c'est sans cesse une surconsommation de soin et d'argent, pour des résultats qui sont souvent minimes quoi. Bon au niveau de la qualité de la santé, se dire que l'argent, j'ai mis beaucoup beaucoup d'argent et en terme de santé publique ben le résultat il est pas très bon. Quand tu compares avec certains pays, ils font peut être beaucoup mieux que nous, avec moins d'argent. (...)Voilà c'est, je crois que c'est un problème de gestion des finances publiques.*

*3E : je pense que à ce moment là si vraiment y a un partenaire qui pourrait avoir de l'importance ce sont, c'est de travailler avec les économistes de la santé. (...) plutôt version comment soigner les gens avec l'argent qu'on a voilà. Parce que c'est quand même un critère important de toutes les sociétés, fin bon là on parle de la nôtre. Est ce que euh on a bien vu qu'à une période où y avait de l'argent, donc si tu veux on n'était pas regardant, qu'on n'avait pas besoin d'avoir un niveau de réflexion trop important sur la santé des gens et quel prix on y mettait. Maintenant c'est un critère important (...).*

*3E : Ouai mais enfin, actuellement il faut quand même se poser la question euh pourquoi un hypertendu de la Sarthe coûte dix fois moins cher qu'un hypertendu de Nice ? Parce que celui de la Sarthe il prendra de l'ESIDREX® et il aura un électro par son médecin généraliste tous les trois ans ; si il est à Nice il prendra un SARTAN et il verra un cardiologue tous les trois mois. Pour la même pathologie, le même risque avec un coût dix fois plus cher.*

*3G : C'est la même problématique dans les hôpitaux, les hôpitaux généraux ou psychiatriques générales dans les départements ruraux ça coûte peut-être je sais pas combien de fois moins cher qu'en ville, parce que pour le même résultat et le même soin ça coûte trois fois moins cher voilà.*

### Un déphasage patient-médecin

Ils rapportent un déphasage entre l'attente des patients et ce que peuvent leur apporter les médecins, notamment avec leur changement de pratique. Ils expliquent que les médecins actuels donnent une priorité à leur qualité de vie, notamment à leur vie personnelle et familiale, les rendant moins disponibles qu'avant. Les patients eux, au contraire sont demandeurs et en attente de disponibilité du médecin.

*1E : Et j pense que la définition elle est très différente de la part des médecins, et de la part de la population.*

*1F : Mais voilà c'est encore encre dans la tête des gens, qui redisent quand même régulièrement : " oui mais avant mon médecin était là tout le temps" (...) parce que y a aussi ça les gens sont toujours dans : " ah oui mais j'veux ça, mais maintenant, sinon j'vais aux urgences", c'est une sorte de chantage qui est quand même assez inadmissible, puisque euh... on dit souvent " ah oui mais si c'est pas aujourd'hui, c'est un rhume alors on se débrouille", fin voilà c'est tout. (...) alors qu'il y a beaucoup beaucoup de femmes qui vont faire effectivement des p'tits temps, mais y a aussi des hommes un peu qui décident de s'occuper de leurs enfants, ou plus faire comme avant genre : " j'avais le médecin qui était là nuit et jour et tout".*

*3D : Les critères de la population c'est qu'il y est un médecin dans ma commune disponible 24h sur 24...*

*3B : Et dès que j'en ai besoin !*

*3E : Oui voilà et si possible toujours le même. (...) Donc il va y avoir un plus grand hiatus à mon avis, de plus en plus un grand hiatus entre ce que les gens vont désirer et ce qu'on va pouvoir leur offrir.*

*3C : Le médecin fantasmagorique et le réel (rires).*

## En résumé :

- Les MSU réduisent le rôle de la faculté à la formation des étudiants. Et cette formation évolue avec la société mais plus lentement. Ils soulignent le manque de moyens et un manque d'encadrement des étudiants et de soutien des médecins installés.
- Le système de soin actuel est critiqué : il y a un manque de médecin lié à une mauvaise répartition et une mauvaise utilisation des médecins.
- Il y a un déphasage patient-médecin lié au changement de pratique des médecins et aussi aux phénomènes de la société.
- Il a des améliorations à faire dans le rôle de la faculté et le fonctionnement du système de soin actuel.

### 3.2.2- Identification des besoins en santé de la population



Figure 6 : Carte conceptuelle de l'identification des besoins en santé de la population.

### 3.2.2-1. Identifier quoi ?

- Pour les MSU, la réponse aux besoins de santé est de soulager la souffrance de la population, quelle soit médicale ou sociale.

*2D : on est fait pour soulager la souffrance, ça veut dire que d'évaluer l'état de souffrance d'une population, d'évaluer...*

*2D : je dis ça parce qu'on est médecin auprès de la population, qui elle souffre que ça soit pour des problèmes socio euh que ça soit pour des problèmes biologiques ou que ça soit pour des problèmes environnementaux et à partir de ce moment là de donner des orientations à la société, des éléments à la société et notamment des législateurs. Euh pour que euh voilà que notre, l'objectif final de nos soins soit la diminution de la souffrance de la population.*

- De plus ils ont insisté sur l'existence d'un besoin ressenti de la part de la population plutôt qu'un réel besoin de santé. D'où le déphasage entre les médecins et les patients.

*1D : J pense qu'il y un hiatus entre le besoin réel et le besoin ressenti au niveau de la population.*

*1F : Mais ça c'est leur besoin ressenti : je veux ça, j'ai peur de ça, donc il me faut ça... fin... j'suis pas sûre que se soit le besoin réel moi...*

*1B : Donc là encore y avait un besoin ressenti assez particulier quand même, parce qu'ils allaient aux trois endroits pour le même problème sur la même nuit...*

*3B : C'est peut être pas les besoins qui sont pas les mêmes, ce sont les demandes qui ne vont pas être les mêmes.*

*3G : On est dans une société aussi, tu créés sans cesse des besoins, parce que l'effet médiatique (...) Et qu'en fait les besoins de la population il faut quand même bien les définir, c'est à dire qu'il y a des besoins de santé publique à définir, et après il y a des besoins de surconsommation. (...) Parce que ça c'est dans un système de consommation où tout est beau tout est nécessaire, mais en fait les besoins, il y a des besoins de santé primaire qui faut définir avec la population avec les politiques pour que justement se soit adapté à une société, que ce côté financier ne soit pas quelque chose d'insoutenable pour la société.*

- Les MSU ont souligné la différence entre les besoins en santé nationaux et territoriaux. Nécessité de définir les besoins en santé de manière plus localisée, adaptée à la population locale.

*3F : C'est peut être un besoin national et pas un besoin de territoire.*

*3G : l'ensemble des besoins de la population sur un département, sur une région. Et à ce moment en définissant les besoins, peut être que l'on donnera des missions aux médecins qui seront sur les territoires.*

*3F : Parce que les besoins de la population là c'est vrai que j'pense qu'un maitre de stage qui est en... on va dire dans les Pyrénées (maintenant on va parler de la grande région), et un maitre de stage qui est à Thouars, j'pense qu'il aura pas forcément les mêmes, ils ont pas les mêmes, c'est pas le même terroir, c'est pas le même. Fin je veux dire là on est plus près de la population quoi on est ... ça vient quand même du maitre de stage au départ qui évalue le mieux la population sur son territoire.*

*3D : Qu'est ce qu'on entend par besoin de la population ? Pourquoi est ce qu'un médecin qui est euh, qui exerce dans les Pyrénées serait forcément...*

*3F : C'est pas la même population, c'est peut être pas le même public, c'est peut être pas la même mentalité, c'est peut être pas euh...*

*3F : Y a bien des médecins de ville et des médecins de campagne.*

### **3.2.2-2. Identifier comment ?**

- Selon les MSU, l'identification des besoins en santé repose sur les données démographiques et les indicateurs de santé publique, notamment la morbidité, la mortalité, les morts à l'accouchement et la souffrance.

*1D : on avait eu récemment de notre conseil de l'ordre, un rapport sur la démographie médicale dans les Deux Sèvres, qui montrait qu'y avait des zones de désertification.*

*2D : c'est à dire qu'il y a des indicateurs de...*

*2D : donc si euh il y a des indicateurs de souffrance sur le territoire sur lequel exerce le médecin et qu'on s'aperçoit que ses indicateurs s'améliorent alors bien sûr qu'il n'y a pas que la médecine, il y a d'autres choses...*

*3E : Alors j'pense qu'il y a un premier besoin, c'est un besoin on va dire géographique, c'est à dire euh ben voilà tu peux pas non plus laisser de trop grandes zones sans médecin.*

*3G : des critères de santé publique, c'est à dire euh la morbi-mortalité, s'il y a eu des morts à l'accouchement.*

- Ils proposent :

- la réalisation d'enquêtes épidémiologiques et statistiques.

*2D : de faire un peu d'épidémiologie mais ça c'est voilà ça c'est les chercheurs de la faculté qui vont faire ça sur voilà, sur ....sur le matériel sur lequel les futurs médecins vont devoir travailler.*

*3F : les statistiques par rapport euh...*

*2D : c'est les enquêtes de santé publique.*

*2D : c'est les enquêtes épidémiologiques.*

*2E : moi je pense que ce serait plutôt de faire des enquêtes épidémiologiques.*

- et de faire des réunions collégiales.

*1B : Moi j'te dis il faut tous se mettre autour d'une table à un moment, discuter et puis... voilà.*

*3G : Mais est ce que tu as des débats citoyens avec les gens... dire y a des besoins de la population qui sont ceux là avec des interlocuteurs qui sont des interlocuteurs peut être politique ou qui travaillent dans les ARS. Ca n'existe pas, j'veux dire tu pars pas du besoin des gens localement pour définir des missions attribuées à un corps sanitaire. Ca n'existe pas, j'veux dire voilà ça vient d'en haut, ça va vers le bas...*

### 3.2.2-3. Identifier par qui ?

Les MSU ont cité comme acteur dans l'identification des besoins en santé de la population :

- Les décideurs politiques au niveau national mais aussi régional et communal.

*3E : sinon les besoins sont déterminés au niveau national...*

*3B : oui national...*

*2D : les législateurs déjà (...) le législateur peut être un bon partenaire s'il fait remonter les problèmes sociétales de la population qu'on doit être amené à traiter.*

*1D : parce que il y a le ministère de l'université mais il y a aussi le ministère de la santé.*

*3C : Pour nous non mais pour les politiques si. Un qui serait bien placé sûrement pour connaître les besoins c'est le maire, c'est au niveau de la commune que tu peux euh définir... ou communauté de commune...*

*3D : Non c'est pas vrai, pas vraiment parce que si tu demandes à tous les maires. Tous les maires voudraient avoir leur médecin dans son village, dans sa commune...*

- l'ARS.

*3D : C'est l'ARS non ?*

*3E : Oui mais l'ARS, c'est la délégation régionale des besoins.*

- le Conseil de l'ordre.

*1D : on avait eu récemment de notre conseil de l'ordre, un rapport sur la démographie médicale dans les Deux Sèvres.*

*1B : J'sais que nous dans la Vienne on le fait avec le conseil de l'ordre où on rencontre les élus...*

- le Conseil général.

*1B : le président du conseil général.*

- les médecins généralistes, les maitres de stage.

1F : ben peut-être nous...

1C: oui les médecins

1F : les médecins généralistes déjà, puisqu'on est quand même au centre euh... donc ben moi... fin peut être par d'autres déviations, comme je m'occupe de la conférence de territoire. Effectivement il y a les ...ben tous les professionnels de santé, alors les médecins (...)

1B : mais on doit être parti prenante euh dans l'affaire (...)

3D : Ben les médecins.

3G : Puis bien sûr les... le corps médical.

3E : Si on devait mettre une hiérarchie dans qui doit décider ça euh...j'pense que les médecins c'est pas les premiers...

3F : Le maitre de stage c'est à la fois... je pense que le maitre de stage, qu'on soit dans la médecine générale, il est celui qui va définir euh les besoins de la population sur son territoire, c'est un des acteurs (...).

- les étudiants.

3B : et les étudiants pourquoi pas.

3G : parce qu'il y a les asso des étudiants.

- les paramédicaux.

1B : mais on doit être parti prenante euh dans l'affaire, comme les infirmiers, comme les kinés, comme d'autre boulot.

- les usagers et association des patients.

1B : et les usagers qui sont finalement sont quand même au coeur du problème, connaissent bien leurs besoins sur les territoires et...

3G : Les représentants de la population d'abord, les usagers souvent ils ne le sont pas assez.(...) souvent c'est vrai que c'est plutôt les politiques ou les administrations qui sont représentées, alors que les usagers à mon avis ne sont pas assez représentés. Fin c'est mon avis personnel unh.

- les épidémiologistes, les chercheurs.

2D : de faire un peu d'épidémiologie mais ça c'est voilà ça c'est les chercheurs de la faculté qui vont faire ça sur voilà, sur ....sur le matériel sur lequel les futurs médecins vont devoir travailler.

- les Institutions de recherche.

*2D : c'est quand même aussi les grandes institutions, il y a l'État a mis en place des institutions, alors je vais parler celle que je connais de mieux en mieux maintenant, c'est l'InCa<sup>3</sup>. Euh bah ces institutions qui servent...*

*2D : l'InCa l'institut national du cancer puisque comme c'est la première cause de décès.*

*2D : l'institutionnel peuvent nous donner des éléments...intéressant*

### **En résumé :**

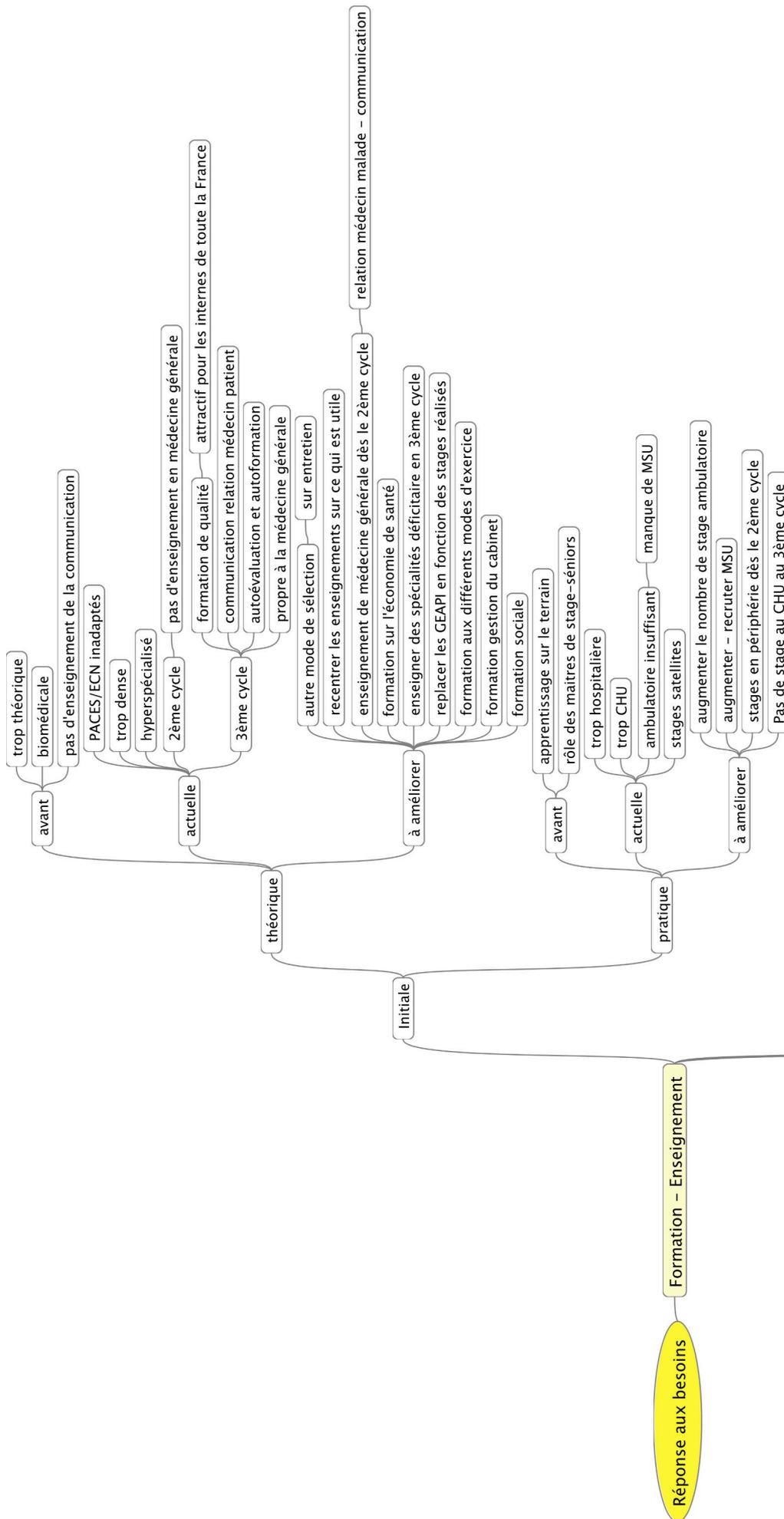
- **Les besoins en santé de la population comprennent les besoins médicaux et les besoins sociaux. Cependant il y aurait un besoin ressenti plus qu'un besoin réel de la société. Ces besoins en santé nationaux sont biens différents des besoins territoriaux, qui est à prendre en compte.**
- **On les identifie grâce aux données démographiques, aux indicateurs de santé publique mais d'autres mesures sont nécessaires, comme des enquêtes épidémiologiques et des réunions collégiales.**
- **Les acteurs dans l'identification des besoins sont à l'échelle nationale (État), régionale (ARS, conseil général, conseil de l'ordre, commune), individuelle (médecins, paramédicaux, usagers, étudiants)**

## **3.2.3- Réponse aux besoins en santé**

### **3.2.3-1. La formation**

---

<sup>3</sup> InCA : Institut National du Cancer.



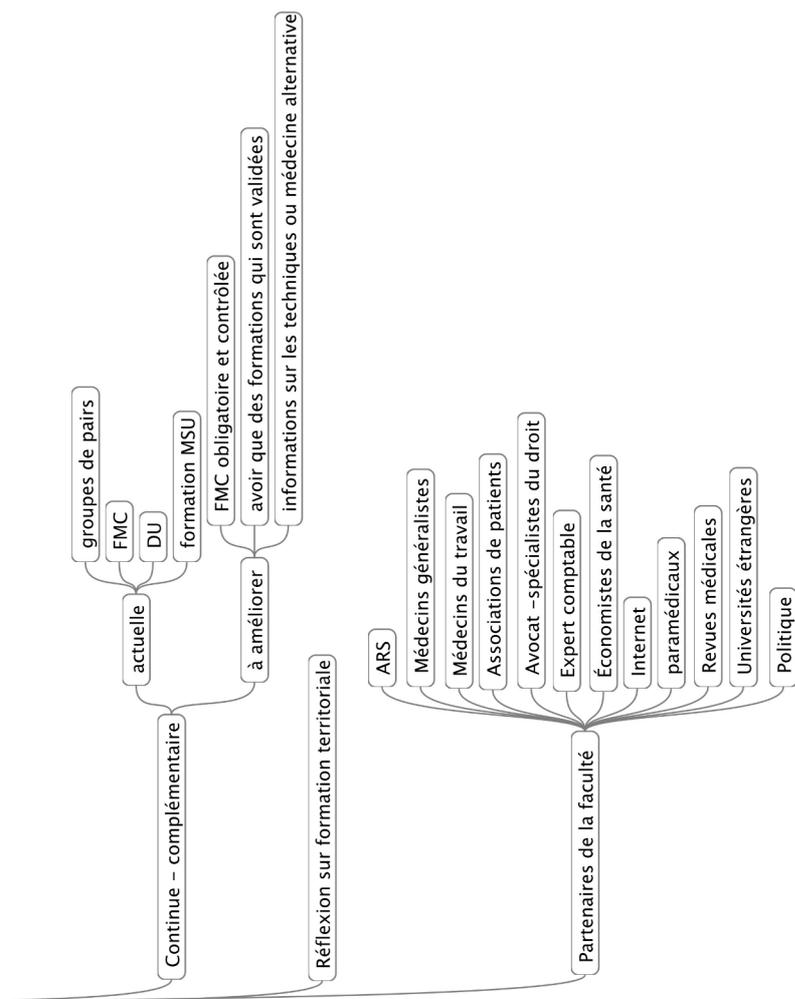


Figure 7 : Carte conceptuelle de la branche " Formation " de la réponse aux besoins de santé de la population.

## La formation initiale théorique

- Les MSU soulignent une évolution de l'enseignement théorique délivré par la faculté. En effet ils décrivent une médecine "d'avant" trop théorique et biomédicale, non axée sur la communication et sur le patient.

*2E : autrefois on apprenait beaucoup de théorie, on avait un savoir.*

*2B : enfin la fac nous a enseigné essentiellement le biomédical.*

*2E : c'est qu'on considère plus le patient. Ça on avait pas beaucoup appris à notre époque...*

*2B : la fac euh nous a pas appris grand chose finalement.*

*2A : ça c'est quelque chose que nous on n'a pas appris quand on faisait nos études donc le fait que ça se fasse actuellement...*

- Concernant la formation actuelle, ils pointent du doigt le mode de sélection des futurs médecins, qui pour eux n'est pas adapté. Que ça soit le concours de la Première Année Commune aux Études de Santé (PACES) ou l'ECN.

*3F : L'examen de première année euh, le concours de la première année n'est pas forcément la meilleure solution pour sélectionner les médecins.*

*3E : Y en a qui sont reçus en deuxième année qui sont toujours... par le mode de sélection qui ne seront pas de bons médecins et des gens (...) qui seraient des bons médecins et qui sont boulés parce que le concours est trop, on va dire euh trop scientifique quoi. J'pense que les études de médecine ça ne devrait pas être réservées qu'aux scientifiques quoi.*

*1D : ils sont sanctionnés par les ECN.*

*1D : l'ECN ...que je regrette comme examen.*

- Ils soulignent aussi une formation initiale actuelle, hyperspécialisée et trop dense.

*2D : ... bon alors pour moi il y a plusieurs métiers, c'est à dire qu'il n'y a pas que le métier, dans le métier de médecin, voilà je fais pas le même métier moi que le chirurgien que le biologiste que... c'est clair et donc au final, qu'il y est un tronc commun, ça c'est logique mais après, c'est euh, c'est bien qu'on forme des gens en fonction de la demande de la population locale.*

*2D : ...parce que de former des gens sur des pathologies qui n'existent pas chez nous et qui existent à l'autre bout du monde, tout ça parce que ça fait parti d'un traité de médecine quelconque, j'en vois pas beaucoup l'intérêt mais bon...*

*1E : J'ai... en fait moi j'pense que c'était trop dense... J'ai du mal à voir en fait, où est ce qu'y aurait eu de la place.*

*1E : Parce que y'avait déjà euh trop de choses euh... trop de choses à en... à apprendre en fait.*

- Selon eux, il manque un enseignement propre à la médecine générale dès le deuxième cycle. Cela serait utile, pour y enseigner la communication et relation médecin-malade, qui pourraient profiter aux futurs spécialistes.

*1D : ... il n'y a pas d'enseignement de médecine générale, c'est incroyable... en deuxième cycle ! (...) et après il y a la moitié des médecins qui sont médecins généralistes... Donc il faut qu'on puisse déjà répondre à ça, à cette demande.*

*1E : Fin on l'apprend pas du tout dans les études ...et peut être qu'il faudra le proposer dès l'externat par contre, de travailler sur... parce qu'ils en ont grandement besoin les spécialistes eux aussi.*

*1B : On fait beaucoup de choses dans le troisième cycle, qu'aurait pu être fait avant certainement.*

*1A : Alors là j'voudrais dire c'est....On a déjà évoqué les trois savoirs: le savoir intellectuel, le savoir faire qui sont très bien enseignés, et à la fac et à l'hôpital; et le savoir être, c'est c'que nous on enseigne aux médecine générale. Mais si déjà dans la tête du médecin, on lui disait qu'il y avait ces trois savoirs et que c'était trois compétences trois...euh...trois champs de compétence à acquérir. Il serait moins surpris quand nous on débarque avec notre savoir être, qu'était hors de leur... leur conscience quoi. Savoir être c'était presque naturel, alors que ça l'ai pas du tout, un...Et...c'est p't'être qu'il faudrait que dès le départ on enseigne ces trois enseign ... ces trois champs de compétence.*

- Cependant ils insistent sur la qualité de l'enseignement actuelle du troisième cycle qui est propre à la médecine générale, avec l'importance de l'enseignement de la communication. Ce qui explique le nombre d'étudiants provenant d'autres régions.

*1B : Et aujourd'hui bon on voit bien effectivement pour le troisième cycle de médecine générale, ben la formation effectivement apporte beaucoup par rapport a ce que nous on a connu à notre époque, ils seront certainement mieux préparés. (...) C'qu'on voit c'est ce qu'on fait en troisième cycle c'est quand même intéressant pour tout le monde.*

*3E : Donc après on voit bien maintenant qu'on est...qu'on met des cycles, un troisième cycle suffisamment long pour euh apprendre la spécialité, j'pense qu'on a amélioré quand même beaucoup les choses. (...) la faculté fait des efforts pour organiser un troisième cycle de qualité pour les futurs médecins généralistes...*

*1D : Alors j'peux apporter un début de réponse. Eum dans le Poitou-Charentes, Poitiers, les troisièmes cycle, c'est surtout des enseignements...eum... les séminaires aux médecins généralistes concernent des sujets, tu parlais de société mais ... on aborde beaucoup la, la communication...*

*1E : Mais par contre, moi j'pense que faudrait pas que se soit au détriment de c'qu' est fait au niveau de l'apprentissage de la communication (...) Et j'trouve que ils, les internes qu'arrivent maintenant...ils... ils sont ....au niveau communication, ils se débrouillent super bien, ils ont un recul sur leur communication avec le patient....euh... et qui ... moi personnellement c'est c'qui m'avait fait défaut en...au début des remplacements. Parce que j'ai trouvé ça...c'est c'que j'avais trouvé difficile en fait...euh et donc c'est quand même une façon de répondre...fin j'pense une bonne façon de répondre aux besoins de la population parce que ça par contre...*

*2E : Et ce que je trouve maintenant depuis que je suis maître de stage, c'est que les étudiants ont eu une énorme chance que nous on n'a pas eu c'est d'avoir un enseignement propre à la médecine générale euh...c'est à dire quelque chose qui leur apprenne euh par exemple comment savoir dire non, comment appréhender un patient séduisant comment euh apprendre à dire une mauvaise nouvelle, etc. Donc des sujets qui m'ont beaucoup interpellé et je trouve que tout ce que la faculté a développé notamment grâce à vous qui vous êtes intéressés à ça qui ont pu mettre en théorie toutes les actions qu'on avait dans notre profession.*

*2E : je les trouve plus près des patients moi je trouve que ils pigent relativement vite la communication avec euh médecin patient.*

*3C : Tu peux dire aussi, celui qui veut être généraliste va venir se former là, parce qu'il aura une bonne formation euh...*

*3B : C'est ça, victime de son succès !*

- De nombreuses améliorations sont à faire selon eux dans la formation théorique actuelle :

- Revoir les modalités de sélection des étudiants en médecine. Et pour cela, ils proposent des entretiens comme dans certains pays.

*3B : Et p'têtre revoir l'ECN.*

*3D : Y a des pays où pour sélectionner les étudiants en médecine ils ne font pas que des examens euh théoriques, il y a aussi des entretiens pour voir un peu les motivations, pour voir la personnalité, est ce que ça peut se faire ?*

- Recentrer les enseignements.

*1B : Donc là c'est peut être le rôle de la fac aussi de recentrer certains enseignements avant, p'têtre quitte à en supprimer d'autres qui ne sont pas d'une utilité extrême...*

*1B : revoir les programmes justement d'enseignement pour, ben là encore les alléger sur des choses d'immunothérapie de pointe, dont nous ça nous concernera p'têtre pas ... pour que ben... caser de l'éthique par exemple ... euh...*

*2D : ... effectivement de faire le tri dans beaucoup de choses.*

*2D : oui, l'amélioration c'est vraiment de tenir compte de l'évolution euh de prendre l'évolution des souffrances, de la nécessité, des besoins de soins pour recentrer son enseignement sur les besoins de santé. Je prends un exemple vite fait, l'intégration, le fait que maintenant la faculté commence à s'intéresser aux soins primaires dans la prise en charge et la lutte contre le cancer moi je trouve que c'est une bonne chose et que dans dix ans, je pense que notre enseignement va aller, changera aussi pour être de plus en plus efficient...*

- Enseigner la médecine générale dès le deuxième cycle (cf précédemment).

- Former les étudiants sur l'économie de santé.

*3E : Besoin de santé économie de santé. C'est des choses qui doivent rentrer dans la formation des médecins.*

*M3 : Tu veux dire oui que il faut dans la formation des étudiants on parle de ces problèmes là, fin des besoin et de gestion de l'économie.*

*3E : Bien sûr. Donc c'est globalement l'économie de la santé.*

- Enseigner des spécialités déficitaires en troisième cycle.

*1D : Dans d'autres fac ils organisent des enseignements sur euh les spécialités déficitaires euh pour lesquels on a une forte demande nous dans nos formations : la dermato, la psychiatrie, l'orthopédie et j'en passe... où vraiment il y a une demande des internes. Donc voilà ça, c'est une partie j'crois que... il faudrait réintégrer une formation dans le troisième cycle.*

- Mieux intégrer les Groupes d'Échange et d'Analyse de Pratiques entre Internes (GEAPI) dans la formation, en fonction des stages ambulatoires réalisés.

*1B : Alors moi j'vais en revenir par rapport au GEAPI et au nombre de stage justement qu'il faudrait faire en ambulatoire. Parce que souvent le GEAPI arrive trop tôt avec des étudiants qu'on... ben pas encore fait de ... de d'ambulatoire. Mais moi j'fais par exemple le GEAPI sur les urgences, si tu parles de la prise en charge d'un OAP<sup>4</sup>, ben ils vont te donner c'qui connaissent super bien, c'est c'qui font aux urgences etc. Sauf que toi t'es au fond de ta campagne dans une ferme et t'as pas du tout le même matériel. Et du coup pour adhérer au GEAPI c'est...Alors qu'y'aurait déjà eu limite un stage d'ambulatoire sans GEAPI sans rien, mais où ils verraient déjà un peu c'que c'est...j'pense que pour participer après c'est plus facile. Fin et puis après on est dans le concret.*

- Former sur les différents modes d'exercices, la gestion du cabinet.

*1B : faire une formation aux différents modes et types d'exercice : les pôles de santé, les maisons de santé, l'exercice tout seul, l'exercice regroupé (...) Faire là encore venir des intervenants de chaque... des médecins qui exercent notamment avec différents modes d'exercice, pour qu'ils puissent présenter aux étudiants... Donc ça aussi c'est un rôle de la fac.*

*1B : Et la formation ça peut aussi... être former à gérer ce genre de chose, l'organisation du cabinet, comment on finance, comment...voilà... quel... Donc ça on peut aussi nous former à... Alors ça on le fait p'têtre dans le séminaire 6.*

- Donner une formation sociale.

*1B : Non c'est que je ...en relisant le truc...la responsabilité sociale de la formation, ça revient à c'qu'on disait, mais donc y a sociale et j'pense pas ...et dans la formation initiale qu'on a de base, j'pense pas qu'on nous forme vraiment au social : tout les formulaires qu'on peut avoir à remplir, les aides qu'on peut donner aux gens...où ça c'est pas du médicale pur mais...et ça on est pas form... certainement pas former au social, ça manque certainement... alors sauf peut être dans le troisième cycle...*

*1B : Ok, voilà. Mais en même temps une formation sociale vu notre pratique ça peut être intéressant...*

<sup>4</sup> OAP : Oedème Aigu Pulmonaire.

## La formation initiale pratique

- Ils ont abordé qu'avant, la formation se faisait sur le terrain, avec un rôle important des seniors.

*1F : Parce que nous effectivement on allait direct sur le tas puis on voyait ce qui se passe.*

*2E : Au départ j'ai remplacé à la campagne euh de vieux médecins et c'est grâce à eux que je suis devenu un bon médecin.*

*2E : parce que en fait j'avais pas du tout appris ça à la faculté et si je pense que c'est grâce à mes maîtres ceux que j'ai rencontré sur le terrain qui m'ont permis de faire ça.*

*2B : nous on l'a appris on l'a appris sur le terrain.*

- Ils insistent sur le fait que la formation pratique actuelle est trop hospitalière, et pas assez ambulatoire. Pour eux les stages ambulatoires sont essentiels pour former un médecin répondant aux besoins en santé.

*3B : Ben la formation pratique euh, à part le stage euh, reste très hospitalière. Nous p'têtre un peu moins, mais il y a des CHU<sup>5</sup> où la formation n'est qu'hospitalière, donc c'est restrictif quand même pour euh les jeunes...*

*1D : ils font que des stages de spécialités.*

*1D : Donc depuis qu'on a les stages d'externe, en 2009, je crois ... on a fait naître des vocations. Et moi j'ai vu des gens excessivement brillant en tant qu'externe, des gens mais incroyables, qui m'ont dit "mais c'est ça que j'veux faire". Donc on leur montre certaines choses, parce qu'on a une diversité.*

*1F : Oui oui euh ça s'améliore mais, mais j pense que...fin le fait d'avoir des stagiaires ça fait parti de l'amélioration quand même ça...*

- Pour eux un des principaux freins au manque de stage ambulatoire est le déficit en terrain de stage et en MSU.

*1A : Là ça pose le problème du nombre de maître de stage disponible.*

*1D : Ensuite sur le ... la question que tu poses, il y a une partie qualitative, une partie quantitative. La partie quantitative on l'a évoqué tout à l'heure, c'était sur le nombre et puis sur les stages. Donc on en a parlé ce matin par rapport au COGEMS avec les lieux de stage.*

*1B : quand on fait le rapport d'euh... d'enseignants par étudiant, j'veux dire... en médecine générale, c'est ... c'est ridicule par rapport aux autres spécialités, donc... euh ...Alors la fac élue tout le monde... c'est certainement là aussi où il faut se battre, pour faire progresser les choses.*

---

<sup>5</sup> CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

- Ils ont parlé aussi de l'importance de former les étudiants auprès des paramédicaux, par les stages satellites.

*3D : ils vont faire un petit tour chez la kiné, chez l'infirmière ASALEE<sup>6</sup>, chez les dermato (...) C'est ce que l'on appelle les stages satellites alors non ?*

*3E : en parlant des stages satellites au sens large.*

*3A : Mieux on connaît effectivement toutes les spécialités paramédicales qu'on aura ensuite nous à utiliser, à prescrire, dans lesquelles on doit orienter les patients et plus on les utilisera à bon escient, de façon pertinente quoi. Voilà parce que c'est vrai qu'on sait pas forcément tout ce que fait, fin quelles sont les missions d'un podologue, quelles sont les missions d'un orthoptiste... voilà je pense que si on sait pas on n'utilise pas ou on utilise mal.*

*2C : Qu'est ce que c'est un soin à domicile, les infirmières comment on travaille et tout.*

- Ils proposent comme amélioration concernant la formation pratique actuelle :

- De réorganiser les stages dès l'externat.

*3B : C'est en ça où je pense qu'il faut une organisation différente, parce que les gamins qui sont en stage et qui ont la fac en même temps, effectivement que le CHU c'est beaucoup plus commode puisque les cours sont en même temps. Donc peut être faire comme pour les sages femmes ou autre chose, des cycles de cours et des cycles de stage qui font que à partir de ce moment là ils vont pouvoir aller ailleurs, puisqu'ils ne seront pas retenus par les cours à la fac, même si ils sont peu présents à la fac.*

- De faire plus de stages en ambulatoire, dès le deuxième cycle et au troisième cycle.

*1B : il y a plus de stage en dehors de la médecine générale. Donc j pense que le premier truc à faire c'est de développer, qu'il y est beaucoup plus de stage en médecine générale pour les futurs généralistes.*

*1E : Et ben deux stages en ambulatoire en tant qu'externe sur le nombre de stage qu'il y a à faire, ça me paraîtrait pas... Même s'ils se destineraient pas à la médecine générale... j pense que c'est pas excessif. On a tous fait des stages en chirurgie alors que... plusieurs stages en chirurgie... alors qu'on se destinait pas du tout à la chirurgie.*

*1B : Pour les externes notamment on voit certains stages d'externe, toute façon ils vont rien apprendre parce qu'ils sont à la documentation ...*

*3B : Ben p'têtre une ouverture plus sur le libéral, même si il a ses limites.*

*3G : Plus chez les médecins généralistes aussi (...) un seul stage, c'est pas beaucoup six mois chez un généraliste. Il y a le SASPAS<sup>7</sup> bien sûr...*

*3D : Si le but d'avoir plus de médecins généralistes moi j pense que les stages d'externes ne sont pas suffisamment long.*

<sup>6</sup> ASALEE : Action de Santé Libérale En Équipe.

<sup>7</sup> SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée.

- De former plus de MSU, et renforcer la sélection et le suivi des MSU.

*1B : quand on fait le rapport d'euh... d'enseignants par étudiant, j'veux dire... en médecine générale, c'est ... c'est ridicule par rapport aux autres spécialités, donc... euh ...Alors la fac élue tout le monde... c'est certainement là aussi où il faut se battre, pour faire progresser les choses.*

*1A : Là ça pose le problème du nombre de maitres de stage disponible...*

*3E : Là ça pourrait être un moyen euh, la sélection des maitres de stage et la formation des maitres de stage par rapport à ça.*

*3A : La formation et la sélection.*

*3F : Et la sélection, de façon à ce que...*

*3B : Et le suivi...*

*3F : qu'on soit sûr que se soit des... des médecins maitres de stage qui soient formés et qui soient aux dernières recommandations euh avec euh... avec tout ce que ça encours, justement la discussion que l'on a aujourd'hui, des choses où on s'implique...*

- Proposer plus de stages dans les hôpitaux périphériques et moins au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) dès le deuxième cycle.

*3B : Et p'têtre sur des hôpitaux moins CHU, avec p'têtre une autre vision de ce que peut être la médecine en dehors du CHU.*

*3A : Moins hyperspécialisée effectivement, qui correspond plus à ce qu'on voit ensuite en ambulatoire.*

- Selon eux, l'interne de médecine générale ne devrait plus passer par le CHU.

*3E : ...dans le troisième cycle je pense que les internes ne devraient plus retourner au CHU (...) après on peut dire ben voilà si vous voulez faire médecine générale ben maintenant stop le CHU. Maintenant vous allez vous former chez le médecin généraliste et dans les hôpitaux de deuxième catégorie. Mais exclusivement.*

*3D : Oui tout à fait, ils ont du mal d'ailleurs.*

*3B : Surtout qu'ils aiment pas ça.*

### La formation complémentaire

Les MSU présentent cette formation complémentaire comme faisant partie intégrante de la réponse aux besoins en santé de la population.

Ils ont cités :

- les groupes de pairs, les Formations Médicales Continues (FMC).

3D : Par contre moi je parlerais des groupes de pairs...

3D : Et les groupes de pairs c'est aussi une façon d'améliorer sa pratique et de modifier sa pratique.

3D : Je crois que c'est celle...c'est ça...plus conviviale peut être.

2E : de la formation entre nous.

2E : donc j'ai eu cette chance qu'on a fait des groupes de pairs.

2E : parce que quand je me suis installée j'ai eu la chance de, je faisais deux formations continue tous les mois ... donc toute ma carrière depuis 88 j'ai toujours fait une formation avec des intervenants de la fac (...) c'était une formation, une FMC.

2E : donc moi je trouve que la fac quand même il y a une chose qui a évolué c'est la formation continue qui nous permet de euh voilà.

2F : l'amélioration c'est le travail en groupe surtout, trouver en formation médicale continue, diner ensemble, partager nos impressions, nos déboires et nos inquiétudes, se retrouver.

2D : ...moi aussi j'aime bien insister aussi sur l'enseignement de la thérapeutique parce que ça a toujours souvent pêché parce que voilà mais heureusement qu'il y a les FMC qui rattrapent ça derrière.

3A : Ben si la formation continue.

3E : mais une fois que tu es installée il y a bien sûr la formation médicale continue.

- Les Diplômes Universitaires (DU).

1F : moi franchement j'ai fait y'a pas longtemps le DU de pédagogie, j'me suis dit "oh j'sais pas trop, machin"... Et ben en fait c'est super intéressant, et même si faut se faire un p'tit mémoire... rires...c'est vraiment super intéressant.

2E : après ils ont créé le DU de gynéco donc je me suis dit je vais le faire pour justement voir si j'étais dans les clous bon me remettre un peu, puisque la PMA<sup>8</sup> tout ça je ne connaissais pas, ça n'existait pas quand je me suis installée (...) Bon par les livres c'est, on n'apprend pas toujours très bien ça donc du coup j'avais fait le DU, donc la faculté quand même m'a permise depuis que je suis installée...

2E : j'avais fait mon CES<sup>9</sup> de médecine du sport, j'avais fait le CES d'oxyologie à l'époque il y avait euh une formation parce que j'étais passé comme interne au SAMU<sup>10</sup>, donc ça m'a permis ça la fac quand même de faire ça et de faire mon DU de gynéco donc moi je trouve que la fac quand même.

- les formations pour être MSU.

2E : et puis même ne serait ce que la formation en tant que mettre de stage parce que ça c'est quand même des formations en plus.

<sup>8</sup> PMA : Procréation Médicalement Assistée.

<sup>9</sup> CES : Certificat d'Étude Supérieure.

<sup>10</sup> SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente.

Ils ont présenté plusieurs points à améliorer :

- Réformer la réglementation des FMC.

*3E : la formation médicale continue, euh obligatoire mais vraiment obligatoire.*

*3D : faite correctement.*

*3E : pénalisante si elle est pas faite.*

*3E : Et évaluée. C'est à dire c'est un moyen d'évaluation des médecins généralistes. C'est à dire on leur impose un certain nombre de journées de formation et on les évalue par rapport à la formation qu'ils ont eu.*

*3G : C'est peut être un système à mettre en place, où les gens s'inscrivent à des formations par un organisme reconnu, peut être publique et voir un peu les formations que les gens on fait, qui soit, que ce soit des formations qualifiantes et qui soient aussi validantes.*

- Faire des formations validées et répondant à l'Evidence Based Medicine (EBM).

*2A : la fac de médecine peut proposer des formations dont on demande si elles sont validées ou pas, c'est à dire qu'on voit des petits DU, des spécialités, la question d'ailleurs a circulé sur la liste des diffusions, on ne sait pas si c'est vraiment validé ou pas, donc le rôle de la faculté, c'est peut être de dispenser un enseignement validé, je pense. C'est important.*

*2D : à mon avis faire parti de l'EBM, c'est à dire avoir comme degré de validité si ce n'est incontestable parce que ça s'est pas possible mais suffisant pour qu'ils soient enseigné et effectivement de faire le tri dans beaucoup de choses.*

*2C : ce qui est validé ce qui est connu...étudié.*

- Ils demandent à être formés ou du moins informés sur les techniques alternatives existantes.

*2C : Et là depuis, je dirai deux trois ans, je trouve qu'on est de plus en plus confronté à une prise en charge de la santé par des techniques alternatives dans tous les sens, qui peuvent être utiles ou à mon avis des fois carrément dangereuses. Donc je trouve que la faculté s'est peut être pas forcément positionnée à ce niveau là. Parce que je pense que les étudiants qui arrivent dans nos cabinets, ils ont des fois des sacrées interrogations sur beaucoup de pratiques alternatives qu'ils savent pas intégrer encore dans leur pratique médicale ...*

*2C : pour moi pratique alternative, tu as l'ostéopathie, sachant que tu as des gens qui ont une formation, d'autres non. Et moi je suis beaucoup confrontée, alors là étioopathie, réflexologie dentaire, réflexologie crânienne, médecine chinoise...*

*2F : musicothérapie.*

*2C : voilà, acupuncture fait par des gens qui sont pas médecin et pas rien du tout, par des réflexologues, par des étiothérapeutes, des noms que j'imagine même pas, chez des patients qui ont des maladies graves, des maladies neurologiques, des dégénérescences sévères, enfin partout un tas de trucs tordus où je vois que moi en fait, on vient me demander mon avis mais que mes prescriptions sont remises en cause par des gens qui n'ont strictement aucune qualification médicale.*

*2E : et puis peut être faire ce qu'elle, tu sais c'est peut être réfléchir sur les différentes thérapies où vont les gens par exemple la population, ils nous parlent de chiropracteur, tu sais de toutes ces médecines...*

2C : encore faut il comprendre ce que c'est...

2C : A défaut de se prononcer au moins informer.

1A : alors maintenant y a de plus en plus de de gens qui se forment, qui sont pas du tout soignant ...euh des hypno thérapeutes en un an ou même pas, en trois sessions ils vont recevoir des gens...

### Une formation territoriale plutôt que nationale ?

De manière générale sur la formation, ils se sont interrogés sur la faisabilité et l'intérêt d'une formation territoriale plutôt que nationale afin de répondre aux besoins de la population locale.

3E : Une question c'est est ce que la faculté doit assurer la formation des médecins qui devraient travailler sur le secteur de de... du lieu géographique de la faculté. C'est-à-dire est ce que, est ce qu'il y a une spécificité des populations euh en lien avec la, avec le secteur de la faculté ou est ce que la faculté de Poitiers, par exemple, doit former les médecins de toute la France, ou que pour la spécificité des médecins qui doivent exercer en Poitou-Charentes ?

3D : donc euh on formait des médecins en Poitou-Charentes qui partaient dans la région Aquitaine ou autre. Je dis que c'est un peu dommage de former des médecins et de pas pouvoir les garder chez soi. Alors est ce qu'on doit obliger les médecins, les étudiants que l'on forme à rester dans la région où ils vont faire leur formation ou pas. Est ce que c'est possible, est ce que c'est souhaitable ? En même temps si on forme des médecins pour les autres régions c'est dommage, fin moi j'trouve.

3D : Alors ça veut dire en contrepartie, ça obligerait les étudiants à ne pas pouvoir choisir là où ils veulent s'installer. C'est quelque chose qu'on aurait pas aimé qu'on nous impose, alors est ce qu'on doit leur imposer ça.

3C : C'est ça. Ou alors de te former dans la région où tu veux t'installer, en supposant que tu le saches quand tu démarres tes études.

3D : Voilà et puis après quand y a des conjoints qui interviennent ou autre, ça peut changer la donne. Fin c'est un peu compliqué quand même...

3E : Donc euh moi de mon point de vue, à partir du moment où la faculté fait des efforts (...) je trouve que c'est un peu dommage que la faculté qui a formé ces médecins généralistes, les forment pas pour qu'ils restent sur le territoire... voilà.

Concernant les partenaires de la faculté pour améliorer la formation afin de mieux répondre aux besoins de santé, ils les résument à:

- L' ARS.

2A : oui ça pose des questions de relation par exemple entre l'ARS et la faculté (...) voilà, est ce que une ARS euh régionale, dit on a tel problème et vous devriez orienter votre formation de cette façon là ou pas ?

2B : je crois pas qu'il y ait de pilote dans les ARS qui font ça.

*2D : ils ont pas assez de moyen mais ils ont quand même une fonction de santé publique.*

- Les médecins généralistes, MSU.

*1B : Tu peux aussi aller chercher certainement des ressources, pour nous la médecine générale, en dehors des MSU. J'veux dire on a tout un tas de collègues qu'on des compétences dans pleins de domaine, dans pleins de chose, pour essayer de faire un recensement et puis les solliciter ponctuellement pour des aides un...*

*1F : Euh les médecins généralistes...*

- Les médecins du travail.

*2E : oui le médecin du travail, euh l'entreprise pour la souffrance au travail et faire remonter voir leur arrêt de travail, voir ce que ça importe.*

- Les associations de patients.

*2C : peut être éventuellement, enfin moi j'y ai été très peu confronté mais des fois des associations par exemple dans le cadre du cancer du sein j'avais fais une formation. (...) voilà, je pense intéressant de les connaître.*

*2D : juste une petite réflexion sur les associations de patient, je suis d'accord en tout cas dans ma pratique de tous les jours à condition que justement il y a des institutions nationales qui permettent de filtrer ça parce que les associations de patients des fois il y a des biais qui sont un peu délicat et souvent...*

- Les Avocats, ou partenaires spécialistes du droit.

*1C : S'entourer aussi de gens qui sont spécialistes dans le droit.*

*1B : Donc des avocats...*

*1C : ... des avocats des choses comme ça ... oui...parce qu'euh on est confronté à des problèmes juridiques parfois et... des questions par rapport à des certificats. On sait pas toujours trop...*

- Les experts comptables.

*1B : déjà par exemple sur le versant financier, il pourrait y avoir des cours avec des comptables, des experts comptables...*

- Les économistes de la santé.

*3E : je pense que à ce moment là si vraiment y a un partenaire qui pourrait avoir de l'importance ce sont, c'est de travailler avec les économistes de la santé.*

*3E : Oui mais est ce que les économistes de la santé pourraient pas rentrer dans les formations pour le premier et deuxième cycle ?*

*3F : Dans la formation oui pour sensibiliser...*

- Internet.

2A : les sites internet

2E : internet

2B : internet oui mais internet c'est en dehors de Prescrire® ...

- Les paramédicaux (par les stages satellites).

- Les revues médicales.

2A : euh les revues médicales.

2B : la revue prescrire aussi nous a accompagné depuis longtemps si on fait le bilan de ça, ça nous a évité beaucoup de conneries parce que le Mediator®, on n'en a pas prescrit...

3E : une bonne mesure c'est abonner à Prescrire® tous les médecins et de leur faire faire le test de lecture.

- Les universités étrangères.

2D : certaines universités d'autres pays peuvent nous apporter des choses.

- Les politiques.

2E : et après ce qui serait intéressant c'est peut être que les politiques...des gens qui prennent des décisions, par exemple pour la médecine pour savoir si on augmente les années de formation ou tout ça et bien je trouve que ça serait intéressant qu'il y ait à la fac des gens qui interviennent pour savoir comment ils analysent la population, comment les ministères peuvent mettre en place.

2D : les législateurs déjà.

### **En résumé:**

- **Concernant la formation initiale théorique**
  - **Les MSU s'accordent pour dire que la formation en troisième cycle est de qualité. Cependant l'enseignement du premier et deuxième cycle est trop dense, hyperspécialisé et axé sur la sphère biomédicale. Un enseignement propre à la médecine générale dès le deuxième cycle est souhaitable.**
  - **De plus le mode de sélection des étudiants est à revoir, car ne serait pas le meilleur moyen pour obtenir des médecins répondant aux besoins en santé de la population.**
  
- **Concernant la formation pratique, une augmentation du nombre de stage en ambulatoire et dans les hôpitaux périphériques dès le deuxième cycle semble indispensable, et pour cela il faudrait augmenter le nombre de terrain de stage et de MSU.**
  
- **Les MSU s'interrogent sur une formation territoriale plutôt que nationale.**
  
- **Au niveau de la formation complémentaire et continue, la rendre obligatoire et pénalisante pourrait être une voie d'amélioration.**
  
- **Les partenaires de la faculté, afin d'améliorer la formation sont : les politiques nationales et régionales, les professionnels de santé, des spécialistes dans les finances et dans le droit, les universités étrangères, et les associations de patients.**

### **3.2.2-2. Les rôles du médecin généraliste**

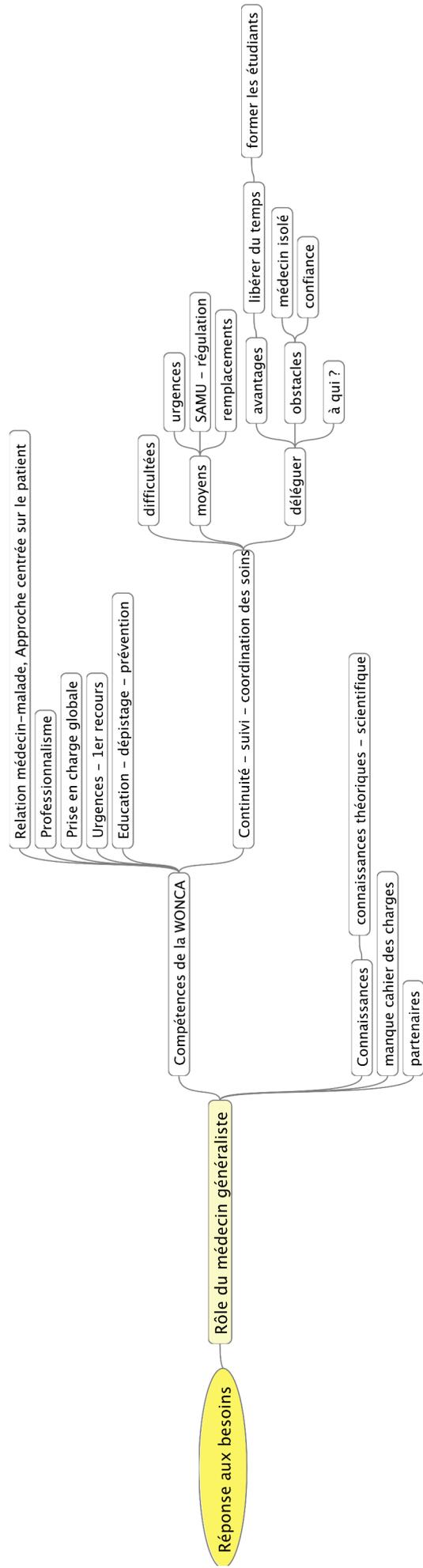


Figure 8 : Carte conceptuelle de la branche " Rôles du médecin généraliste " de la réponse aux besoins de santé de la population.

Les MSU ont résumé les tâches du médecin répondant aux besoins en santé, par les compétences définis par la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) (17) :

- La relation communication, approche centrée sur le patient. Un rôle primordial selon eux.

*2E : c'est qu'on considère plus le patient (...) la deuxième chose c'est de la communication.*

*1E : de la communication.*

*1C : le mode de communication.*

*1E : Comment je vais gérer mes patients au cabinet à la campagne, euh la communication et ...*

*2B : y a aussi toute la dimension d'écoute qu'on n'a pas du tout appris à la fac.*

- Le professionnalisme :

- avec l'autoformation et l'autocritique.

*2A : je pense que l'évolution vers une formation ou on forme un médecin qui soit capable de s'adapter de réfléchir euh est plus importante que... même si elle doit exister que l'information technique, c'est à dire que, ça il faudra qu'il l'acquiert toute sa vie, mais par contre se remettre en cause, travailler avec les autres, être euh, enfin toutes ces qualités qu'on développe un petit peu actuellement sont essentielles.*

*3F : Il faut se poser voilà, mais déjà avoir l'esprit de s'auto évaluer et de s'autocritiquer pour p'têtre voilà, faut déjà avoir... et ça les étudiants nous le permettent. Déjà on l'a d'avance quand on prend des stagiaires, je pense du moins on l'espère. Mais en plus les étudiants nous le rappelle régulièrement, donc euh...*

- apporter les meilleurs soins à ses patients, répondre de façon adaptée dans un délai acceptable.

*2D : pour qu'on puisse apporter si possible les meilleurs soins.*

*1C : La réponse elle peut être différée. C'est à dire, bon c'est pas très urgent je vous voit demain, on fixe un rendez-vous, en attendant faites ci. Après elle est pas forcément entendue par le patient...*

*1F : oui voilà c'est ça...*

*1C : Mais c'est une réponse qui est adéquate.*

*1B : moi je dirais dans un délai acceptable...*

*1C : Acceptable, oui voilà....*

- S'adapter à la population locale dans laquelle il exerce, et s'installer où il y a besoin de médecin.

*3E : Non mais justement j pense que un bon professionnel de santé, en dehors du problème technique, c'est quelqu'un qui justement euh va pouvoir adapter sa spécialité au besoin de la population. Voilà c'est à dire qu'il est cette réflexion là. Est ce que je me donne les moyens d'exercer ma profession, pour euh rendre service à la population.*

*1A : pour les gens, la population rurale, sa demande c'est de pouvoir quand ils sont ...âgés, ils prennent pas forcément la voiture...C'est quand même un plus pour un village, pour éviter la désertification euh...des villages, c'est une demande de la société quand même.*

*2E : l'évolution des pratiques pourquoi certains vont vers certaines pratiques un petit peu à la marge parce que je pense qu'il y a eu une demande, parce que les gens euh, nous on est obligé de s'adapter à la population...*

*2D : oui, l'amélioration c'est vraiment de tenir compte de l'évolution euh de prendre l'évolution des souffrances de la nécessité, des besoins de soins.*

*3D : Ben un médecin devrait être formé pour pouvoir faire face à différentes euh différents publics enfin bon...*

- avoir la responsabilité des coûts de la santé et des soins prescrits.

*2C : oui je voulais dire un truc qu'on n'a pas abordé je sais pas si on peut le dire la responsabilité sociale, responsabilité des couts induits je parle même pas de se faire taper sur les doigts, mais la responsabilité de ce qu'on fait, que tout ce qu'on génère, dépense de l'argent, on économise, enfin que ce qu'on fait a un coup et ça je pense que les étudiants en soient conscient (...) voilà, on est responsable, je veux dire on est médecin mais on est aussi citoyen.*

*3E : Pour la même pathologie, le même risque avec un coût dix fois plus cher.*

*3C : Et pour le même résultat.*

*3E : Qui c'est qui va éduquer les oncologues, par exemple, sur quel est l'intérêt de donner des molécules très cher, pour faire gagner deux ou trois jours de mauvaise survie d'un patient.(...)Y a pas de voilà, t'as pas de cadre, ils ont même plus le cadre éthique quoi fin.*

- La prise en charge globale du patient. Selon eux cette compétence est essentielle et a beaucoup évolué dans la formation des étudiants et du jeune médecin.

*1A : (...) c'est un besoin de prise en charge globale de la personne. Là y a pas d'urgence, mais c'que je regrette, c'est que mon travail, c'est cette partie là que j'aimerais bien développer beaucoup plus, la prise en charge globale de la personne... qu'elle soit responsable de sa santé, qu'elle apprenne avec moi, mais qu'on apprenne ensemble à voir comment elle prend en charge sa maladie sa sa santé son... enfin son environnement...*

*2E : je trouve qu'on a des recommandations mais quelque fois on est loin de ces recommandations, on n'est pas dans la vrai vie, on n'est pas dans la vraie vie parce que la demande des patients... alors savoir dire non c'est vrai j'essaie d'en discuter avec les étudiants pour justement apprendre à savoir dire non, mais quand même on peut pas dire forcément non.*

*2D : je dis ça parce qu'on est médecin auprès de la population qui elle souffre que ça soit pour des problèmes socio euh que ça soit pour des problèmes biologiques ou que ça soit pour des problèmes environnementaux.*

*2A : ce que je trouve qui a changé pour répondre à cette question là c'est qu'effectivement on s'occupe plus vraiment de la maladie mais on s'occupe de l'homme qui porte cette maladie, du malade, et qu'on le prend dans sa globalité ça c'est quelque chose que nous on n'a pas appris quand on faisait nos études donc le fait que ça se fasse actuellement...*

*2E : je disais tout à l'heure l'abord du patient et ce que vous repreniez tous, c'est qu'on considère plus le patient.*

- Avoir un rôle de premier recours, et assurer des soins d'urgences.

*1F : ... ben les urgences du jour ...*

*1A : savoir exactement ce que l'on doit faire en premier recours.*

*2B : c'est nous on s'organise pour prendre en charge la médecine de premier recours que ce soit n'importe, une suture un machin euh, et puis dans le cabinet médical où y a quatre-cinq médecins minimum et ben y en a toujours un qui va avoir le temps de le faire ou qui va dégager le temps.*

*3C : c'est le médecin de premier recours.*

- Être capable d'éduquer ses patients, d'avoir une démarche de prévention, et de sensibilisation à la santé publique.

*1A : Mais ce temps de...où j'ai besoin régulièrement de...d'accompagner mes patients, d'éducation thérapeutique au sein de...de la vie quotidienne du médecin...*

*1A : mais moi je parle aussi de l'éducation à la santé chez les biens portants pour... tu vois c'est ...Parce qu'on n'est pas obligé d'arriver au diabète, au stade du diabète.*

*1F: ben toute cette éducation à la santé tout... voilà... et ben des fois fois j'men garde euh ben des temps qui sont dédiés pour certaines personnes et ca prend du temps effectivement ca peut pas être fait en un quart d'heure, mais bon.*

*3G : mais la mission réelle des médecins, aussi bien dans la prévention.*

- Être disponible, qu'ils définissent par le fait d'apporter une réponse adéquate dans un délai acceptable aux patients. Et il en découle d'assurer une continuité des soins, et une permanence des soins.

*1D : La disponibilité.*

*1E : moi en tant que médecin c'est la dispo...fin la disponibi...fin pour moi c'est que les patients dont j'suis en ...le médecin traitant euh puissent avoir une réponse médicale à un besoin médicale... euh... Que tout soit organiser 24h sur 24 ca veut dire qu'il y a la continuité des soins, la permanence des soins. C'est pas toujours moi la responsable unh, mais c'est qu'ils aient toujours une réponse, mais la réponse c'est peut être pas une consultation, et... ca peut être une consultation mais ça peut être un conseil... pour moi c'est ça...*

*1F : Oui moi je suis tout à fait d'accord avec ça, parce que c'est vraiment une continuité de soin, et pas forcément la personne qui va répondre à un interlocuteur donné...*

*1F : Non s'il y a une régulation, une continuité de soin et que les gens puissent avoir ...voilà une réponse, et pas une réponse immédiate...*

*2E : la continuité des soins.*

*1C : Ça c'est pas simple, c'est pas simple du tout, faut trouver le remplaçant, parce que justement il faut ... que la continuité des soins se fasse, on peut pas...*

Ils soulignent la difficulté pour assurer cette compétence, notamment pour les médecins isolés.

*1F : c'est vrai que c'est un problème ...de partir de son cabinet, de pas avoir... Nous voilà on est ... 50000 là sur place, donc on peut partir, y'en a toujours d'autres qui sont là. Mais voilà après quand on est tout seul je comprend bien que se soit ... un soucis de laisser son cabinet.*

Les moyens qu'ils disent avoir à disposition pour assurer cette continuité des soins sont :

- les urgences :

*1F : "ah oui mais j'veux ça, mais maintenant, sinon j'vais aux urgences"*

*1B : Il y a quelques... on s'éloigne du sujet mais ils avaient fait une enquête sur la Rochelle sur l'utilisation des urgences. Et sur une même nuit, t'avais un volant de la population assez important qui utilisait les urgences de l'hôpital, SOS médecin et la médecin de garde...*

- la régulation du SAMU (le 15) :

*1E : Et la réponse ça peut être d'appeler le 15.*

*1F : Non s'il y a une régulation, une continuité de soin et que les gens puissent avoir ...voilà une réponse, et pas une réponse immédiate...*

- les remplaçants :

*1C : c'est pas simple du tout, faut trouver le remplaçant, parce que justement il faut ... que la continuité des soins se fasse.*

- Travailler avec les autres professionnels de santé. Ils ont beaucoup insisté sur la délégation de tâche.

- déléguer tout en étant le coordonnateur des soins, l'organisateur.

*1B : Et après discuter des... alors des délégations de tâches, qui n'est pas la même chose que le transfert de tâche parce que là on perd une partie de notre métier. Délégation de tâche c'est quelqu'un d'autre qui fera avec nous et sous notre responsabilité, donc c'est (...) donc un peu différent et qui nous soulage dans notre pratique. Et donc c'est travailler la dessus pour justement pas se faire déléster d'une partie de notre... du fond du métier (...) travailler avec d'autre en déléguant, en étant le coordonnateur, l'organisateur des soins.*

1F : Alors peut être que quand on parle de délégation de tâche euh...

1F : Enfin des gens chez qui on va pouvoir déléguer euh ..

- le principal avantage selon eux de la délégation de tâche, est de se libérer du temps pour former les étudiants, entre autre.

1B : Le problème c'est que si tu peux te libérer du temps en déléguant ces tâches là à quelqu'un d'autre, ça peut te laisser du temps toi pour faire ... voilà. Le but est de se libérer du temps, pour former les étudiants ou autres. (...) C'est des choses que j'faisais avant, que j'fais plus aujourd'hui. C'est un gain...oui c'est un gain de temps pour autre chose, et ça c'est de la délégation de tâche par contre, puisqu'on travaille ensemble.

- les difficultés sont pour les médecins isolés, et savoir à qui déléguer en toute confiance.

1C : Après y a peut être pas tout... tout n'est peut être pas adapté dans différentes... dans différents lieux... Nous on a de la chance, mais je sais que dans différents lieux il y a le médecin est isolé, y a pas grand chose... c'est surtout ça.

1B : Nous on le fait parce que... enfin on le fait...mais je pense qu' y a beaucoup de collègues qui ne le font pas, qui n'ont pas les moyens de le faire, qui ne savent pas que ça peut se faire...

1E : ben le problème aussi dans ce que tu dis, c'est que la délégation de tâche on sait pas euh, c'est les paramédicaux enfin les paramédicaux et autres, de confiance a qui on peut déléguer, parce que ...Par exemple le suivi un peu psychologique de nos patients, moi j'ai pas grand monde de confiance à qui à qui...à qui adresser mes patients. Sauf si ils sont riches mes patients, mais c'est pas leur cas en général. Donc euh il y a pleins de délégations de tâche que je ne peux pas faire parce que j'ai pas les paraméd...enfin j'ai pas les gens compétents à qui déléguer et accessible à mes patients.

- à qui les médecins peuvent déléguer ?
  - Ils ont beaucoup parlé des infirmières ASALEE (Action de Santé Libérale En Équipe), mais tout le monde n'y a pas accès. Il y a aussi les autres professions paramédicales.

1C : Moi j'ai...on a une infirmière ASALEE qui est sur le pôle.

1F : ...effectivement nous on a aussi une infirmière ASALEE, que j'rencontre moi régulièrement en réunion etc, et qui quand même fait ...aussi de l'éducation euh... thérapeutique un h avec nos patients, (...) j'pense que c'est important quand même de faire...parce qu'on n'a pas effectivement toujours le temps, mais euh...; l'infirmière ASALEE, elle a quand même du temps d'éducation.

1A : oui alors c'qu'il y a c'est que pour les ... ton infirmière ASALEE, moi j'en ai pas pour le moment... Mais elle est euh...sur quoi ? Sur le diabète, sur l'insuffisance cardiaque ?

1B : c'qu'elle fait déjà, ça libère du temps : réexpliquer des régimes, faire certaine surveillance de diabète, les tests de mémoire...

1A : ouai...alors c'est vrai que c'est pas arrivé dans toutes les campagnes, mais (rires)

1F : Mais effectivement à un moment donné euh ... fin moi j'vois j'travaille complètement différemment qu'il y a quinze ans un h...D'abord parce q'y a l'infirmière ASALEE.

○ Les Internes .

1F : Mais après y a des internes qui du coup vont voir... ben les urgences du jour ... et ça va pas me grignoter du temps sur ça.

○ Les Pharmaciens.

1B : Comme voudrait peut être le faire entre guillemets les pharmaciens sur certaines choses, où il ferait des "streptotests" des trucs, où là c'est pas de la délégation mais c'est qu'on le transfère une partie de notre boulot que l'on ferait peut être plus..

○ Les secrétaires médicales.

1C : Donc on délègue déjà beaucoup...Euh la secrétaire gère des petites choses anodines... On le fait déjà tout ça. Ça se passe plutôt pas trop mal... maintenant...

1C : Et les secrétaires ont un rôle important.

Ils ont parlé aussi du rôle du médecin par ses connaissances, par le côté scientifique.

2B : on est quand même des scientifiques d'un certain point de vue donc les référentiels euh on les valide.

3E : on va dire euh trop scientifique quoi.

3E : Parce qu'on peut être excellent technicien mais pas de bons formateurs.

Selon eux, les choses à améliorer dans les rôles du médecin généraliste sont :

- le manque d'un cahier des charges du médecin généraliste répondant aux besoins en santé.

3E : parce que je trouve que le cahier des charges de ce que doit faire le médecin n'est pas clairement établi. (...) Il y a aussi les missions qu'on va demander aux médecins. Le cahier des charges de ce qu'ils doivent faire pour rendre service à la population.

3F : Moi je dirais est ce que les missions des médecins généralistes ont vraiment été définies quand même depuis un certain temps. C'est-à-dire que c'est quand même assez un flou, c'est-à-dire que l'on forme des médecins pour du soin, mais la mission réelle des médecins, aussi bien dans la prévention, dans d'autres missions, ça a jamais été défini, ça a jamais été mis sur papier en disant « voilà c'est un contrat que l'on passe avec vous, ça va être votre rôle ». Ça a jamais été défini.

3F : Et il y a peut être un nouveau cahier des charges à inscrire, à écrire, qui représentera l'ensemble des besoins de la population sur un département, sur une région. Et à ce moment en définissant les besoins, peut être que l'on donnera des missions aux médecins qui seront sur les territoires. Mais ça moi j'ai pas l'impression que se soit vraiment défini, moi ça me paraît assez flou.

- Ils jugent nécessaire de recentrer le rôle du médecin généraliste.

*1A : comme travail, comme prise en charge du médecin, notre rôle : qu'est ce qu'on prend et qu'est ce qu'on veut bien laisser.*

*1B : déjà de définir le contenu du métier de médecin, savoir exactement ce que l'on doit faire en premier recours. (...) ouai le rôle de la fac dans la formation ca serait de nous préparer a la fois sur notre notre métier de base (...)*

### **En résumé :**

- **La réponse aux besoins en santé se fait par les compétences du médecin, et notamment dans la relation et communication avec le patient.**
- **La délégation de tâche semble être une solution d'amélioration.**
- **Il semble nécessaire de redéfinir le rôle du médecin généraliste.**
- **Les partenaires du médecin généraliste aidant à répondre au mieux aux besoins de santé, selon les MSU, sont les suivants :**
  - **les pharmaciens,**
  - **les étudiants, internes,**
  - **les paramédicaux, les infirmières ASALEE,**
  - **les urgences et la régulation,**
  - **les remplaçants,**
  - **les secrétaires médicales.**

**Ils reprennent aussi les pairs dans les groupes de pairs, et les organisateurs des FMC.**

### **3.2.3-3. La démographie**

Ils sont tous d'accord qu'une des réponses aux besoins en santé de la population est aussi dans la démographie médicale.

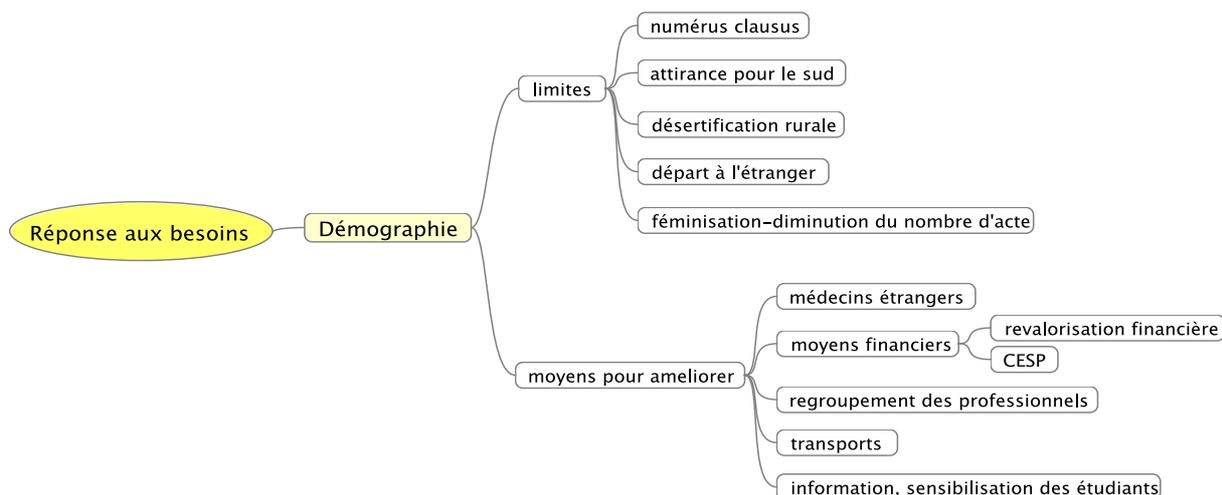


Figure 9 : Carte conceptuelle de la branche " démographie " de la branche aux besoins en santé de la population

Ils ont dans un premier temps parlé des limites de la démographie médicale actuelle:

- Le numerus clausus.

1D: pour moi c'est une volonté euh politique de diminuer le nombre des médecins, mais euh c'est quelque chose qu'est complètement regrettable.

3B : Ben c'est bien ça un peu non ? Le numerus clausus c'est fait en fonction des besoins, après au jour J pour quinze ans après, mais ça c'est pas grave...

3F : C'est peut être un besoin national et pas un besoin de territoire.

- Une mauvaise répartition géographique des médecins.

- Notamment avec une attirance pour le sud.

3D : Oui mais le problème c'est qu'après tu auras pleins d'étudiants dans le sud, ils se formeront ailleurs et iront dans le sud...

- Et une désertification rurale.

1A : C'est quand même un plus pour un village, pour éviter la désertification euh...des villages, c'est une demande de la société quand même.

*1E : ... En plus nous il y a vraiment que des petits villages donc de toute façon il est hors de question que... y'est un autre médecin dans les le petit village avec cent habitants quoi... mais euh...*

*1E : Moi j'pense qu'il faut qu'on s'oriente pour...vers ça pour qu'il y est des médecins dans les zones rurales mais c'qu'est pas du tout...euh...*

*1F : quand tu parles de médecins qui vont se mettent dans les campagnes tout seul. Ça les jeunes ils ont plus envie, mais plus du tout du tout.*

#### - Les départs à l'étranger.

*1F : Les kinés c'est pareil, ils vont tous se former nos kinés en Espagne, les médecins vont aller partout à l'étranger et après euh on n'en a pas assez.*

*1B : Après le problème de formation il y a certains pays étrangers qui envisagent de ne plus former eux même les médecins et d'aller piocher dans les villes des pays étrangers. Ce qui est certainement regrettable mais c'est plus un moyen... une obligation sûrement de moyen et puis de se débrouiller pour avoir les financements.*

#### - La féminisation de la profession médicale, qui se traduit par une diminution du nombre d'actes et donc moins de disponibilité.

*1D : on avait eu récemment de notre conseil de l'ordre, un rapport sur la démographie médicale dans les Deux Sèvres, qui montrait qu'y avait des zones de désertification. Ce rapport il était complètement nul, puisqu'il tenait compte du nombre de médecin et de la population, mais pas du nombre d'acte des médecins par rapport à la population. Donc ça, c'est quelque chose qu'est complètement biaisé, puisqu'on le sait bien avec la féminisation, il y a une diminution de nombre d'acte effectué par les médecins, et même parfois il faut... trois médecins femmes pour faire ... quelques uns... pour être remplacé ... pour prendre la suite en tout cas.*

*1F : ...alors qu'y a beaucoup beaucoup de femmes qui vont faire effectivement des p'tits temps, mais y a aussi des hommes un qui décident de s'occuper de leurs enfants, ou plus faire comme avant genre : " j'avais le médecin qui était là nuit et jour et tout "...voilà... C'est plus comme ça, il faut que les gens ils s'adaptent à ça. Mais du coup il faut que la fac s'adapte au niveau du ...des des des des jeunes à former.*

*3F : la profession se féminisant quand même de façon importante, je pense que euh le fait d'avoir moins de possibilité de temps de consultation...*

#### Les moyens déjà présents pour améliorer ce problème de démographie médicale sont selon les MSU :

##### - les médecins étrangers.

*1F : Parce que moi j'entend bien ils veulent pas former, parce que ça coûte cher de former des étudiants, et on recrute tout le temps des médecins de l'étranger mais enfin ça...*

- les moyens financiers : notamment la revalorisation financière des médecins et entre autre le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP), pour attirer les jeunes médecins dans les zones de désertification médicale.

3G : Elle utilise des moyens financiers.

3G : Elle essaye d'être attractive par les moyens financiers, au niveau régional et départemental. (...) Mais elle fait des essais avec les aides financières, les incitations, travailler avec les régions, avec les départements.

1B : j'veux dire... sans parler d'argent mais nos honoraires...n'ont pas été re...fin le dédommagement n'ont pas été revalorisés, peut être bien depuis 97 quasiment... euh... Est ce que c'est à hauteur des moyens, peut être que si y'avait une incitation financière un peu supérieure pour tout le monde...

1C : Non tout à déjà été dit, c'est revaloriser la fonction de médecine générale... un voilà... si on nous valorise, si la fonction est valorisée, aussi bien financièrement qu'autrement un...

1B : Mais c'est une idée de revalorisation qui malgré tout, si financièrement t'es un peu plus à l'aise, ben c'est plus facile des fois de se libérer...

1D : Oui il y a un contrat qui lit les étudiants dès la deuxième année pour favoriser les installations dans les zones désertées...

1B : le CESP...

1D : Qu'est ce qui... ils reçoivent une aide financière mais est ce qu'ils reçoivent une aide euh une aide matériel j'veux dire euh ou euh de ce type par la suite justement...

1C : Non.

- Les regroupements de professionnels de santé : pôle de santé, maison médicale...

1F : on peut faire des maisons de santé, on peut faire des regroupements de professionnels, avec des ... des partenaires...

1F : Ils veulent être entourés, ils veulent être...euh... On l'entend bien un quand même. Donc en fait il faut euh... fin faire des des des des endroits où les médecins seront regroupés ou avec d'autres professionnels de santé.

1D : Alors les maisons médicales peut être, c'est ...c'était une solution, pour aider les médecins.

- les moyens de transport en commun pour que les patients viennent voir le médecin dans un village ou une ville voisine.

1A : ... pour les gens, la population rurale, sa demande c'est de pouvoir quand ils sont ...âgés, ils prennent pas forcément la voiture. Moi j'vois quand ils vont à leur club de troisième âge, ils viennent à trois ou quatre, ils ont pris leur rendez-vous à la suite et ils viennent. C'est quand même un plus pour un village, pour éviter la désertification euh...des villages, c'est une demande de la société quand même.

1F : Oui mais ça la mairie peut payer le taxi ou le ...le p'tit bus le mini bus...

1B : Rires.

1F : Ben ouai.

1E : Ça existait comme ca...

1F : Ben oui ça existe les mini bus...

1E : Alors nous ça existait... Nous on est ... euh... en rase campagne...euh... et donc nous la mairie elle ... le jour du marché y'avait un mini bus qui amenait les personnes âgées, elles prenaient rendez-vous en même temps chez le médecin. Donc le matin on avait les personnes âgées le matin du marché.

3E : même si dans l'avenir je pense qu'il va falloir créer des moyens pour amener les gens dans les cabinets médicaux et faire des kilomètres pour y aller, par des transports adéquates ou j'sais pas quoi, enfin en tout cas, cette pratique là va changer...

- Informer et sensibiliser les étudiants à ce problème de démographie médicale, par des moments de découverte des zones sous médicalisées.

1B : et ce qu'on a organisé c'est que le les gens de la communauté de commune, vont le jour de choix des internes pour présenter, et ils ont fait une p'tite mallette qui présente le secteur, l'offre de soin déjà sur le secteur pour essayer de...

1E : D'attirer...

### **En résumé :**

- **Les problèmes de la démographie médicale sont dans le nombre de médecin limité par le numerus clausus, dans la mauvaise répartition géographique des médecins, attirer par le sud et les zones urbaines du pays, et dans la féminisation du métier.**
- **Des moyens ont été mis en place pour limiter ce problème, mais reste encore des choses à améliorer. Notamment la revalorisation financière des médecins généralistes.**

### 3.2.3-4. Recherche

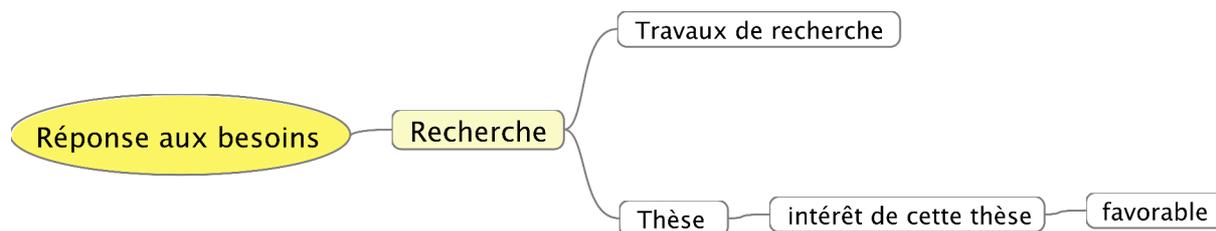


Figure 10 : Carte conceptuelle de la branche " Recherche " de la réponse aux besoins en santé de la population.

Pour les MSU, la réponse aux besoins en santé de la population se fait aussi par les travaux de recherche dirigés par la faculté, et notamment cette thèse.

#### - Travaux de recherche

2D : *l'université va apprendre ça, il va y avoir une réflexion parce que pour moi la facette l'université, c'est je mets des cerveaux qui bouillonnent et qui réfléchissent à faire tourner le monde euh, si ce n'est dans le bon sens mais en tout cas pour essayer de réfléchir et c'est ce foisonnement de réflexion qui vont aboutir à des choses.*

2D : *moi je pense que justement cette université, ce qui est vachement bien et ce qui lui sa responsabilité c'est d'aller voir se servir du terrain pour faire remonter les choses du terrain et de le de faire de la véritable recherche.*

2D : *...de la faire bouillonner dans tous les sens de faire de la recherche pour voir si ça a un substrat scientifique. Qui dit science dit pas forcément les petites souris et les petites machins. Là ce qu'on est en train de faire un focus group, on peut en déduire des choses qui ont une connotation scientifique parce que ça part des verbatim etc...et donc le rôle de la faculté c'est d'être en alerte à mon avis en permanence par rapport à ce qui se passe sur le terrain avec aussi la recherche insti euh trans-relationnelle et la recherche euh la recherche à euh sur les sur les microscopes et les souris et puis autre et de faire bouillonner tout ça pour qu'on puisse apporter si possible les meilleurs soins.*

#### - Thèses

2D : *exactement ! Et sachant qu'au début les sujets de thèse c'était fait pour ça ...*

2A : *c'est plutôt une bonne évolution effectivement euh surtout une thèse de médecine générale reprend ça et ça c'est très favorable.*

2A : *le choix des sujets de thèse aussi, c'est à dire c'est bien une façon que la faculté a de d'orienter sa recherche sur la pratique réelle.*

## En résumé :

La recherche et les travaux de thèse sont indispensables dans la réponse aux besoins en santé. Cette étude dépendant de la faculté de Poitiers, montre la volonté de la faculté de médecine de s'améliorer et de s'adapter à la société civile.

### 3.2.4- Évaluation des objectifs

Après avoir défini les besoins en santé de la population et comment y répondre, nous nous sommes intéressés à connaître l'avis des MSU sur l'évaluation des objectifs fixés pour répondre à ses besoins.

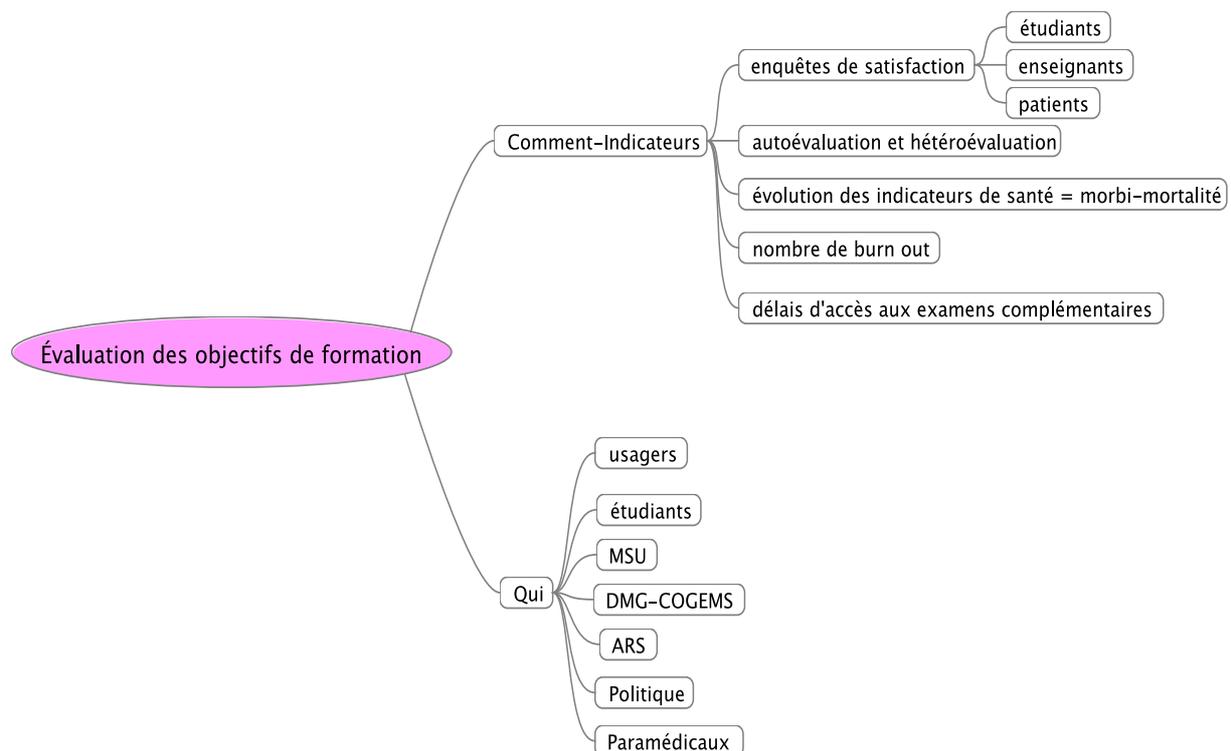


Figure 11 : Carte conceptuelle de l'évaluation des objectifs de formation.

Selon les MSU interrogés, les indicateurs permettant d'évaluer l'atteinte des objectifs de formation fixés sont :

- les enquêtes de satisfaction auprès des étudiants, des usagers et des maîtres de stages qui reçoivent les étudiants.

*1B : donc là il faut faire, entre guillemets, des enquêtes de satisfaction.*

*1B : Ou après le ressenti de chacun... euh des professionnels, des étudiants, des usagers. Après il faut faire un mélange savant de tout ça.*

*3D : Est ce que ça correspond à leurs attentes, est ce que ça correspond...Est ce qu'ils se sentent bien, prêt à rentrer dans la vie active ?*

*3B : Est ce que ça a répondu à leur attente aussi parce que, est ce qu'ils ont reçus comme formation ça correspondait à ce qu'ils attendaient au départ...*

*1B : Ben ça peut être au près de la population savoir si elle trouve si ses soins sont de qualité.*

*3C : Ben il faudrait que les étudiants euh évaluent leur formation en fait, qu'il y ai une rétroaction quoi...*

- L'autoévaluation des étudiants et des médecins.

*3F : faut se poser voilà, mais déjà avoir l'esprit de s'autoévaluer et de s'autocritiquer pour p'têtre voilà, faut déjà avoir... et ça les étudiants nous le permettent. Déjà on l'a d'avance quand on prend des stagiaires, je pense du moins on l'espère. Mais en plus les étudiants nous le rappel régulièrement, donc euh...*

*2C : moi je m'en rends pas compte du tout mais l'étudiant lui il a percuté que c'est vachement important et qu'il sait pas faire et qu'il faut qu'il apprenne.*

- L'hétéro-évaluation des pratiques des médecins.

- La première idée des MSU, c'est que cela n'existe pas.

*3D : Ça se fait pas ça.*

*3C : On fait pas.*

*3G : On a quand même un métier où on a une responsabilité sociale, une responsabilité économique. On fonctionne avec de l'argent public et on n'est jamais évalué. C'est quand même incroyable ça. (...)*

- Puis ils ont cité plusieurs éléments actuels d'évaluation des médecins.

*3A : La ROSP <sup>11</sup>.*

*3D : Par la CPAM <sup>12</sup>.*

<sup>11</sup> ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique.

<sup>12</sup> CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

*3E : Non mais la seule évaluation qu'on a c'est le ROSP, mais c'est pas bon non mais y a rien d'autre, il existe rien d'autres...*

*3E : Les seuls, actuellement, les seuls qui ont un certain regard sur notre activité c'est la sécu (...) Est ce que les moyens qui sont de suivre l'activité des médecins euh fin est ce que c'est bon et est ce que c'est suffisant tout ça, j'pense que non.*

*3C : Le problème de la sécu c'est que tu évalues ce qui est prescrit, tu n'évalues pas ce qui n'est pas prescrit, qui est aussi important. Le problème dans tous les choix c'est pas ce qu'on prend c'est ce qu'on laisse quoi. Et tout ce que nous on refuse ça ne ressort pas. Donc euh c'est important ça.*

- Selon les participants, les moyens que l'on pourrait mettre en place sont : une FMC obligatoire et contrôlée, une formation ciblée sur les résultats d'évaluation de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) actuelle, évaluation de pratique type revue PRECRIRE<sup>®</sup> obligatoire.

*3E : la formation médicale continue, euh obligatoire mais vraiment obligatoire (...) C'est à dire on leur impose un certain nombre de journée de formation et on les évalue par rapport à la formation qu'ils ont eu.*

*3G : ben écoute moi, je souhaiterais être évalué, tout d'abord sur ma formation que je fais unh validante. (...) Il y a le système OGDPC<sup>13</sup> où tu t'inscris. Donc en fait l'OGDPC reçoit, envoie au conseil de l'ordre, aux différentes structures... formations. C'est peut être un système à mettre en place, où les gens s'inscrivent à des formations par un organisme reconnu, peut être public et voir un peu les formations que les gens on fait, qui soit, que se soit des formations qualifiantes et qui soit aussi validantes.*

*3A : Non mais là pour le coup s'il y a peut être des outils de la sécu, qui eux peuvent indirectement voir un peu ce qu'on fait, c'est si on prescrit j'sais pas plus d'antibiotiques que la moyenne, on pourrait nous demander une formation ciblée sur... voilà sur ce sujet là. Ou si on prescrit beaucoup plus d'arrêt de travail que la moyenne, pareil est ce que c'est qu'on a pas un problème de communication avec les patients, qu'on sait pas dire non ou... Et à ce moment là avoir effectivement une, comme une espèce de bilan de compétence où on nous propose des formations ciblées sur nos lacunes ou nos... euh voilà.*

*3C : Par contre pour l'évaluation, y a un modèle qui existe c'est la revue prescrire qui fait des formations à questions pratiques où tu te compares à d'autre, à un panel de médecins comme toi, et ensuite tu fais l'évaluation à distance de la formation, pour voir s'il y a eu un impact sur ta pratique.*

*3G : Très intéressant.*

*3E : unh c'est quand même le modèle qui faudrait suivre. En commission paritaire à la sécu moi j'ai dis à la directrice un jour, si vous devez prendre une bonne mesure c'est abonner à Prescrire<sup>®</sup> tous les médecins et de leur faire faire le test de lecture.*

- L'évolution des indicateurs de santé publique.

*3G : Mais les critères ils sont sur des critères de santé publique, c'est à dire euh la morbi-mortalité, s'il y a eu des morts à l'accouchement, la satisfaction de la population.*

*1B : les indicateurs de santé, regarder les indicateurs de santé. Si avant après, ben on a amélioré...la prise en charge du cancer de la prostate, du cancer du sein etc... Entre la formation d'avant, entre la formation d'aujourd'hui, l'organisation d'avant et l'organisation d'aujourd'hui, ben est ce qu'on a fait évaluer évoluer les indicateurs de santé.*

<sup>13</sup> OGDPC : Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu.

2D : donc si euh il y a des indicateurs de souffrance sur le territoire sur lequel exerce le médecin et qu'on s'aperçoit que ses indicateurs s'améliorent alors bien sûr qu'il n'y a pas que la médecine, il y a d'autres choses.

- le nombre de burn out des médecins généralistes.

1A : s'il y a moins de burn out...

- le délai d'accès aux soins, aux examens complémentaires.

1D : j'trouve qu'un des meilleurs euh... indicateur, c'est celui du délai dont on a besoin pour accéder à un examen complémentaire ou à un spécialiste ou à l'hôpital. C'est fait que, un ça nous soulage beaucoup dans notre profession, et ça veut dire que si on arrive à définir euh et à ralentir ce délai, ça veut dire euh qu'on est bien dans un système inter communiquant (...) tu parlais tout à l'heure de burn out... c'est à ce moment là dans notre travail, quand tu prends le téléphone pour avoir un spécialiste, tu sens tout de suite que tu peux régler ton problème... pour moi c'est..., c'est le meilleur indicateur. Parce que quand tout va bien est que ça peut aller très vite...

Les MSU ont proposé plusieurs partenaires dans l'évaluation des objectifs, qui sont:

- les usagers.

1B : Ben ça peut être au près de la population savoir si elle trouve si ses soins sont de qualité.

1B : Moi j'crois il faut qu'il y est de multiples intervenant y compris les usagers.

2D : Si ça remonte de la base, ça remonte de la population.

- les étudiants, et notamment les internes en fin de cursus.

3D : Les étudiants peut être aussi ?

1E : les étudiants oui.

3F : On a le retour des étudiants quand même.

1E : Et auprès des internes quand ils ont fini.

1B : oui les internes savoir si eux, ils ont trouvé leur compte...

- les médecins généralistes et plus précisément les enseignants (MSU).

2B : Euh les médecins généralistes

1B : fin probablement pas que les médecins généralistes.

1F : Oui oui, au moins qu'il y est les médecins généralistes quand même. Qu'il est pas que la fac.

1D : les MSU surtout, c'est eux qui voient les déficits de formation des... futurs ... médecins généralistes...

1B : après l'organisation de la formation c'est effectivement, c'est nous.

*3E : Les enseignants...*

*3F : Et après demander effectivement aux maîtres de stage, nous concernant, si l'enseignement qu'ils ont reçu quand on les a en stage, si on voit que euh ce qu'ils ont eu comme enseignement à la faculté correspond bien, et on voit si effectivement ils s'adaptent aux besoins de la population. (...) Et on peut évaluer si effectivement la faculté a bien sensibilisé les étudiants à repérer les besoins de la population et à y répondre.*

- Le Département de Médecine Générale (DMG), le Collège des Généralistes Enseignants et Maîtres de Stage (COGEMS).

*1D : donc le COGEMS.*

*1D : les collèges d'enseignants.*

*3E : il y a un collège de généralistes enseignants, il y a un DMG, qui est le relais universitaire, voilà qui peut euh qui peut être l'interface avec le doyen.*

- L'ARS.

*3E : ... l'ARS...*

- Les politiques.

*1B : ça peut être les politiques aussi, ça les concerne car ils sont financeurs donc... les élus locaux.*

*2D : ça remonte du législateur aussi.*

- Les paramédicaux.

*1A : Les autres professionnels de santé.*

*1B : Les autres professionnels de santé parce qu'on va travailler ensemble.*

### **En résumé :**

- **Les principaux indicateurs permettant d'évaluer l'atteinte des objectifs de formation sont les objectifs basés sur des évaluations de connaissances des étudiants et des médecins, et subjectifs venant de l'avis des usagers, des médecins et des étudiants.**
- **Les autres acteurs participants à cette évaluation sont : le DMG et le COGEMS dépendant de la faculté, les politiques, l'ARS et les paramédicaux.**

### 3.3 Analyse des entretiens individuels

A l'issu des trois focus group, deux idées étaient à clarifier. Nous avons donc réalisé des entretiens individuels auprès de quatre MSU.

Les deux principales idées à clarifier étaient :

- 1) Vos confrères ont indiqué qu'il n'existait pas de cahiers des charges ou des missions du médecin généraliste, qu'en pensez vous?
- 2) De plus ils ont soulevé une différence entre les besoins nationaux et territoriaux, qu'en pensez vous?

De ces entretiens, il en ressort les idées suivantes :

Les rôles du médecin généraliste dans la réponse aux besoins en santé de la population.

- Les MSU sont d'accord sur le fait qu'il n'y a pas de cahier des charges définissant clairement les rôles du médecin généraliste, mais pour eux c'est implicite.

*1I : euh oui oui effectivement y a pas de...oui oui y a pas de critères qui dit qu'on répond bien ou pas, ou pas bien aux missions de santé...*

*1I : Notre mission, oui c'est vrai que c'est implicite. Notre mission en fait c'est de répondre à la demande des patients, de répondre à des besoins de santé publique.*

*1I : bah c'est pas défini et voilà non, je pense que c'est pas forcément bien défini mais on...*

*3I : Oui c'est pas un vrai cahier des charges mais on a quand même des missions qui sont pointées du doigt sur notre...*

*4I : en théorie ça existe, les missions du médecin généraliste, la marguerite. En théorie ça existe...*

- Pour eux les missions sont définies par les compétences du médecin généraliste du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), inculquées par la faculté en troisième cycle. Ils ont insisté sur le fait que toutes les compétences ne sont pas égales en terme de fréquence, de temps et d'énergie dépensés par le médecin.

*3I : on a quand même des missions qui nous sont données dans notre formation, enfin tout ce qui est la médecine de premier recours, enfin tout ce qu'on nous a formé, la permanence de soins qui sont des missions qu'on nous a quand même données.*

*3I : voilà, c'est des choses qui nous ont été données dans notre enseignement en fait. Et qu'on redonne aujourd'hui.*

*4I : la marguerite ... C'est la prévention, le premier recours, la coordination des soins, le rapport avec les autres...il y en a sept ou huit je crois mais en gros c'est celles ci. S'il y en a, c'est dans les livres pour les étudiants.*

*4I : Mais si on fait une marguerite par rapport aux proportions à la fréquence des nombres de consultation et par rapport au temps et à l'énergie, il y a des pétales qui sont bien plus grandes qu'elles ne sont.*

- Ils ont parlé aussi des règles de bonne pratique de l'Haute Autorité de Santé (HAS).

*1I : on a des règles euh...médicale thérapeutique de l'HAS mais on n'a pas effectivement de missions euh... médicale ou médicosociale euh...qui sont écrites pour qu'on réponde à ça oui...*

- Ils ont insisté sur la réponse aux besoins de santé publique et la prévention.

*1I : non je pense que surtout, ouais sur le côté santé publique et santé publique prévention, je pense qu'on n'en fait certainement pas assez et que là on a peut être plein de choses à faire et qu'on dégage pas assez souvent une consultation prévention.*

*2I : c'est prévention, avant toute chose...euh...c'est rôle social quand même de plus en plus.*

- Selon eux l'existence d'un cahier des charges trop précis risquerait d'être trop rigide et non applicable, car chacun travaille différemment, selon son âge, son sexe, son expérience, et la population qu'il soigne...

*2I : je pense que si on a un cahier des missions trop précis, ça va être un peu rigide comme cadre. Sachant que nos exercices diffèrent de par notre âge, notre sexe, de par le type d'activité qu'on a, de par notre patientèle et voilà.*

*1I : ...chacun le définit à sa guise à mon avis ce qui fait qu'on a des pratiques euh qui peuvent être complètement hétérogènes, disparates.*

- Les MSU ne sont pas d'accord avec l'idée de " mauvaise utilisation " des médecins par les patients, soulevée lors du troisième focus group. Pour eux les démarches administratives, ou recevoir les patients pour rhinopharyngite, grippe...font partie du

rôle du médecin généraliste. Par contre ils soulignent l'importance d'une éducation des patients sur quand consulter.

*11 : euh... je pense qu'on peut difficilement dissocier la maladie et la personne parce que si on... si c'est le médecin qui traite la grippe par exemple et que c'est un autre qui fait l'arrêt de travail (...) ça me semble difficile d'avoir quelqu'un qui traite la maladie et puis quelqu'un qui s'occupe de l'arrêt de travail.*

*21 : alors ça n'est pas faux, mais en même temps c'est un peu hypocrite de dire que ça n'est pas notre gagne pain malgré tout (...) Et je répète l'histoire des gripes et des arrêts de travail, malgré tout, on se rend compte qu'on fait des consultations dédiées à des papiers mais on est quand même payé pour ça. (...) Est ce que le médecin est mal utilisé? Oui c'est vrai que parfois ces tâches administratives elles sont lourdes mais en même temps c'est souvent pour que le patient puisse faire aboutir un minimum de droits le concernant.*

*31 : j'ai pas ce sentiment là... alors ça met en compte toute l'éducation qu'on fait de notre patientèle...*

*41 : est ce que c'est à moi de recevoir la personne qui est en souffrance au travail ? En tout cas, c'est moi qui le fais. Il n'y a personne d'autre en fait, puisqu'en tant que médecin traitant, le patient va venir chercher vers vous l'arrêt de travail, les médicaments...*

- Ils ont repris l'idée de manque de valorisation du rôle du médecin généraliste des patients et des grandes instances (villes, commune, Etat...). Ils ont abordé à nouveau l'importance de recentrer le rôle du médecin généraliste et de le valoriser.

*11 : il faut peut être se faire revaloriser par les patients et dire... enfin se faire respecter et dire euh... Donc je pense que le médecin déjà a peut être plus à se faire reconsidérer à se considérer, à se faire reconsidérer par les patients et à passer un petit peu de temps à expliquer, que voilà on doit se faire respecter sur un arrêt de travail.*

*31 : je pense qu'on est très mal reconnu par les hautes instances sur le travail qu'on peut faire par rapport à ça... qu'il y a plus moyen de faire encore plus.*

- Ils ont noté une évolution depuis dix ans du rôle et des tâches des médecins généralistes.

*31 : ouais, pour moi ça a vraiment changé, enfin je n'ai pas le même exercice ni les mêmes demandes qu'il y a dix ans.*

*41 : Donc ça, il y a dix ans quand j'ai commencé la médecine générale, il y en avait mais pas autant...*

*41 : Je pense que ça passerait obligatoirement par un travail de profondeur pour accepter que le travail de médecin généraliste ait changé et qu'il va encore changé parce que c'est vraiment la société qui veut que.*

- Ils l'expliquent dans un premier temps par l'évolution des besoins de la société. En effet désormais le médecin a un rôle majeur de soutien psychologique et social de la population.

*3I : ...on est quand même passé du soin très organique à des soins très biopsychosocial...on fait beaucoup beaucoup de social.*

*3I : à la difficulté sociale...d'ici de toute façon, on a un secteur qui n'est pas très favorisé et la difficulté de vie des gens, enfin...les gens survivent... et on se trouve être les dernières personnes vers qui, ils peuvent se tourner quand ça va pas.*

*4I : Ça c'est des choses que vous ne pourrez pas changer car il y a vraiment des problèmes de société actuelle qu'ils soient économiques, sociaux, qui font que de toute façon, la demande elle change, vous êtes le médecin de premier recours mais pour plein de choses et pas que pour la maladie.*

- Pour cela ils disent que la formation initiale du troisième cycle y répond en partie par la formation à la relation médecin-malade et la communication. Mais c'est surtout par la formation complémentaire qu'ils essayent de répondre à l'évolution de ces besoins, notamment avec des formations sur la communication.

*4I : alors moi j'ai fait un séminaire qui m'a beaucoup aidé, qui s'appelle, qui est MGForm<sup>®</sup>, qui s'appelle « communiquer pour mieux soigner ».*

*E : donc là, moi ce que je comprend dans ce que vous dites, c'est que vraiment l'essentiel, c'est dans la formation médicale continue, c'est la formation médicale que vous faites vous...euh...complémentaire, pas trop dans la formation initiale en fait, hein ?*

*4I : voilà...*

*4I : moi je pense que, on peut rajouter des choses d'apprentissage sur la communication en générale...dans la communication, savoir ce que c'est la communication, comment communiquer, comment expliquer des choses aux patients, en fonction eux aussi, pourquoi ils parlent comme ça, etc.*

- De plus, la société médicale et le rôle du médecin généraliste évoluent en fonction : ils ont cité entre autre, les départs à la retraite massifs sans successeur, le manque de spécialistes, la féminisation (avec une diminution du temps d'activité, une priorité donnée à la vie personnelle).

*41 : Et que surtout ces tâches de médecin généraliste définies n'ont pas du tout suivie le phénomène de société actuelle avec les départs à la retraite massif, le fait que ça soit plutôt des femmes et pas des hommes qui s'installent.*

*41 : accepté que les ¾ c'est des filles...*

*41 : parce que les filles c'est normal, elles élèveront leurs enfants...vous pourrez mettre tout ce que vous voulez, ça ne changera rien.*

*41 : les problèmes des autres spécialités qui disparaissent et qui ne sont pas remplacées, bah du coup nous on fait de plus en plus, comme je disais tout à l'heure le dentiste, le dermato, de petites spécialités de premiers recours qu'on n'était pas il y a quelques années.*

*41 : le médecin généraliste maintenant il est dentiste, dermato, pneumo, cardio ou prêtre...*

- Une amélioration proposée par l'un des médecin interrogé est la reconnaissance par le gouvernement de l'évolution de la médecine de terrain, avec l'évolution des besoins, et l'évolution de la pratique, avec notamment la féminisation. Et à partir de là créer un nouveau statut juridique d'installation.

*41 : je pense que le problème c'est vraiment un problème de statut juridique (...)  
Pour moi le problème n'est pas la formation à la fac, pour moi le problème il est qu'il y a des femmes qui sortent médecin généraliste et qui voudraient s'installer mais pas dans les conditions qu'on leur propose. Et tant que le gouvernement ne fera pas des statuts juridiques différents (...) à faire financièrement, mais pour qu'elles paient des charges à mi temps mais un vrai mi temps.*

Les besoins en santé de la population territoriale plutôt que nationale.

- La différence entre les besoins nationaux et territoriaux, relevée au cours du troisième focus group, est validée par les quatre MSU interrogés individuellement.

*11 : bah oui tout à fait.*

*31 : et bien je suis d'accord, oui bien sûr...je pense qu'on ne peut pas comparer la Rochelle et la Mothe St Heray par exemple. Donc on ne peut pas mettre des choses...il y a probablement un gros ensemble qui est identique mais après il y a probablement des besoins très spécifiques à chaque territoire.*

*41 : euh... oui ça je suis plutôt d'accord.*

*41 : Donc je pense qu'après effectivement les besoins ils sont plus par territoire de ville.*

- Ils rapportent un exercice différent entre le milieu rural et urbain, notamment dans l'accès aux soins (spécialistes, place dans les hôpitaux...), et l'âge moyen de la population locale.

*2I : Je pense que l'exercice par exemple en ville et campagne n'est pas le même selon ce que vous avez à disposition auprès de vous en terme de médecine de spécialité change un peu la donne.*

*2I : ... c'est vrai que les études sont souvent faites sans forcément tenir compte de la répartition par âge de la patientèle et que dans nos campagnes chez qui, pour qui l'accès aux spécialistes est compliqué, parce qu'on a peu de spé, pour qui les places en hôpital, en clinique, en institution, en convalescence, en service de médecine à Melle, je pense par exemple, ne sont pas toujours très nombreuses.*

*2I : et le fait qu'on soit pas tous loti au même titre pour les spécialistes en particuliers ou les places en hôpital ou clinique.*

*2I : Et c'est vrai que nos patients âgés demandent plus de soins, plus de visites, plus de temps, c'est très chronophage...*

*4I : Et donc du coup, je pense que de ce fait là, il y a déjà des différences entre les villes et la campagne. Parce qu'à l'île d'Oléron je voyais bien qu'entre les agriculteurs, les ostréiculteurs l'hiver, eux quand ils venaient, vous êtes sûr qu'ils n'allaient pas bien.*

*4I : Après c'est difficile à considérer parce que des fois y a plus de visites, y a plus de gens âgés, ce n'est pas les mêmes consommations que les gens jeunes.*

- Selon un des MSU, on pourrait faire une rémunération particulière pour les soins des personnes âgées.

*2I : Et puis probablement, mais c'est déjà un peu en place avec les visites longues, les visites post hospitalisation ou post décompensation, faire une rémunération plus ciblée pour tout ce qui est maintien à domicile, prise en charge des gens âgés.*

- Un des MSU souligne une surconsommation médicale et plus précisément des spécialistes en milieu urbain.

*4I : Ces gens là consommaient la médecine de spécialité beaucoup plus que...dans les grandes villes il n'y a pas de délai d'attente, voir il y a des médecins qui travaillent pas, enfin voilà...*

- Concernant la formation des étudiants aux besoins territoriaux, selon les MSU, là est l'importance des stages ambulatoires dans des lieux diversifiés. Cependant une formation initiale théorique régionale semble difficile et sans intérêt. Par contre, pour eux, là où on peut être sensibilisé et formé au mieux aux besoins de santé locaux sont dans la formation complémentaire, par les FMC et le compagnonnage avec les confrères.

*3I : par des stages, je pense, c'est l'essentiel. Je pense, alors je sais que pour les étudiants ça n'est pas très évident, ça les fait bouger mais essayer de diversifier sur les lieux de stage de manière à prendre en compte tous ces différentiels territoriaux...qui vont se retrouver.*

*1I : en formation initiale, ça me semble difficile puisque après on voit que tous les internes se dispatchent sur toute la France, euh...en secondaire après oui, sur les internes de médecine générale, je pense que c'est là qu'il faut cibler puisqu'il y en a plus qui vont s'installer euh...dans leur région de formation d'interne que dans leur région de formation d'externe. Donc à mon avis ça serait au niveau de la formation secondaire enfin au niveau du de l'enseignement des internes qu'il faudrait cibler le territoire oui. Mais pas en externe.*

*1I : la formation des médecins généralistes, comme on a une formation médicale continue on peut inclure ces thèmes territoriaux dans les thèmes de formation continue des associations régionales ou locales...*

*2I : Après, je crois quand même qu'il y a, et en particulier grâce à l'organisation qui se fait de plus en plus sous forme de pôle de santé, un espèce de compagnonnage qui se fait entre confrères.*

*E : la formation des étudiants territoriale ça n'aiderait pas à répondre plus aux besoins de santé de la population.*

*2I : je crois pas.*

*E : ça serait plus au quotidien en formation complémentaire.*

*2I : Ouais, je crois qu'il y a quand même une partie de terrain qui sera de toute façon plus adaptée que ce qu'ils ont pu apprendre dans une autre région si c'est très différent auprès de leurs confrères...*

*4I : Donc oui ça je pense, après territoriale plus que nationale : Oui mais après peut être plus une fois installé que à la fac, parce qu'après les étudiants ils vont beaucoup bouger et puis c'est pas quelque chose qui va leur parler vraiment sur le moment, je pense que ça s'adresserait plus à des remplaçants ou des médecins en début d'installation qu'à des étudiants.*

- Les principaux partenaires dans cette formation aux besoins de santé locaux sont selon eux : l'ARS, les associations de FMC, les réseaux de gérontologie, la Protection Maternelle et Infantile (PMI), le conseil général, et des formateurs dans la communication.

*1I : non non je pensais à tout sans en citer... MGform<sup>®</sup> qui se décline en Poitou-Charentes, Aquitaine et autres associations départementales...*

*11 : l'ARS euh, l'ARS peut, enfin comme elle fait déjà, elle donne son avis sur les , sur les thèmes des formations donc à mon avis ça serait ça et puis en même temps elle peut définir justement les problèmes de santé publique que chaque territoire a. Et donc à mon avis ça serait aux ARS de définir ces problèmes locaux, territoriaux...et qu'est ce qu'il pourrait y avoir d'autre, euh...voilà essentiellement.*

*21: il y a la PMI quand même qui peut nous aider, parce qu'ils ont quand même une proximité de par la visite des puéricultrices à domicile qui peut nous aider...euh...le conseil général, peut être par le biais des APA<sup>14</sup> dont on fait les demandes pour avoir une idée effectivement des niveaux de dépense de nos gens âgés dans certaines régions, enfin, là se serait très local finalement. Ça, ça pourrait être une idée. Et en complément avec le réseau de géronto qui lui aussi intervient et rentre en ligne de compte pour la mise en place des aides techniques et humaines pour le maintien à domicile.*

*41 : alors moi j'ai fait un séminaire qui m'a beaucoup aidé, qui s'appelle, qui est MGForm<sup>®</sup> (...) Franchement les FMC que j'avais fait avec MG Form<sup>®</sup>, c'était comme une FMC normale.*

A été à nouveau abordé l'existence d'un besoin ressenti par les patients, plutôt qu' un besoin réel.

*41 : Après dans les besoins de santé, je pense qu'il faut recadrer entre les besoins réels et les besoins que les patients pensent avoir.*

*41 : Et après je trouve que le besoin, ces les gens qui se le font. En dehors des vrais besoins, des vrais maladies j'entends.*

Et enfin pour en revenir à la formation initiale, un des MSU a souligné l'importance des stages en ambulatoire dès l'externat, et faire moins de stage en hospitalier.

*21 : ...probablement qu'il faudrait insister auprès des internes de médecine générale sur le fait que la vision hospitalière qu'ils ont sur la grande partie de leur cursus, elle est très éloignée, enfin assez éloignée de la vision de la médecine générale rurale, en particulier ici...*

*21 : En fait ils arrivent ici avec leur regard d'hospitalier qu'ils ont toujours eu avant et ça il faudrait probablement insister sur le fait que ce qu'on apprend et à l'hôpital et dans nos livres aussi, bah parfois il faut nuancer un peu parce que le patient veut, parce qu'il faut négocier, parce que ça n'est techniquement pas possible, parce que le labo n'est pas là le samedi matin ou samedi après midi et que on fait sans et voilà...*

---

<sup>14</sup> APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie.

### **En résumé :**

- **Concernant les besoins en santé de la population, ils ont évolué en dix ans. Actuellement ils sont principalement psychosociaux, avec un besoin ressenti plus qu'un réel besoin des patients.**
- **La formation du troisième cycle est dite de qualité, ce qui a permis beaucoup de changement dans la prise en charge des besoins en santé de la population actuelle.**
- **L'idée d'une formation territoriale serait plus adaptée et réalisable en formation continue, et serait une idée d'amélioration dans la réponse aux besoins de la population locale.**
- **Concernant le rôle du médecin généraliste, il a évolué avec les besoins en santé de la population et la démographie médicale. Ils sont en demande de revalorisation et précision du rôle du médecin généraliste, mais sans avoir un cahier des charges trop strict et limité.**
- **Les partenaires de la faculté sont l'ARS, les associations de FMC les réseaux de gérontologie, la PMI, le conseil général, et des formateurs dans la communication.**

## 4. DISCUSSION

### 4.1. Méthode

Notre étude s'inscrit dans le cadre du projet de recherche-action, avec pour objectif principal l'évaluation du ressenti des MSU sur la formation des futurs médecins à la faculté de médecine de Poitiers. Le deuxième objectif est la diffusion du concept de responsabilité sociale véhiculé par le projet francophone.

#### 4.1.1- Le recrutement

Afin de répondre à l'objectif de notre étude, la méthode qualitative par focus group a été choisie.

Le principal frein a été le recrutement des MSU en nombre suffisant. Pour assurer la validité de l'étude, le nombre de participants par focus group devait être de six minimum, afin d'assurer une dynamique de groupe, et de dix maximum pour permettre à chacun de s'exprimer et pouvoir modérer le groupe.

Pour les deux premiers focus group, le recrutement s'est effectué via le président du COGEMS, organisateur de l'assemblée générale. Deux groupes de six MSU ont pu y être organisés. C'est surtout pour le dernier focus group que le recrutement a été difficile. Nous avons dû solliciter les maitres de stages par différents moyens (e-mail, appels téléphoniques...). Ce qui a permis de former un troisième groupe de sept MSU, en Charente. Un quatrième focus group était au départ prévu, cependant nous n'avons pas réussi à trouver un nombre suffisant de MSU volontaires pour faire ce dernier focus group.

Les facteurs limitant la participation à cette étude sont la durée trop longue des entretiens collectifs, et le fait que le sujet soit peu parlant pour la population cible. Les autres travaux de thèses (12-13-14-15) ont présenté les mêmes difficultés.

Au décours de ces trois focus group, beaucoup de données étant déjà consensuelles, et deux idées restaient à clarifier. Sur l'avis du responsable des études qualitatives, nous avons réalisé des entretiens individuels semi directif.

Cette adaptation de méthode a permis de clarifier ces deux points importants non consensuels, et donc de renforcer la significativité des données obtenues. De plus les entretiens individuels étant d'une durée moyenne de trente minutes environ, ceci nous a permis d'obtenir l'adhésion des participants.

Concernant la population participante, les MSU ne viennent pas de manière égale de tous les départements. Il y a plus de participants provenant de Charente à 42%. Ceci s'explique par le fait qu'un focus group s'est réalisé dans ce département grâce à un grand nombre de volontaires. La Charente regroupe un grand pool de pédagogue.

De plus, l'âge moyen des trois groupes de MSU est de 56,5 ans avec une médiane à 59 ans. Si on compare l'âge médian des trois focus group, le premier group est légèrement plus jeune que les deux autres avec une médiane d'âge de 56,5ans, contre 59-60 ans pour les deux autres groupes et la médiane d'âge des trois groupes réunis. Globalement l'âge moyen et médian de la population interrogée est dans la tranche d'âge 50-60 ans. Il est possible que ceci représente un biais, car des MSU plus jeunes auraient peut être apporté des idées différentes.

#### **4.1.2- La réalisation des entretiens**

Le guide d'entretien qualitatif a été fait à partir des guides des thèses précédentes. Pour améliorer sa qualité, ce guide a été validé par un expert de la responsabilité sociale et un expert de la méthode de recherche qualitative, puis testé sur quatre médecins volontaires afin de vérifier la compréhension des questions. Malgré ces précautions, en cours du troisième focus group, deux questions ont été rajoutées par manque d'informations, sur l'évaluation des médecins, et l'évaluation de la formation de la faculté pour les inciter à aller vers l'accréditation de la faculté, mais sans efficacité.

Le rôle du modérateur est fondamental pour le bon déroulé des entretiens. Pour les trois focus groups, il s'agissait de deux animateurs ayant de l'expérience dans ces entretiens collectifs, et impliqués dans le projet responsabilité sociale et recherche action. Il a fallu plusieurs fois, recentrer le débat sur le sujet de la formation et du rôle de la faculté dans la réponse aux besoins en santé. Les MSU

avaient tendance à parler que des médecins généralistes installés et parler de leurs propres pratiques et expériences personnelles. D'où le rôle du modérateur.

Les débats ont été limités pour chaque groupe à 1h, afin de respecter les impératifs des participants et libérer les salles où se déroulait l'entretien, dans les temps. De plus, un des sept participants, lors du troisième focus group, est parti à cinq minutes de la fin du débat, pour un impératif professionnel, mais ce dernier s'était déjà bien exprimé en cours du débat.

### **4.1.3- La transcription et analyse**

L'étape de transcription des données peut constituer un biais, par le risque de perte de données. Ce biais a été limité par l'utilisation de multiples moyens d'enregistrements positionnés à différents endroits de la pièce, permettant de limiter la perte de données, notamment lorsque les participants parlent en même temps ou en cas de bruits interférents.

Le biais d'analyse et d'interprétation est aussi limité par la triangulation des résultats entre la thésarde et deux autres internes travaillant sur ce même projet de recherche.

## **4.2. Les résultats**

### **4.2.1- Objectif principal: le ressenti des MSU sur le rôle de la faculté de médecine pour répondre aux besoins en santé de la population.**

Le concept de responsabilité sociale leur était inconnu initialement, mais leur connaissance de la formation des médecins généralistes, a permis d'obtenir des idées en lien avec une démarche de responsabilité sociale.

#### **4.2.1-1. Identification des besoins en santé de la population**

Le rôle premier d'une faculté de médecine socialement responsable est d'identifier les besoins en santé de la population. En effet selon l'axe 1 du consensus mondial "Anticipation des besoins en santé de la société ", la faculté de médecine socialement responsable " reconnaît les déterminants sociaux de la santé (...)" (9).

Les MSU ont reconnu l'importance d'identifier les besoins en santé de la population. Cependant leurs réponses ont été peu nombreuses. Ils sont tous d'accord sur le fait que les besoins actuels de la société sont principalement psychologiques et sociaux. Et ils insistent sur une différence entre les besoins réels de la population et les besoins ressentis et créés par celle-ci. Concernant les acteurs dans l'identification de ces besoins, ils n'ont pas cité clairement la faculté, mais ils y incluent les étudiants formés par cette dernière, les maîtres de stage et chercheurs qui en dépendent.

#### **4.2.1-2. La formation**

Une faculté socialement responsable doit adapter ses enseignements en fonction des besoins en santé de la population et de leurs évolutions, comme le précise l'axe 1 du consensus mondial : " Elle oriente en conséquence ses programmes d'enseignement (...) 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) (...) " (9).

Les MSU ont une bonne connaissance de la formation délivrée par la faculté de médecine de Poitiers en médecine générale, du fait de leur statut de maître de stage et donc d'enseignant. En effet, ils participent à l'écriture du projet pédagogique et des enseignements.

L'ensemble des résultats montre la nécessité d'améliorer l'enseignement de la médecine générale en France, afin de répondre aux enjeux de la responsabilité sociale des facultés de médecine.

- Une formation propre à la médecine générale dès le deuxième cycle

Concernant la formation théorique, la qualité du troisième cycle de médecine générale fait consensus. Les MSU soulignent une amélioration dans la relation médecin-malade chez les internes et les jeunes médecins, qu'ils relient à cette formation. Cependant, ils manifestent leurs incompréhensions du manque d'enseignement propre à la médecine générale avant le troisième cycle, alors que plus de la moitié des étudiants sont des futurs médecins généralistes. En effet, en 2015, les internes en médecine générale étaient 111 sur 244 internes en Poitou-Charentes. En 2016, ils devraient être 120 internes de médecine générale sur 254 internes au total dans la région (18).

Selon eux, une formation de l'approche centrée sur la personne, de la communication avec le patient, serait utile à tous les étudiants. Ceci permettrait d'une part de leur apprendre ce qu'est le métier de médecin généraliste et peut être favoriser leur choix futur vers la médecine générale. Ceci permettrait indirectement d'augmenter le nombre de médecins généralistes sur le territoire.

En ce qui concerne la formation pratique, les MSU regrettent que les stages soient principalement hospitaliers et non ambulatoires, dès le deuxième cycle. Pour eux, les stages en ambulatoire sont une des principales clés dans la réponse aux besoins en santé : "Comment mieux former les futurs médecins que sur le terrain au contact de la population ?".

Depuis 1997 à Poitiers, la faculté a mis en place les stages ambulatoires dès le deuxième cycle comme l'oblige la loi. Actuellement, en L3 (anciennement DCEM1) il y a quatre demi journées de stage chez le médecin généraliste, trois mois pour les externes, et deux stages de six mois pour les internes dont le deuxième appelé SASPAS est facultatif. Un stage mère-enfant existe aussi mais en nombre limité. On note que la faculté de médecine de Poitiers s'inscrit dans une démarche de développer les stages ambulatoires mais elle est actuellement limitée par le manque de terrains et de maitres de stage. Ce point est clairement souligné par les MSU.

Cependant, ceci n'est pas appliqué dans toutes les facultés de France, et tous les étudiants n'ont pas accès à ce stage ambulatoire de manière égale. Ceci s'explique

par un manque de terrains de stages par rapport au nombre d'externes, ainsi que la méthode aléatoire de choix de stages par ces derniers.

En 2012, M. Boinot, réalise une étude sur la représentation de la médecine générale chez les externes (19). Il en ressort des craintes et surtout une méconnaissance du métier de médecin généraliste. Alors que les externes ayant fait le stage ne présentent pas du tout les mêmes craintes.

Par ailleurs, si on reprend la thèse du Dr V. Olariu en 2014 (12), les internes sont demandeurs de faire plus de stage ambulatoire, et ils ont également souligné l'importance d'augmenter le nombre de stage ambulatoire pour les externes.

Le pacte territoire santé, créé en 2012 va dans ce sens avec un objectif d'atteindre 100% des étudiants qui passe chez un médecin généraliste d'ici 2017 (20). En 2013, on était parvenu à 60% au niveau national, et dans 8 régions de France les 100% étaient atteint.

- Une formation complémentaire obligatoire et territoriale

Concernant la formation complémentaire, des réformes sont à apporter, notamment dans la réglementation de celle-ci. Aujourd'hui elle n'est pas obligatoire, non contrôlée, ni sanctionnante. Ce qui fait que certains médecins ne s'impliquent pas dans ce type de formation, qui pourtant est une des réponses aux besoins en santé de la population.

De plus une question a été soulevée par l'un des participants : l'utilité et la faisabilité d'une formation territoriale plutôt que nationale afin de répondre au mieux aux besoins en santé de la population. Un consensus fort sort de cette idée, cependant ils insistent sur le fait que cela se ferait avant tout en formation complémentaire, car selon eux ce serait difficile à réaliser et surtout n'aurait pas d'intérêt en formation initiale.

- Ils se sont interrogés sur une modification du mode de sélection des étudiants en médecine.

Concernant les modes de sélection en première année (PACES) et en sixième année (ECN), ils ne semblent pas adaptés. En effet, cette manière de sélectionner et de former les étudiants ne répondrait pas aux besoins en santé de la population, selon les MSU. Un autre mode de sélection des étudiants a été proposé, qui existe déjà dans certains pays anglo-saxons, et en Amérique du nord : l'entretien oral.

#### **4.2.1-3. Les rôles du médecin généraliste et son évolution**

En ce qui concerne les rôles du médecin généraliste, comme l'indique l'axe 3 du consensus mondial, " 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..." (9).

Les MSU définissent les rôles du médecin généraliste répondant aux besoins, par les six compétences définies par le CNGE (annexe 4), et sur lequel repose la formation de troisième cycle de médecine générale. Malgré ces compétences théoriques, les tâches du médecin généraliste sont mal définies, et sont praticien dépendant. En effet, chacun d'eux a ses propres connaissances, ses propres représentations personnelles, soigne des patients différents, dans des lieux différents et avec des moyens différents. Un des participants aux focus groups a évoqué la nécessité de redéfinir le rôle du médecin généraliste avec un nouveau cahier des charges. Mais les MSU interrogés individuellement craignent que ceci limite la liberté d'action dont ils jouissent actuellement, par une limitation des tâches trop stricte.

Ils proposent que le médecin devienne coordonnateur des soins du patient, en déléguant certaines tâches. C'est ce que préconise l'alinéa 3.1 du consensus mondial : " (...) 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" (9). Ainsi que l'alinéa 3.2 : "De telles compétences incluent l'éthique, le travail en équipe, l'adaptation à la diversité culturelle, le *leadership* et la communication. " (9). Mais on sent une certaine contradiction car ils veulent déléguer des tâches pour se

libérer du temps, mais disent ne pas savoir en qui avoir confiance. C'est ce qu'on retrouve dans la thèse du Dr M.Bazile (14), "il est nécessaire d'améliorer la coordination et la communication avec les professionnels paramédicaux."

Le terme de « mauvaise utilisation » du médecin avait été évoqué dans l'un des focus group, mais les médecins interrogés individuellement ne sont pas d'accord avec cette idée. Selon eux, les motifs de consultation définis comme une mauvaise utilisation du médecin, sont certes "ingrater" mais font partis du rôle du médecin généraliste. Ce qui démontre bien qu'il y a une nécessité de redéfinir le rôle du médecin généraliste, car les MSU sont ici en désaccord.

#### **4.2.1-4. Les partenaires de la faculté**

La démarche de responsabilité sociale doit se faire en collaboration avec des partenaires, "en vue d'améliorer la performance du système de santé et le niveau de santé de la population" (9). L'axe 2 du consensus mondial recommande la "création de partenariats avec le système de santé et d'autres acteurs".

C'est le pentagone des partenaires qui regroupent: les gestionnaires et décideurs politiques, les professionnels de santé, la société civile et les institutions universitaires (figure 2).

Tous ces acteurs sont cités par les MSU, sauf la faculté. En effet, ils ne la considèrent pas comme acteur dans l'identification des besoins en santé ni dans l'évaluation des objectifs fixés, mais elle travaille avec d'autres partenaires impliqués dans cette mission.

Ils soulignent le rôle des patients dans l'identification des besoins et dans l'évaluation des objectifs fixés, mais pas dans la formation. Ce que reprennent les résultats obtenus par le Dr AL. Maillard dans sa thèse sur le ressenti des patients (13). En effet les patients avaient exprimé leur souhait de participer à notre formation, et d'être intégrés dans les partenaires de la faculté.

Concernant les paramédicaux, les MSU les ont cités comme partenaires de la faculté dans la formation et dans l'identification des besoins de santé. Mais ils ont

surtout insisté sur leur rôle dans la délégation de tâches des médecins généralistes, notamment aux infirmières ASALEE. Lancée en 2004, par un médecin généraliste des Deux Sèvres, ASALEE est une association permettant une coopération entre professionnels de santé portant sur les soins de premiers recours. Les infirmières se voient confier par les médecins la gestion informatique de certaines données du patient et des consultations d'éducation thérapeutique, selon un protocole bien défini (21). Pour les participants, ce système de coopération avec les infirmières ASALEE est essentiel, et un gain de temps pour eux. Cependant, ils soulignent que tous les médecins n'y ont pas accès.

Concernant la formation des médecins, les paramédicaux sont peu impliqués, hormis l'importance des stages satellites. Mais ces derniers ne sont pas obligatoires et tous les étudiants n'y ont pas accès.

Cette notion fait écho à la thèse du Dr M. Bazile (14), traitant du ressenti des professionnels paramédicaux. Ils regrettaient en effet que les enseignements relevant de soins paramédicaux ne soient pas effectués par les paramédicaux eux mêmes. Par ailleurs, ils évoquaient la nécessité d'une délégation des tâches du fait d'un accroissement de la demande de soins.

Ils intègrent les étudiants dans les partenaires de la faculté. Ce qui complète les données de la thèse du Dr V. Olariu (12) et du Dr F. Melchior (15).

#### **4.2.1-5. La démographie médicale**

Ensuite, le problème de la démographie médicale revient au cours des entretiens, et elle constitue une réponse majeure aux besoins de santé de la population. Comme le dit l'axe 3 du consensus mondial, la faculté doit former " une diversité de spécialistes de qualité et en nombre suffisant " (9).

Les MSU rapportent un manque de médecins. Pourtant la France n'a jamais compté autant de médecins : 281 087 médecins sont inscrits au tableau de l'Ordre en 2014, dont 215 539 médecins sont en activité, soit le double qu'il y a 35 ans (22).

- Causes des problèmes de démographie médicale

Cette augmentation générale des effectifs s'explique par une forte hausse des médecins retraités inscrits au tableau de l'ordre : 26,4% des inscrits au tableau de l'ordre ont plus de 60 ans, dont 23% du total sont retraités et cette proportion augmente (22). On retrouve cette tendance dans la région Poitou Charente avec 24,8% de médecins retraités inscrits au tableau de l'ordre en 2015 (23). Ce problème a été évoqué par les MSU, en exprimant des départs massifs à la retraite avec l'absence de successeurs.

Concernant les médecins généralistes, ils sont 1694 libéraux et mixtes (libéraux et salariés) en Poitou Charentes ; soit une baisse des effectifs de 12,4% ces huit dernières années (23). Cette tendance est confirmée par l'atlas national de 2015 (22).

Les MSU mettent en cause la diminution du numerus clausus, par les décideurs politiques il y a quelques années (en 1992). Ils ont clarifié le fait que la faculté n'avait pas de rôle dans la détermination de ce chiffre. En effet, la décision est ministérielle et annuelle. Cependant depuis les années 2000, le nombre ne cesse d'augmenter, pour atteindre 7646 en 2016, contre 7497 en 2015 (24-25) au niveau national pour le PACES. À Poitiers, nous sommes à 197 places en médecine pour l'année 2016, comme pour l'année 2015 (24-25). À noter une augmentation nationale et non régionale, ce qui peut expliquer la différence entre l'effectif médical national et régional.

L'autre cause de ce souci de démographie médicale selon les MSU est la féminisation. En effet, on pourrait penser que ce phénomène soit négatif pour le secteur libéral, car les femmes diminueraient leur nombre d'actes pour leur qualité de vie personnelle. Mais bien au contraire elles profitent largement au secteur libéral : 54% des médecins généralistes libéraux mixtes âgés de moins de 40 ans sont des femmes (23). Et les MSU soulignent que le désir de concilier vie professionnelle et vie privée se retrouve chez les jeunes médecins, hommes ou femmes, et ce que confirme l'atlas national (22).

Ce qui ne ressort pas des entretiens est l'attraction pour la pratique salariale, qui est de plus en plus fréquente. On retrouve 47% de médecins en activité libérale

pur, 10% en activité mixte, et 43% sont salariés, dans la région Poitou Charentes (23). Ce qui ne veut pas dire que les jeunes médecins ne veulent plus s'installer en libéral car le taux d'installation en libéral est de 15% lors de la première inscription à l'ordre, et se maintient autour de 40-45 % après 5 ans d'inscription (22).

Les MSU ont surtout insisté sur la mauvaise répartition sur le territoire de ces derniers. En effet, il y a globalement une bonne couverture médicale sur le territoire mais peu d'installation de jeunes médecins en rural.

Les participants ont souligné que les jeunes médecins ne souhaitent plus exercer en zone rurale. Toutefois les déserts médicaux ne sont pas qu'en zones rurales.

Comme l'indique l'Atlas national de la démographie médicale (22), les métropoles comme Paris et les villes moyennes comme Châteauroux, sont aussi concernées. Sur la période 2007/2015, la région Ile-de-France recense une diminution de 6% des médecins en activité régulière, alors que la région des Pays-de-la-Loire comptabilise une hausse de 6% (22). Concernant la région Poitou-Charentes, sur la période 2007/2015, 61 bassins de vie ont enregistré une baisse des effectifs de médecins généralistes libéraux et mixtes. Les zones les plus concernées sont les Deux-Sèvres et la Charente (23). Le bassin de vie de Celles-sur-Belle enregistre la plus forte baisse des effectifs (-66,7%), celui de Saint-Varent est au second rang (-50%) et le bassin de vie de la Rochefoucauld se place en troisième position (-40%) (23).

- Les moyens pour palier aux problèmes de démographie médicale

Des aides ont été mise en place au niveau national et régional depuis 2011, pour inciter à l'installation des jeunes médecins dans ces lieux.

Il y a le CESP, qui s'adresse aux étudiants à partir de la deuxième année et jusqu'à la fin de l'internat. Ce contrat consiste à recevoir une allocation mensuelle, et en échange le bénéficiaire s'engage à s'installer dans une zone déficitaire, et choisir une spécialité moins représentée. 71 contrats ont été signés depuis sa création en 2010 en Poitou Charentes, dont 17 depuis septembre 2015 (26).

Il existe aussi les Praticiens Territoriaux de Médecine Générale (PTMG), depuis 2013, qui apporte une aide financière par une garantie de revenus et une protection sociale. 31 contrats ont été signés en Poitou Charentes depuis 2013 (27).

Les participants ont cité le CESP, mais sans en connaître vraiment les aides fournies. La promotion de ces aides auprès des étudiants au sein de la faculté pourrait être plus importante, pour peut-être augmenter le nombre de volontaires et d'intéressés. C'est ce qu'ont abordé les MSU en proposant de faire découvrir aux étudiants, de les sensibiliser aux zones sous médicalisées, avec des journées découvertes auprès des personnes du terrain. Ce qui existe déjà aux journées de rentrée des étudiants sur Poitiers.

En ce qui concerne les maisons médicales pluri-professionnelles, pour les MSU, ce serait un moyen pour améliorer la pratique des médecins, en favorisant le regroupement des médecins, afin d'attirer les jeunes médecins. Cependant, les chiffres démontrent qu'on y trouve plus particulièrement des médecins âgés en moyenne de 50 ans qui exerçaient auparavant dans des cabinets individuels (22).

Ils ont aussi parlé des médecins "étrangers", avec une opinion négative sur ce moyen. Si le nombre de médecins titulaires d'un diplôme obtenu hors de France ne cesse d'augmenter depuis 2007 (+42,7%), il n'en reste pas moins que ces médecins privilégient massivement l'exercice salarié (62%) ou mixte (13%). Seul un quart d'entre eux exerce en secteur libéral exclusif et privilégient les territoires à forte densité (22).

Par ailleurs, il faut préciser que la situation actuelle de démographie médicale pour les spécialistes en libéral est similaire (22-23). Les MSU ont d'ailleurs souligné le manque de spécialistes, et surtout en rural. Ce qui est un frein à la réponse aux besoins en santé de la population selon eux. Ils n'ont pas proposé de moyens d'amélioration.

#### **4.2.1-6. La recherche**

Les participants ont évoqué aussi le rôle de Recherche de la faculté de médecine dans sa réponse aux besoins de santé.

Si on reprend l'axe 1 du consensus mondial : " 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 ... la recherche (fondamentale et appliquée) et les prestations de service " (9). Ils ont exprimé leur enthousiasme face à cette thèse, qui montre que la faculté veut s'adapter à la société et s'améliorer.

### **4.2.2- Objectif secondaire**

#### **4.2.2-1. Les indicateurs**

L'objectif secondaire de cette étude est d'identifier des premiers indicateurs permettant d'évaluer le niveau de responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers.

Lors des entretiens collectifs ou individuels, la question n'a pas été posée clairement, on peut cependant identifier quelques indicateurs cités par les MSU :

- Nombre d'étudiants à former, soit le numerus clausus en fonction du besoin territorial.
- Nombre de stage en ambulatoire fait par les étudiants en deuxième et troisième cycle.
- Nombre d'internes à former en fonction du besoin territorial.
- Nombre d'internes s'installant dans la région.
- Nombre d'installations en zones sous médicalisées.
- Nombre de CESP ou PTMG signés.
- Nombre d'installations en libéral non mixte.
- Évaluation des pratiques, et enquêtes de satisfaction.
- Réunion collégiale avec les différents partenaires de la faculté autour de l'identification et la réponse aux besoins en santé.

Pour en revenir à l'évaluation des objectifs de formation fixés, ceci est une première étape vers l'accréditation d'une faculté socialement responsable.

Selon l'axe 4 du consensus mondial : " 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" (9).

Sans avoir connaissance de la notion d'accréditation de la faculté, les MSU ont abordés des moyens d'évaluation d'une faculté socialement responsable, cités dans cet axe.

Ils ont parlé de l'auto-évaluation et l'hétéro-évaluation des compétences sur lesquelles repose le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale, c'est le principe du Dossier De Réussite (DDR). Ils pointent du doigt l'absence d'hétéro-évaluation des médecins installés, c'est à dire d'évaluation de pratique. Actuellement, il existe un état des lieux annuel par la CPAM correspondant à l'évaluation pour la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP). Mais ce ne sont pas de véritables évaluations de pratiques dans le sens où il n'y pas de remise à niveau ou de formation complémentaire demandée ou conseillée au décours. Ils ont proposé de mettre en place un système de FMC contrôlée et référencée par les instances, en prenant pour exemple l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (OGDPC) relié au conseil de l'ordre, ou un système de test de lecture de revue médicale "type Prescrire®" obligatoire.

Les MSU soumettent l'idée d'enquêtes de satisfaction concernant la formation. Cette enquête serait interne auprès des étudiants et médecins maitres de stage, et externe auprès des patients. Cette idée complète les thèses précédentes (12-13-14-15), qui retrouvent cette même proposition d'enquête, d'évaluation.

Ils ont proposé aussi de prendre en compte l'évolution des indicateurs de santé publique, c'est à dire la diminution de la morbi-mortalité entre autre; l'évolution des

données démographiques médicales (nombre de médecins). Le délai d'accès aux soins (aux spécialistes, aux examens complémentaires, aux hôpitaux...) reflète aussi l'efficacité des réponses apportées aux besoins de santé de la société. De plus, ils ont évoqué de prendre en compte le nombre de "burn out" chez les médecins, qui indiquerait indirectement la réponse de la formation aux besoins en santé de la population.

#### **4.2.2-2. Propositions secondaires**

A partir des réponses des MSU, des propositions peuvent être faites pour améliorer l'impact de la faculté de médecine de Poitiers sur la santé de population de la région.

##### Les propositions autour de la formation:

- Mettre en place un médecin référent pour chaque étudiant en PACES, permettant une évaluation de ses motivations, et un suivi dans son parcours.
- Introduire dans la formation du deuxième cycle un module d'enseignement de médecine générale avec des intervenants médecins généralistes, en parallèle avec les stages ambulatoires.
- Créer des formations théorique et pratique auprès des paramédicaux. Tout en rendant les stages satellites obligatoires.
- Introduire des formations spécifiques à thème avec des intervenants extérieurs à la faculté : par exemple une formation concernant "un patient victime d'agressions" avec le partenariat de policiers, du procureur de la République, un médecin légale, des associations de victimes, un psychologue.
- Faire une formation sur l'économie de la santé avec le partenariat de la CPAM, et des économistes de la santé.
- Réorganiser les stages dès le deuxième cycle avec plus d'ambulatoire, moins d'hospitalier ou en tout cas plus d'hospitalier périphérique.
- Rendre la FMC obligatoire et contrôlée.
- Axée la FMC sur la santé territoriale locale.

#### Les propositions autour de la démographie médicale :

- Création de journées découvertes pour les étudiants au sein des communes sous médicalisées en présence de la population locale.
- Création d'un module "Installation" où les problèmes de démographie médicale seraient abordés, dans la formation de deuxième cycle avec comme partenaire l'ARS.
- Création d'un nouveau statut juridique libéral en temps partiel, adapté à la féminisation de la médecine, pour favoriser l'installation en libérale.

#### Les propositions autour des partenariats :

- Réunion collégiale avec tous les partenaires de la faculté pour aborder les difficultés, les lacunes, et les améliorations à apporter dans la formation.

#### Les propositions autour de l'évaluation:

- Evaluation des connaissances et de la pratique des médecins installés obligatoire à partir des FMC et des données recueillies par la CPAM.
- Améliorer l'évaluation pratique des étudiants avec la participation des paramédicaux et les patients.

### **4.3. Ouverture sur le projet RA-RS**

Chaque université impliquée dans ce projet avancent avec un rythme différent et sont à des phases différentes du projet.

#### **4.3.1- Dans le monde et en France**

La phase 2 d'expérimentation est déjà bien avancée dans certains pays comme la Tunisie. Dès 2014, le contrat faculté territoire est mis en place et aboutit à une délocalisation du campus en zone sous médicalisé permettant un accès aux étudiants dans ces régions (28).

En septembre 2015, un contrat faculté nation est mis sur pied en Roumanie reposant sur un meilleur accès aux soins de qualité et limiter la migration des médecins. Ce travail se fait au sein de onze facultés roumaines et une faculté moldave (28).

En France, la faculté de Tours est impliquée dans ce projet depuis juin 2015. Un séminaire a eu lieu le 12 juin 2015 sur le sujet du rôle social de la Faculté de médecine de la région Centre Val de Loire à Tours dans son territoire. Ce séminaire s'est conclu par la définition d'une série de 10 engagements qui sont déclinés en actions concrètes en 2016 (29).

En avril 2015, lors de la 4<sup>ème</sup> réunion du Comité de Pilotage (COPIL) du Projet, à Bruxelles, le Plan Stratégique 2015-2020 a été diffusé (30) (annexe 5).

Il repose sur trois priorités :

- l'impact de la RS dans les facultés ;
- le partenariat et les collaborations avec les professionnels de santé, académique et la population civile ;
- l'accréditation qui sans aucun doute devra être mise en œuvre dans les prochaines années.

Une nouvelle réunion du COPIL du Projet RA-RS aura lieu à Québec en mai 2016. Et la prochaine conférence internationale sur la RS s'effectuera en Tunisie en avril 2017. Ces rassemblements permettront de faire un point sur les avancées du nouveau plan stratégique et les perspectives avenir.

### **4.3.2- À Poitiers**

Notre étude qualitative complète les résultats obtenus lors des travaux précédents (11-12-13-14-15), dans la phase 1 du projet recherche action sur la responsabilité sociale.

Les résultats de cette thèse sont complémentaires et comparables avec ceux des études précédentes. En effet :

- l'apprentissage par compétences
- favoriser l'enseignement pratique par les stages ambulatoires
- promotion de la médecine générale dès le deuxième cycle
- développement de la formation continue, et la contrôler
- coordinations avec les institutions locales
- création des partenariats dans l'identification et la réponse aux besoins, notamment l'importance de l'implication de la société.

Des travaux de recherche sont encore en cours concernant l'avis des partenaires de la faculté : les médecins maîtres de stage hospitaliers, les médecins spécialistes ambulatoire, les externes, les administratifs de la faculté, l'ARS et les collectivités territoriales. Après avoir recueillis l'ensemble des résultats de tous les partenaires, une étude analysera et comparera l'ensemble des données afin de proposer un plan d'applicabilité.

## CONCLUSION

La responsabilité sociale des facultés de médecine constitue l'avenir de l'enseignement médical. Il devient nécessaire pour les facultés de prendre conscience et de s'adapter à l'évolution de la société. Elles se doivent de répondre aux besoins de santé de la population qu'elles servent, par le biais de leur formation et de leur programme de recherche. Pour cela, une remise en question sur leur fonctionnement actuel, susciter des réflexions et proposer des solutions, sont nécessaires. C'est le principe du projet de recherche action responsabilité sociale, dans lequel la faculté de Poitiers est impliquée depuis sa création.

Dans ce travail, nous avons recueilli l'avis des médecins généralistes maîtres de stage quant à l'implication de la faculté de médecine de Poitiers dans la réponse aux besoins en santé de la population.

Les résultats montrent la méconnaissance des MSU de l'avancée manifeste de la faculté de médecine vers une formation socialement responsable. Pourtant la diffusion des principes de responsabilité sociale a été initiée à Poitiers depuis 2013, en partie grâce aux travaux de thèses réalisés.

Ces résultats pourront être mis en commun avec les autres thèses en cours, explorant l'avis de l'ensemble des partenaires de la faculté de médecine. Par la suite, des projets concrets de responsabilité sociale pourront être expérimentés (phase 2 du projet RA-RS). Des normes pourront alors être soumises pour l'évaluation des facultés de médecine francophones (phase 3 du projet RA-RS), en vue d'une certification, marqueur de l'excellence académique.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Flexner A. Medical Education in United States and Canada. The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching 1910 ; 85.
2. Callis HA. Social Responsibility for Health. J Natl Med Assoc. 1949 May ; 41(3):133 – 4.
3. Déclaration d'Alma-Ata. Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978.
4. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Première Conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa (Canada) 17-21 novembre 1986.
5. 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. Organisation Mondiale de la Santé. 1995.
6. Boelen C, Heck JE. Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine. Organisation Mondiale de la santé. 1995.
7. 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.
8. Boelen C, Woollard B. Social accountability and accreditation: a new frontier for educational institutions. Med Educ. sept 2009;43(9):887-94.
9. Comité de pilotage international, SIFEM. 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. (Annexe1)
10. Boelen C, Gomes J, Grand'Maison P, Deneff 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.
11. 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.
12. Olariu V. Responsabilité sociale de la faculté médecine de Poitiers : le ressenti des internes de médecine générale. [Thèse d'exercice] Université de Poitiers; 2013.
13. Maillard A-L. Responsabilité sociale des facultés de médecine: le ressenti des patients. [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2015

14. Bazile M. Responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers: le ressenti des professionnels paramédicaux. [Thèse d'exercice]. UFR Poitiers Médecine- Pharmacie; 2015.
15. Melchior F. Responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers : le ressenti des internes de spécialités médicales et chirurgicales. [Thèse d'exercice]. UFR Poitiers Médecine- Pharmacie; 2016.
16. Touboul P. Recherche qualitative: la méthode des focus groups. Guide méthodologique pour les thèses en médecine générale. [Internet]. 2012. [consulté le 05 mai 2016]. Disponible sur:  
[www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus\\_Groupes\\_methodologie\\_PTdef](http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef)
17. WONCA. La définition européenne de la médecine générale. Rapport de 2002. [Internet]. 2002. [consulté le 05 mai 2016]. Disponible sur :  
<http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/MGexternes/woncadefmg.pdf>
18. REMEDE. Postes et rangs pour les ECN au CHU de Poitiers. [Internet]. mis à jour en 2016. [consulté le 05 mai 2016]. Disponible sur :  
[http://www.remede.org/internat/rangs-enc.html?mode=det&conv\\_chu=Poitiers](http://www.remede.org/internat/rangs-enc.html?mode=det&conv_chu=Poitiers)
19. Boinot M. Représentations de la médecine générale chez les étudiants de deuxième cycle des études médicales ayant effectué le stage ambulatoire de trois mois. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2012.
20. Ministère des affaires sociales et de la santé. Pacte territoire-santé. [Internet]. novembre 2015 [consulté le 05 mai 2016]. Disponible sur : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/brochure\\_a5\\_pts\\_2\\_-\\_26-11.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/brochure_a5_pts_2_-_26-11.pdf)
21. Bourgueil Y, Le Fur P, Mousquès J, Yilmaz E. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE. Questions d'économie de la santé. Institut de recherche et documentation en économie de santé (IRDES). Novembre 2008 ; 136.
22. CNOM. Atlas de la démographie médicale 2015. [Internet]. 2015. [consulté le 05 mai 2016]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1607>
23. CNOM. La démographie médicale en région Poitou-Charentes, situation 2015. [Internet]. 2015. [consulté le 05 mai 2016]. Disponible sur :  
[https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_poitou\\_charentes\\_2015](https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/atlas_poitou_charentes_2015) .
24. Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Arrêté du 29 décembre 2014 fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé. [Internet]. 31 décembre 2014 [consulté le 05 mai 2016]. JORF n°0302, texte n°104. Disponible sur :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030005467>.

25. Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Arrêté du 21 décembre 2015 fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé. [Internet]. 26 décembre 2015 [consulté le 05 mai 2016]. JORF n°0299, texte n°60. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2015/12/21/AFSH1531648A/jo>
26. ARS. Les contrats d'engagement de santé publique - CESP. [Internet]. 2015. [consulté le 05 mai 2016]. Disponible sur : <http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/Les-etudiants-et-internes-en-m.139613.0.html>
27. ARS. Les praticiens territoriaux de médecine générale - PTMG [Internet]. [consulté le 05 mai 2016]. Disponible sur : <http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/Les-praticiens-territoriaux-de.161259.0.html>
28. Maherzi A, Ladner J, Boelen C et Groupe International Francophone sur la Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine (CIDMEF/SIFEM). Le projet international francophone sur la responsabilité sociale des Facultés de Médecine. États des lieux en octobre 2015. [Internet]. 2015. [consulté le 05 mai 2016]. Disponible sur : <http://www.cidmef.u-bordeaux2.fr/sites/cidmef/files/RS-Sfax.pdf>
29. Faculté de médecine de la région Centre Val de Loire. Etat d'avancement en Février 2016. Des enjeux et des engagements. [Internet]. 2016. [consulté le 05 mai 2016]. Disponible sur : <http://med.univ-tours.fr/actualites/la-faculte-de-medecine-de-la-region-centre-val-de-loire-dans-son-territoire-471424.kjsp>
30. COPIL RA RS, SIFEM, CIDMEF. Facultés de médecine francophones et responsabilité sociale : approche stratégique 2015-2020. Pédagogie Médicale. Octobre 2015; 16(3): 175–182. (annexe 5).

## 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'efficacité dans la prestation des services de santé ; l'harmonisation avec les réalités sociétales ; la définition de rôles nouveaux pour les professionnels de santé ; la démonstration de l'impact des interventions sur le niveau de santé des citoyens.

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

Le Consensus comprend dix directions stratégiques pour qu'une faculté de médecine soit « socialement responsable », insistant sur des améliorations indispensables pour :

- Répondre aux besoins et défis actuels et futurs de la société
- Prioriser en conséquence l'orientation en matière d'éducation, recherche et service
- Renforcer la gouvernance et le partenariat avec d'autres acteurs de santé
- Evaluer et accréditer en vue de mesurer et d'améliorer la performance et l'impact

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

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

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



## Introduction

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

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

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

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

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

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

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

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

Axe 4 : Education basée sur des résultats escomptés.

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

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

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

Axe 8 : Institutionnalisation de mécanismes d'accréditation.

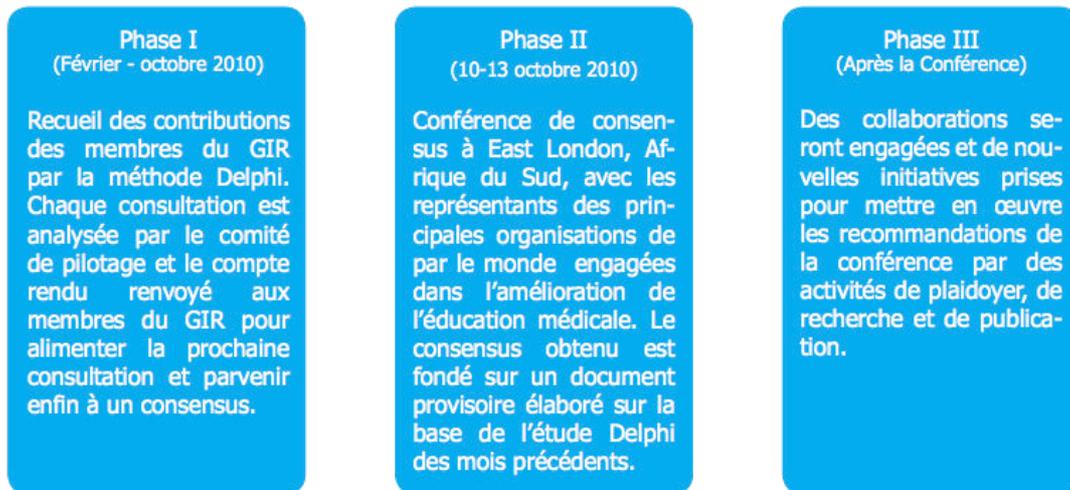
Axe 9 : Adhésion aux principes universels et adaptation au contexte local.

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



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

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



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

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

*NB: El término "social accountability" es intraducible al castellano en su sentido estricto de rendición de cuentas. En este texto se lo traduce por "responsabilidad social", sin reconociendo la limitación que esto produce.*

## 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 la 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.

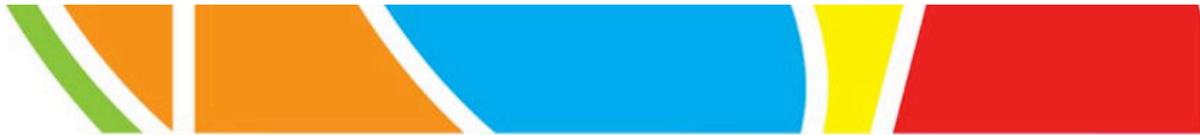
1.2 La faculté de médecine reconnaît les déterminants sociaux de la santé : politiques, épidémiologiques, démographiques, économiques, culturels, et environnementaux. Elle oriente en conséquence ses programmes d'enseignement, de recherche et de prestation de services.

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 efficacité. Dans ce cadre, elle met en œuvre et évalue des modèles innovants, intégrant à la fois la santé individuelle et la santé de la population, l'enseignement et la recherche.

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

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

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

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

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





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

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

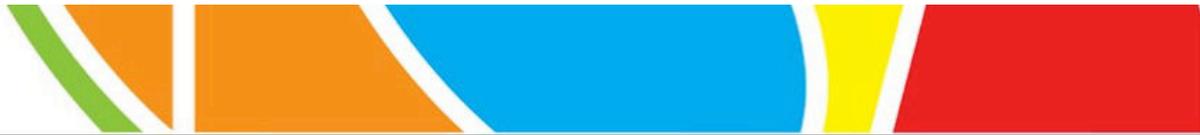
#### **AXE 4. EDUCATION BASEE SUR DES RESULTATS ESCOMPTEES**

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

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

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

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



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 garantir 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 re-

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

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

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





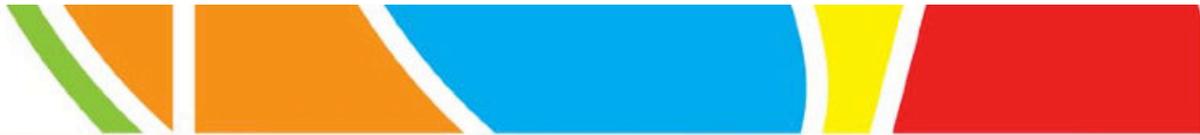
## AXE 6. REDEFINITION DE NORMES POUR L'ÉDUCATION, LA RECHERCHE ET LA PRESTATION DE SERVICES

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

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

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

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



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

6.4 Les normes relatives aux résultats et à l'impact de l'éducation couvrent le 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 efficace aux priorités de santé, l'amélioration de leurs conditions de travail, leur contribution à l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population, dans le territoire où la faculté est implantée.

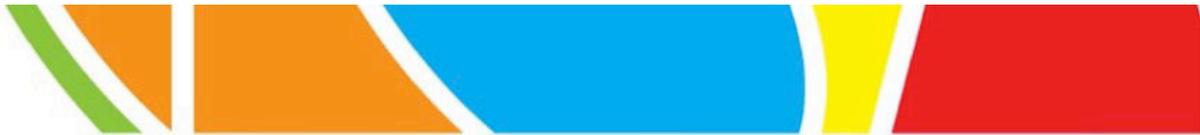
6.5 Les normes relatives à la gouvernance d'une faculté de médecine couvrent les champs suivants : la qualité de la gouvernance institutionnelle, la qualité du leadership, le professionnalisme des cadres académiques, l'utilisation appropriée des ressources, la capacité à créer et maintenir des partenariats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

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

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

## AXE 7. AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ EN ÉDUCATION, RECHERCHE ET PRESTATION DE SERVICES

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



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

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

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

#### **AXE 8. INSTITUTIONNALISATION DE MECHANISMES D'ACCREDITATION**

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

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



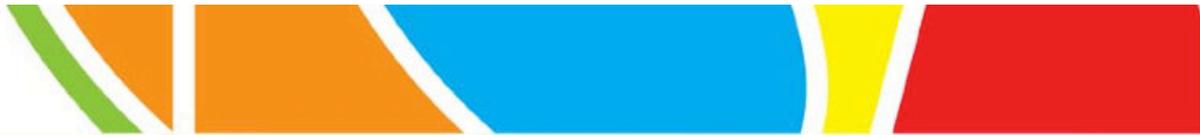
facultés de médecine à répondre de façon efficace aux défis et aux besoins en santé de la société.

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

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

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

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



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

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

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

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

## AXE 10. PRISE EN COMPTE DU 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 Awasés

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

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

HRH, WHO Geneva  
Makerere University and International Medical Group

Jorge Eduardo  
Gutiérrez Caiivá

Asociación Castarricense de Facultades y Escuelas de Medicina (ACOFEMED)

Dan Hunt

Liaison Committee on Medical Education (LCME)

Jehu Iputo\*  
Yusuf Irawan  
Ahmed Kafaji

Walter Sisulu University  
Hasanuddin University  
Jordan University of Sciences and Technology

Joël Ladner\*  
Sam Leinster\*  
Stefan Lindgren\*

Université de Rouen  
University of East Anglia  
World Federation for Medical Education (WFME) and Lund University

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

Walter Sisulu University  
Université de Sherbrooke  
Training for Health Equity Network (THEnet)

THEnet  
Université Laval  
University of British Columbia

## International Reference Group

Mohamed Elhassan  
Abdalla\*

Jazan University

Ibrahim Abdulmeini  
Walid Abubaker\*  
Liliana Aries

Registrar of the Medical and Dental Councils of Nigeria  
WHO/EMRO  
Columbian Association of Medical Schools, Member of Admin Committee at PAFAMS

Carol Aschenbrenner

American Association of Medical Colleges (AAMC)

Makonnen Asefa\*

Ethiopian Public Health Association/ World Federation of Public Health Associations (WFPHA)

Sébastien Audette  
Djona Avokossouma

Accreditation Canada  
HRH, WHO Regional Office for Africa

Ibrahim Banihani

Association of Medical Schools in the Eastern Mediterranean Region

Rashad Barsoum  
Barbara Barzansky  
Mourad Belaciano

Supreme Council of Egyptian Universities  
LCME  
Asociación Brasileña de Educación Médica, ABEM

Dan Benor  
John Bligh  
Dan Blumenthal\*  
Bettina Borisch  
Rosa Maria  
Borrell-Bentz

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

Nick Busing

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

David Buso\*  
Jim Campbell  
Emmanuel  
Cassimatis

Association of Faculties of Medicine of Canada (AFMC)  
Walter Sisulu University

Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG)

Francesca Celetti  
Angel Centeno\*  
Lincoln Chen  
Shakuntala  
Chhabra\*  
Ian Couper\*  
Manuel Dayrit  
Milton de Arruda  
Martins  
Eric de Roodenbeke

HRH, WHO Geneva  
Austral University  
China Medical Board  
MG Institute of Medical Science (MGIMS)  
University of Witwatersrand  
HRH, WHO Geneva  
University of Sao Paulo

Jean-Francois  
Denef\*

International Hospital Federation (IHF-FIH)  
SIFEM International French Speaking Society for Medical Education

Horacio Deza

Association of Medical Schools of the Argentine Republic (AF-ACIMERA)  
UFR Sciences Médicales d'Abidjan

Mohenu Isidore  
Jean-Marie  
Dionande  
Robbert Duvivier

International Federation of Medical Student Associations  
Yaounde Faculty of Medicine  
Hassan II University  
University of Gezira

Tetanye Ekoe\*  
Ama' Elouazzani\*  
Mohamed  
Elsanous\*  
Julian Fisher  
Antoine Flahault

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

Cristobal Fortunato

International Association of Deans of Francophone Medical Schools (CIDMEF)  
Liberia Medical School  
George Washington University  
Afro European Medical and Research Network

Jean-Paul Francke

The Ford Foundation  
Walter Sisulu University

Tabeh Freeman  
Seble Frenywot  
George Gage

Human Resources for Health Development, WHO Regional Office for the Americas/PAHO

Jacob Gayle  
Grace George\*  
Trevor Gibbs  
Charles Godue

International Federation of Medical Students Associations (IFMSA)

Ioana Goganau\*

Patan Academy of Health Sciences, Patan Hospital  
Association of Medical Schools in Europe (AMSE)

Rajesh Gongal\*

Fundacion Educacion Medica  
School of Medicine and Health Sciences, Ghana  
UNESCO

David Gordon\*

University of Newcastle  
University of Gezira  
University of Colorado

Arcadi Gual  
Edward Gyader\*

Shanghai Jiaotong University  
Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM)

Georges Haddad  
John Hamilton\*  
Bashir Hamad\*  
Jason Hilliard  
Yiqun Hu  
Manuel Huaman

HRH, WHO Regional Office for South-East Asia  
Japan International Cooperation Agency

Muzaherul Huq

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

Yojiro Ishii

National Board of Medical Examiners (NBME) and University of Iowa

Marian Eslic  
Jacobs\*

Ministry of Health, Sierra Leone  
Afro European Medical and Research Network

Susan Johnson\*

WHO Pakistan  
WONCA working party on Education

SAS Kargbo

South East Asian Regional Association on Medical Education

Geoffrey Kasembeli  
Zulfiqar Khan\*  
Michael Kidd

International Hospital Federation (IHF-FIH)  
SIFEM International French Speaking Society for Medical Education

Khunying Kobchitt  
Limpaphayom\*

International Hospital Federation (IHF-FIH)  
SIFEM International French Speaking Society for Medical Education

Joseph Kolars  
Jan Maeseneer

HRH, WHO Geneva  
Austral University  
China Medical Board  
MG Institute of Medical Science (MGIMS)

Henri Manasse Jr.\*

University of Witwatersrand  
HRH, WHO Geneva  
University of Sao Paulo

Dianne Manning\*  
Maurice McGregor\*  
Jim McKillop

International Hospital Federation (IHF-FIH)  
SIFEM International French Speaking Society for Medical Education

Donald Melnick  
Hugo Mercer  
Mwepatsa Mipando\*

Association of Medical Schools of the Argentine Republic (AF-ACIMERA)  
UFR Sciences Médicales d'Abidjan

Nader  
Momtazmanesh\*  
Gottlieb  
Monekosso\*  
Fitzhugh Mullian  
Richard Murray\*  
Jeremiah Mwangi

Ministry of Health and Medical Education  
Global Health Dialogue  
George Washington University  
Australia  
International Alliance of Patients' Organizations

Rose Chalo  
Nabirye\*  
Sophon Napathorn\*  
Lois Nora\*

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

John Norcini\*

Foundation for Advancement of International Medical Education and Research (FAIMER)  
Asociación Mexicana de Facultades de Medicina (AMFEM)  
HRH, WHO Regional Office for the Western Pacific

Jesus Noyola

Inter-University Council for East Africa (IUCEA)  
African Center for Global Health and Social Transformation

Ezekiel Nukuro

Fundacion Educacion Medica  
WHO Tanzania  
Global Healthcare Information Network

Chacha Nyagottli-  
Chacha  
Francis Omaswa

Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM)  
Association for Medical Education in Europe (AMEE)

Alberto Oriol Bosch  
Martins Ovberedjo\*  
Neil Pakenham-  
Walsh

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

Jorgi Pales

SIFEM  
Flinders University

Madalena Patricia\*

Pan American Federation of Associations of Medical Schools (PAFAMS/FEPAFEM)

Galina Perfilieva

WONCA President elect  
Hurbet Kairuki Memorial University

Dominique Pestiaux  
David Pridoux\*  
Pablo Pulido

Global Health Workforce Alliance (GHWA)  
University of the Philippines  
Academy of Medical Educators  
Institute for International Medical Education

Rich Roberts  
Paschalis  
Rugarabam\*  
Mubashar Sheikh

Northern Ontario School of Medicine  
University of Kwazulu Natal

Julie Siega-Sur\*  
Leslie Southgate  
David Stern

IntraHealth International  
Russian Academy of Advanced Medical Studies

Roger Strasser

Global Health Education Consortium  
University of Pretoria

Navin Sunderlall\*  
Kate Tulenko  
Felix Vartanian\*

IFMSA  
Foundation for Professional Development

Anvar Velji\*

University of Pretoria  
Flinders University  
UNESCO

Kuku Voyi  
Margot Weggemans\*  
Gustaaf Wolvaardt\*

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Liz Wolvaardt\*  
Paul Worley  
Akemi Yonemura  
Toshimasa Yoshioka

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

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

American Society of Health-System Pharmacists  
University of Witwatersrand  
McGill University  
General Medical Council (GMC)  
Undergraduate Board  
NBME  
Former HRH, WHO  
University of Malawi

Ministry of Health and Medical Education  
Global Health Dialogue  
George Washington University  
Australia  
International Alliance of Patients' Organizations

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

Foundation for Advancement of International Medical Education and Research (FAIMER)  
Asociación Mexicana de Facultades de Medicina (AMFEM)  
HRH, WHO Regional Office for the Western Pacific

Inter-University Council for East Africa (IUCEA)  
African Center for Global Health and Social Transformation

Fundacion Educacion Medica  
WHO Tanzania  
Global Healthcare Information Network

Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM)  
Association for Medical Education in Europe (AMEE)

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

SIFEM  
Flinders University

Pan American Federation of Associations of Medical Schools (PAFAMS/FEPAFEM)

WONCA President elect  
Hurbet Kairuki Memorial University

Global Health Workforce Alliance (GHWA)  
University of the Philippines  
Academy of Medical Educators  
Institute for International Medical Education

Northern Ontario School of Medicine  
University of Kwazulu Natal

IntraHealth International  
Russian Academy of Advanced Medical Studies

Global Health Education Consortium  
University of Pretoria

IFMSA  
Foundation for Professional Development

University of Pretoria  
Flinders University  
UNESCO

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

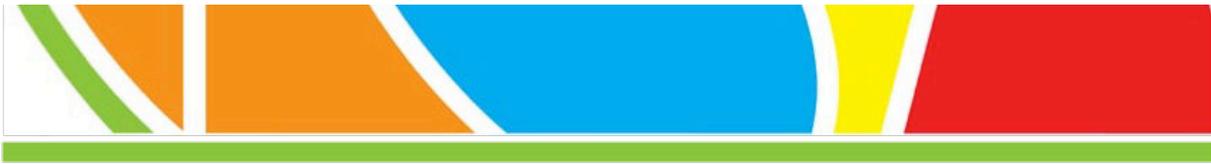
Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

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<sup>e</sup> anniversaire de la Faculté de Médecine Walter Sisulu, un exemple remarquable de faculté de médecine socialement responsable. Nous remercions pour leur soutien : l'OMS, le réseau THEnet ( Training for Health Equity network ), la Société Internationale Francophone d' Education Médicale (SIFEM), la Fédération Mondiale d'Education Médicale ( WFME). La réalisation du projet GCSA fut possible grâce aux subsides accordés par The Atlantic Philanthropies.

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



a place of mind



## **Annexe 2 : Formulaire d'information et de consentement des participants.**

### Formulaire d'information et de consentement des médecins généralistes

Formulaire d'information et de consentement à la participation à une recherche non interventionnelle destinée aux médecins généralistes participants à des focus groups.

#### Participant au focus group

**Homme / Femme** (rayer la mention inutile)

**Année de naissance :**

**Lieu d'installation :**

**Année d'installation :**

**Depuis quand êtes vous maitre de stage ?**

---

Gaëlle SADIER, interne en médecine générale m'a proposé de participer à une recherche non interventionnelle soutenue par le DMG et le COGEMS.

#### **OBJET DE L'ETUDE ET PROTOCOLE :**

Ce travail de recherche est réalisé dans le cadre de la validation du diplôme de Docteur en Médecine de Mademoiselle Gaëlle SADIER, à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers. Le Directeur de thèse est Monsieur Benoit Tudrej, médecin généraliste au 115 rue des Couronneries, 86000 Poitiers.

Ce travail s'intéresse à recueillir l'avis des médecins généralistes sur la place de la faculté dans l'organisation de la santé.

Nous réalisons donc des entretiens de groupes appelés Focus Groups qui ont pour but de faire émerger les avis des participants sur un certain nombre de sujets donnés. L'objet de cette technique méthodologique n'est pas d'être représentatif du groupe étudié, mais de recueillir le plus largement possible les avis du groupe étudié. Ces entretiens sont organisés autour d'un animateur et d'un observateur.

Ces entretiens sont enregistrés (audios) et filmés (vidéos). L'objectif est la retranscription intégrale des échanges. Cette retranscription sera entièrement anonymisée. Ne seront conservées sur chaque participant que les informations suivantes : sexe, année de naissance, lieu d'installation, année d'installation, depuis quand êtes vous maitre de stage ?

L'enregistrement audio sera détruit dès la fin de la rédaction de la retranscription. A l'issue de

la retranscription, les enregistrements audios et vidéos seront supprimés définitivement.

A tout moment au cours du focus group, les participants peuvent décider de ne plus participer à la recherche et sur simple demande auprès de l'investigateur, les données déjà enregistrées avant anonymisation ne seront utilisées dans la recherche. Seules les données anonymisées seront conservées sur l'ordinateur de l'investigateur et une copie sera sauvegardée sur un disque dur externe de l'investigateur.

La retranscription individuelle pourra être communiquée aux participants interrogés s'ils en font spécifiquement la demande auprès de l'investigateur avant son anonymisation.

Une partie ou la totalité des retranscriptions pourront être supprimées à la demande des personnes interrogées s'ils en font spécifiquement la demande auprès de l'investigateur avant son anonymisation.

Les résultats de l'étude seront transmis aux participants interrogés à l'issue de la rédaction de la thèse, sur demande.

J'ai pu poser toutes les questions que je souhaitais, j'ai reçu des réponses adaptées et j'ai pu disposer d'un temps de réflexion suffisant entre l'information et ma décision de participer à cette étude.

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles et seront rendues anonymes.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment sans avoir à me justifier et sans conséquence.

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche non interventionnelle.

Mon consentement ne décharge pas l'investigateur et le promoteur de leurs responsabilités à mon égard.

Fait à ..... , le...../...../2016.

En deux exemplaires originaux

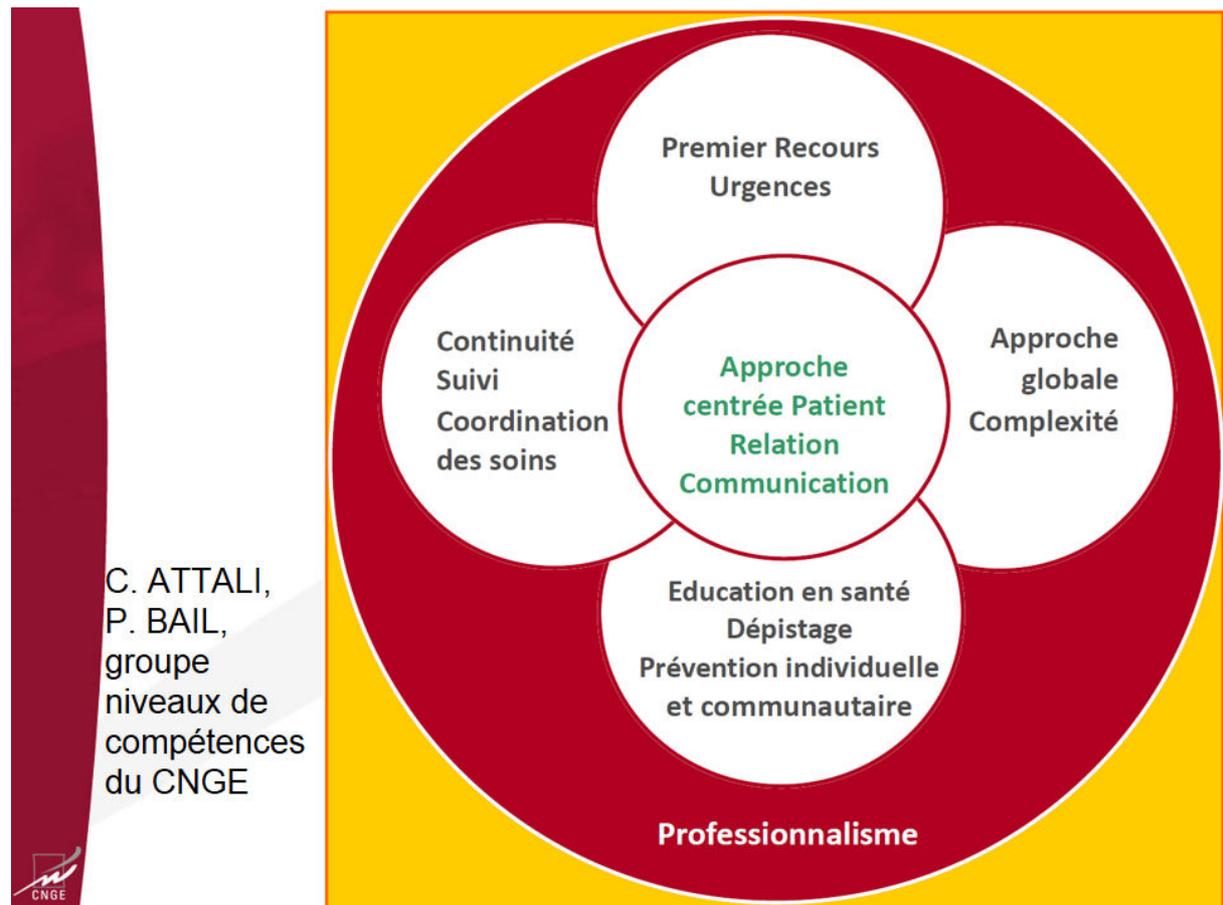
Nom Prénoms du Participant

G.SADIER, Médecin investigateur

Signature (Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé) :

**Annexe 3 : Transcription intégrale des entretiens collectifs et individuels sur CD - verbatim.**

**Annexe 4 : Les compétences du médecin généraliste - Collège National des Généralistes Enseignants selon la définition de la WONCA.**



## Annexe 5 : Plan stratégique 2015-2020.

### PROJET INTERNATIONAL FRANCOPHONE SUR LA RESPONSABILITÉ SOCIALE DES FACULTÉS DE MÉDECINE PLAN STRATÉGIQUE 2015-2020



**Contexte** : Définie par l’OMS en 1995, confirmée en 2010 par le Consensus mondial, la responsabilité sociale (RS) des facultés de médecine engage celles-ci à orienter leurs mission et actions pour répondre aux besoins des populations qu’elles ont le mandat de servir et en mesurer l’impact.

**Le Projet international francophone** de RS mis en place en 2012 vise à démontrer l’utilité de la RS pour améliorer l’impact des facultés sur la santé.

**Domaines d’intervention** : Le plan stratégique du projet comprend 3 domaines spécifiques d’intervention soutenus par 3 domaines transversaux.



**1****MESURE D'IMPACT DES FACULTÉS DE MÉDECINE**

Le projet RS 2015-2020 encouragera et soutiendra les facultés :

- à développer et utiliser des outils et des indicateurs de mesure d'impact
- à mesurer l'impact de leur engagement envers la RS sur leur fonctionnement
- à mesurer, en tenant compte des principes de RS, l'impact de leurs actions sur :
  - les professionnels de la santé actuels et en formation,
  - le système de santé,
  - la réponse aux besoins de santé,
  - l'état de santé des individus et populations.

**OBJECTIFS**

- Promouvoir et soutenir l'utilisation d'un cadre de référence et de mesure de RS.
- Partager avec d'autres organisations des outils de mesure d'impact.
- Développer des expertises de mesure d'impact.
- Confirmer les impacts à mesurer pour la formation médicale.
- Confirmer les impacts à mesurer pour la formation médicale.

**2****ACCREDITATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE**

Le projet RS 2015-2020 fera la promotion :

- de l'accréditation des facultés de médecine,
- de la prise en compte de la RS dans les normes et critères d'accréditation,
- de l'inclusion de normes et critères de RS dans le processus d'accréditation.

**OBJECTIFS**

- Effectuer un plaidoyer pour l'accréditation des facultés.
- Soutenir les facultés/pays pour la mise en place de mécanismes et agences d'accréditation.
- Élaborer des normes et critères de RS pour l'accréditation.
- Œuvrer à intégrer la RS dans les normes et critères d'accréditation.

**3****PARTENARIATS ET COLLABORATIONS**

Le projet RS 2015-2020 appuiera le partenariat et la collaboration en regard de la RS :

- entre la direction du présent projet et des organisations nationales et internationales,
- entre les facultés engagées envers la RS,
- entre celles-ci et les principaux intervenants du système de santé.

**OBJECTIFS**

- Développer une collaboration avec d'autres organisations en regard de la RS.
- Encourager les facultés à travailler ensemble sur des projets de RS.
- Promouvoir un cadre de référence pour les partenariats.

**4****PLAIDOYER/FORMATION/EXPERTISE**

Le projet RS 2015-2020 :

- contribuera au plaidoyer et à la diffusion d'information sur la RS,
- formera les membres des facultés de médecine en regard de la RS dans le but de développer l'expertise dans ce domaine.

**OBJECTIFS**

- Recueillir, produire et diffuser des documents de plaidoyer et d'information sur la RS.
- Répertoire et partager les meilleures pratiques de RS.
- Développer et offrir des activités de formation de niveau initial et avancé portant sur la RS.
- Soutenir la participation d'étudiants, professeurs et gestionnaires facultaires.

**5****DIFFUSION SCIENTIFIQUE ET LEADERSHIP**

Le projet RS 2015-2020 :

- maximisera la diffusion de ses actions et expertises et celles des facultés de médecine engagées dans le projet,
- se positionnera aux niveaux national et international comme leader en RS,
- soutiendra les facultés dans la diffusion de leurs actions de RS,
- développera des projets de recherche de RS.

**OBJECTIFS**

- Assurer la diffusion scientifique des expertises du projet et des facultés.
- Implanter des activités de recherche sur la RS et la mesure de l'impact des facultés.
- Assurer la reconnaissance internationale du projet comme un leader dans le domaine de la RS.

**6****ORGANISATION/ADMINISTRATION/RESSOURCES**

Le projet RS 2015-2020 :

- assurera la mise en place du présent plan stratégique,
- optimisera l'organisation et la gestion de ses actions,
- mettra en place une gestion efficace et efficiente de ses ressources,
- obtiendra du financement pour assurer son fonctionnement.

**OBJECTIFS**

- Mettre en place des modalités de suivi annuel du plan stratégique 2015-2020.
- Maximiser la contribution des membres des facultés dans la structure du projet.
- Doter le projet de ressources humaines administratives et de soutien.
- Déposer des demandes de financement auprès d'organisations nationales et internationales.
- Soutenir les facultés dans leur recherche de financement.

# UN ENGAGEMENT CONTINU ET À LONG TERME À ÊTRE ET DEVENIR TOUJOURS PLUS SOCIALEMENT RESPONSABLE

## ACTIVITÉS PRIORITAIRES 2015-2017

- **Utiliser** des **outils d'évaluation d'impact** des facultés et de leurs actions et en tirer des leçons.
- Œuvrer à **intégrer la RS** dans les normes d'évaluation.
- **Soutenir les partenariats** entre les facultés d'un même pays.
- Développer des **actions concrètes de partenariat**.
- Mettre en place une **plateforme web** de partage d'information.
- Offrir des **activités de formation** selon les besoins des groupes.
- **Publier 3 ou 4 articles** sur le projet dans son ensemble ou sur des projets facultaires de RS.
- Établir un **groupe de recherche**, identifier des thèmes prioritaires et concrétiser un projet.
- **Consolider la gouvernance** du projet.
- **Obtenir** les **ressources humaines** et **financières** nécessaires.
- Mettre en place une **conférence internationale sur la RS** en 2017 (Tunisie).

## RÉSULTATS DU PROJET 2012-2015

- **45 facultés participantes** à travers le monde (Algérie, Belgique, Burundi, Canada, Côte d'Ivoire, France, Gabon, Haïti, Liban, Madagascar, Mali, Maroc, Mauritanie, Roumanie, Sénégal, Tunisie)
- **Thématiques prioritaires** choisies pour les projets facultaires (contrat faculté/territoire, première ligne de santé, adaptation de la formation aux besoins, choix et finalité de spécialité, populations vulnérables et santé mondiale)
- **Sensibilisation, engagement, collaboration, leçons apprises**



### Coordonnées

<http://www.responsabilite-sociale-francophone.org/joel.ladner@univ-rouen.fr>

Juin 2015

## 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 !

