

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 19 septembre 2013 à Poitiers
par Benoit Tudrej

Responsabilité Sociale des facultés de médecine,
Poitiers dans une démarche internationale :
une recherche action.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Michel Morichau-Beauchant

Membres :

Monsieur le Professeur Olivier Pourrat
Madame le Professeur Christine Silvain
Monsieur le Docteur Pascal Parthenay
Monsieur le Docteur Charles Boelen
Monsieur le Docteur Joël Ladner

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur José Gomes Da Cunha

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 19 septembre 2013 à Poitiers
par Benoit Tudrej

Responsabilité Sociale des facultés de médecine,
Poitiers dans une démarche internationale :
une recherche action.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Michel Morichau-Beauchant

Membres :

Monsieur le Professeur Olivier Pourrat
Madame le Professeur Christine Silvain
Monsieur le Docteur Pascal Parthenay
Monsieur le Docteur Charles Boelen
Monsieur le Docteur Joël Ladner

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur José Gomes Da Cunha



Le Doyen,

Année universitaire 2013 - 2014

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie (surnombre)
15. DROUOT Xavier, physiologie
16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
17. EUGENE Michel, physiologie (surnombre)
18. FAURE Jean-Pierre, anatomie
19. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOJJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
30. HERPIN Daniel, cardiologie
31. HOUETO Jean-Luc, neurologie
32. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
33. IRANI Jacques, urologie
34. JABER Mohamed, cytologie et histologie
35. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation
(de septembre à décembre)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
44. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
45. MACCHI Laurent, hématologie
46. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (surnombre)
47. MARECHAUD Richard, médecine interne
48. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
49. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
50. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
51. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
52. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
53. NEAU Jean-Philippe, neurologie
54. ORIOT Denis, pédiatrie
55. PACCALIN Marc, gériatrie
56. PAQUEREAU Joël, physiologie
57. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
58. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
59. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
60. POURRAT Olivier, médecine interne
61. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
62. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
63. RICHER Jean-Pierre, anatomie
64. ROBERT René, réanimation
65. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
66. ROBLOT Pascal, médecine interne
67. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
68. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
69. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
70. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
71. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
72. TOUCHARD Guy, néphrologie
73. TOURANI Jean-Marc, oncologie
74. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

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

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique

Professeur associé de médecine générale

VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

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

Enseignants d'Anglais

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

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, microbiologie, bactériologie

Professeurs émérites

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

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

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

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Doyen Michel Morichau-Beauchant, vous avez soutenu ce projet, vous me faites l'honneur d'évaluer le travail que vous nous avez confié.

A Monsieur le Professeur Olivier Pourrat et Madame le Professeur Christine Silvain, vous avez accepté de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur José Gomes Da Cunha, vous m'avez offert l'opportunité de participer à ce projet.

Monsieur le Docteur Pascal Parthenay, merci pour votre accompagnement dans ce projet.

Monsieur le Docteur Charles Boelen et Monsieur le Docteur Joël Ladner, merci de venir de loin pour juger ce travail et de m'avoir si chaleureusement accueilli dans le monde de la RS.

A l'approche de la fin de ma formation initiale, je tiens à remercier tout particulièrement :

l'ensemble de mes enseignants et maîtres de stages pour leur patience et bienveillance.

Monsieur le Docteur Philippe Binder, pour votre rôle parfait de tuteur.

Célia, Xavier, Yann, pour me donner envie d'avenir.

Madame Barbara Benedetti et Madame Marie-Noelle Bordage, pour leur patience inébranlable et leur soutien constant.

Professeur Christian Hervé, pour m'avoir appris à penser.

Les patients rencontrés dans mon cursus, merci pour vos leçons de vie.

A mes Amis :

Bertrand pour être toujours là depuis le PCEM1.

Thomas pour son compagnonnage depuis le premier jour de mon internat en Poitou-Charentes.

Vanessa pour son soutien moral, les triangulations et sons sens de l'autodérision.

Mes co-internes, pour leur compréhension et bienveillance à toute épreuve.

A ma famille :

Maman : por nunca teres duvidado dos teus filhos

Papa : pour nous avoir appris à être combatifs

Boris : parce qu'il est et sera toujours là

Carlos : pour ses conseils toujours fins et pertinents

Théodose : qui me fait aimer la pédiatrie à toute heure du jour, ...et de la nuit.

Michaela : pour ta présence, ton humour, et ton amour.

*On communique mieux sur des échafaudages que sur des
constructions terminéesⁱ*

Joël de Rosnay

*les mots justes trouvés au bon moment sont de l'action,
quelle que soit l'information qu'ils peuvent communiquerⁱⁱ*

Hannah Arendt

ⁱ Chamak B. Groupe des dix ou les avatars des rapports entre science, Editions du Rocher, 1997.

ⁱⁱ Hannah Arendt, Condition de l'Homme moderne, VI, 400-401, p.26

TABLES DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	4
TABLES DES MATIÈRES	7
TABLES DES ABRÉVIATIONS	9
RÉSUMÉ.....	10
ABSTRACT	11
PRÉAMBULE	12
1. INTRODUCTION.....	13
1.1. DE SOCIAL RESPONSABILITY À SOCIAL ACCOUNTABILITY.....	13
1.1.1. SOCIAL RESPONSABILITY	13
1.1.2. LE MODÈLE CPU.....	14
1.1.3. LE CONCEPT DE SOCIAL ACCOUNTABILITY	14
1.1.4. LA MEDECINE AU SERVICE DES PATIENTS : UNE URGENCE SOCIALE.....	15
1.1.5. CONSENSUS MONDIAL	19
1.2. DE SOCIAL ACCOUNTABILITY A RESPONSABILITE SOCIALE.....	19
1.2.1. LE PROJET FRANCOPHONE RECHERCHE ACTION – RESPONSABILITE SOCIALE.....	19
1.2.2. OBJECTIFS DU PROJET	20
1.3. CE DONT IL EST QUESTION DANS CE TRAVAIL DE THESE DE MEDECINE...22	
1.3.1. MON IMPLICATION DANS CE PROJET.....	23
2. PROJET FRANCOPHONE RECHERCHE-ACTION RESPONSABILITE SOCIALE ..24	
2.1. RECHERCHE-ACTION.....	24
2.1.1. PHASE 1 QUANTITATIVE INTERNATIONAL.....	26
Matériels et Méthodes.....	26
Résultats.....	28
Discussion.....	32

2.1.2. PHASE 1 QUANTITATIVE À POITIERS	35
Matériels et Méthodes.....	35
Résultats.....	35
Discussion.....	44
2.1.3. PHASE 1 QUALITATIVE INTERNATIONAL.....	50
2.1.4. PHASE 1 QUALITATIVE À POITIERS	51
FOCUS GROUPS	51
GROUPE INTERNES DE MEDECINE GENERALE	52
2.1.5. PHASE 2 ET PHASE 3.....	54
2.2. COMMUNICATION	55
2.2.1. INTERNATIONAL.....	55
2.2.2. GROUPE ETUDIANTS	57
Le Projet.....	57
Résultats.....	58
2.2.3. A POITIERS	62
Travaux de thèses d'exercice.....	62
Conférences	62
3. CONCLUSION	63
BIBLIOGRAPHIE.....	65
ANNEXES	69
ANNEXE 1: CONSENSUS MONDIAL	69
Annexe 2 : Courrier électronique participation au questionnaire de la phase 1 - à l'attention des enseignants.....	85
Annexe 3 : Courrier électronique participation au questionnaire de la phase 1 - à l'attention des internes de médecine générale.....	87
Annexe 4 : Résultats Détaillés des moyennes	88
Annexe 5 : Résultats Détaillés : Commentaires par Axes	95
Annexe 6 : Article paru dans le magazine Antidote de l'ISNAR-IMG.....	102
SERMENT D'HIPPOCRATE	103
RÉSUMÉ.....	104

TABLES DES ABRÉVIATIONS

AERES : Agence d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur).

ARS : Agence Régionale de Santé

AMEE : An International Association for Medical Education

CIDMEF : Conférence Internationale des Doyens de Facultés de Médecine d'Expression Française

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

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

COPIL : Comité de Pilotage

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CH : Centre Hospitalier

CNRS : Centre National de Recherche Scientifique

DCEM : Deuxième Cycle des Etudes Médicales

DPC : Développement Professionnel Continu

ECN : Epreuves Classantes Nationales

EM₂R : Etudiant Médecin, Médecin Responsable

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

GCSA : Global Consensus for Social Accountability

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

MSU : Maître de Stage Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de le Santé

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé

PHRC : Programme Hospitalier de Recherche Clinique

RA-RS : Recherche Action – Responsabilité Sociale

RS : Responsabilité Sociale

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SIFEM : Société Internationale Francophone d'Education Médicale

SIGAPS : Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques

THEnet : Training For Health Equity Net Equity Network

TICE : Techniques de l'Information et de la Communication pour l'Enseignement

RÉSUMÉ

La notion de Responsabilité Sociale prend de l'ampleur au sein des Facultés de Médecine. Il s'agit d'orienter la formation, les recherches 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 servir. Parce qu'il accompagne ce mouvement, le Projet Francophone Recherche-Action Responsabilité Sociale (RS) est soutenu par la SIFEM (Société Internationale Francophone d'Éducation Médicale), la CIDMEF (Conférence Internationale des Doyens de Facultés de Médecine d'Expression Française), et le GCSA (Global Consensus for Social Accountability).

Ce travail présente l'intégration de Poitiers dans le projet international parmi les 28 facultés francophones partenaires.

L'objectif principal de la première phase est d'apprécier la compréhension et l'appropriation des recommandations du Consensus mondial sur la Responsabilité Sociale, et d'identifier leur application locale.

Deux méthodologies ont été sélectionnées. Une approche quantitative n'a pas permis de remplir pleinement l'objectif principal. A Poitiers, elle n'a touché que 31 participants essentiellement des enseignants. Elle a toutefois favorisé les échanges et une sensibilisé sur les principes de RS.

Puis, une approche qualitative souhaite interroger l'ensemble des partenaires de la faculté lors de focus groups pour identifier les différentes attentes et propositions pour une faculté socialement responsable. Les premiers résultats concernant les internes de médecine générale sont prévus pour octobre 2013.

Grâce à son expertise qualitative, Poitiers s'engage à créer un outil de recherche qualitatif exportable aux facultés partenaires peu familiarisées avec ces méthodes.

La communication sur le concept de RS fait aussi parti intégrante du projet. Les 28 facultés partagent des données, des outils et réalisent des projets communs dans ce but. Un groupe étudiant a été créé pour favoriser cette diffusion.

La prochaine étape à Poitiers est la réalisation en 2013-2014 des focus groups des enseignants, des internes de spécialités, des externes, des professionnels de santé paramédicaux, des patients, des collectivités territoriales et ARS. L'approche qualitative sera présentée dans des travaux de thèses.

Cette dynamique positive se retrouve dans l'ensemble des facultés partenaires.

Le prochain rendez-vous international aura lieu au printemps 2014 à Sousse en Tunisie, afin de partager les expériences de chacun et de poser les bases des phases suivantes : définir et évaluer des normes d'accréditation d'une faculté socialement responsable.

ABSTRACT

The concept of social accountability is gaining importance within the faculties of Medicine. It is a question of orientating the training, the research, and the services they supply for the major health problems of the community, region and/or nation they serve.

The French-speaking project "Recherche-Action Responsabilité Sociale" is supported by the SFEM, the CIDMEF and the GCSA.

This thesis presents the international project and explains how Poitiers being part of it adds value to the project. 28 francophone faculties are working together to achieve this goal.

The primary aim of the first phase is to assess the understanding and appropriation of the recommendations of the global consensus for social accountability, and to identify how these do or could apply on a local level in each faculty of medicine.

Two approaches were selected. A quantitative approach which did not enable to clearly assess the primary aim. In Poitiers, only 31 participants, mainly teachers, were concerned.

Nevertheless, this questionnaire enabled exchanges on the subject and sensibilities the faculty teachers on social accountability.

Then a qualitative approach has the ambition to interrogate all the partners of the faculty in focus groups to identify what they expect and their propositions. This project is ongoing and the first results of general medicine interns will be presented in October 2013.

Thanks to its qualitative expertise, Poitiers commits itself to creating a qualitative research tool, exportable to partner faculties who are less familiar with these methods and who wish this approach.

Another aspect of this project is communicating on social accountability. The 28 partner faculties talk about social accountability by sharing common data, tools and projects. A student group has even been created to enhance this communication.

The next step in 2013-2014 is to solicit all the other partners of the faculty: teachers, specialist interns, students, paramedics, patients, local health authorities. This will be part of interns' thesis work.

These positive dynamics are present in all the francophone faculties in the project.

The next international meeting is in spring 2014 in Sousse, Tunisia. The aim is to share experiences and to plan the next phases: to define and assess the accreditation norms of a socially responsible faculty.

PRÉAMBULE

La présentation en IMRDⁱⁱⁱ se justifie par la Recherche Action dans lequel se projet réside.

Or ce travail présente différents niveaux de recherche à des niveaux d'avancement différents. Pour en faciliter la lecture, nous avons pris le parti de présenter une Introduction commune, de regrouper les parties Matériels et Méthodes, Résultats et Discussion pour chaque sous partie le justifiant. Enfin, la conclusion sera également commune.

ⁱⁱⁱ Introduction, Matériels&Méthodes, Résultats, Discussion

1. INTRODUCTION

Social Responsibility for Health:

Throughout the history of medicine three principles have characterized practice: alleviation of individual suffering; maintenance of good health within the individual; protection of the community from the ravages of disease. No period has so nearly approached the fulfillment of these objectives as the present.

Callis H.A.,
Journal of the National Medical Association, May 1949

Traduction par le candidat :
Responsabilité sociale pour la santé :
À travers l'histoire de la Médecine, trois principes ont caractérisé sa pratique : l'allègement de la souffrance individuelle, le maintien d'une bonne santé chez l'individu, la protection de la communauté des ravages de la maladie. Aucune époque n'a été aussi proche d'atteindre ses trois principes que la nôtre.

1.1. DE SOCIAL RESPONSABILITY À SOCIAL ACCOUNTABILITY

1.1.1. SOCIAL RESPONSABILITY

En Janvier 1949, le Directeur Général de l'OMS, George Brock Chisholm écrit dans la revue Science : “ *the physical scientists have begun to show signs of developing some social responsibility, [...]These are some of the signs of a changing orientation of science. In the past, science in its purer forms has been content to add to the sum of human knowledge ; in its less disinterested preoccupations it has added to the wealth of those who already were in a financial position to subsidize scientific research – theoretically, all to the ultimate advantage of the human race. Only recently have scientists themselves begun to recognize that any increase of knowledge does not at all necessarily work to the advantage of the human race and to be willing, though reluctantly, to accept some responsibility for what is done with the knowledge they uncover¹ ”^{iv}.*

Ces propos font évidemment suite à la seconde guerre mondiale et aux Codes de Nuremberg².

La science est alors questionnée sur ses fins et la médecine se recentre sur les patients et leurs intérêts.

De ce fait, les médecins ont leurs responsabilités dans l'accomplissement de cet objectif. La notion de responsabilité sociale pour la santé se décline alors avec trois objectifs ³ : soulager la souffrance individuelle, maintenir la bonne santé individuelle et protéger la société des ravages de la maladie.

^{iv} Traduction par le candidat page : « *Les physiciens (ou chercheurs en physique) ont commencé à montrer des signes qu'ils développent peu de responsabilité sociale. Ce sont certains des signes de changement d'orientation de la science. Dans le passé, la science dans ses formes les plus pures, s'est satisfait d'ajouter à la somme du savoir humain; dans ses préoccupations moins désintéressées, elle a contribué aux biens de ceux qui étaient déjà dans une position financière à soutenir la recherche scientifique, en théorie pour l'avantage de la race humaine. Ce n'est que récemment que les scientifiques eux mêmes commencent à reconnaître que toute augmentation de savoir ne conduit pas nécessairement à une amélioration de l'espèce humaine et qu'ils acceptent, bien que difficilement, une part de la responsabilité de ce qui est avec leur découvertes. »*

L'articulation entre santé individuelle et santé publique est clairement identifiée. Les pouvoirs publics partagent alors la responsabilité de la qualité de la santé des personnes. Les facultés de médecine doivent adapter leur formation à ces nouvelles exigences.

Des standards ont donc progressivement été améliorés⁴ et des normes d'accréditations^{5,6} pour créer des facultés de médecine socialement responsables.

Ainsi, après avoir dessiné des modèles d'évaluation dès 1995⁷, le modèle CPU a été établi par Charles Boelen et Robert Woolard⁸

TABLEAU 1 :

LE MODELE CPU

C : Conception

explore les références et les engagements sur lesquels l'institution s'appuie pour justifier les personnels de santé à former, ainsi que le mode de gouvernance de l'institution pour tenir un rôle actif dans un système de santé.

P : Production

explore les principales composantes relatives à la formation proprement dite, avec un arsenal de normes dont la plupart sont assez proches de celles aujourd'hui utilisées pour l'évaluation et l'accréditation des facultés de médecine.

U : Utilisabilité

explore les initiatives entreprises par l'institution pour que les personnels formés soient utilisés conformément aux engagements formulés à la phase de conception.

1.1.2. LE MODÈLE CPU

Le modèle CPU est l'acronyme de Conception, Production, Utilisabilité (tableau 1).

Il s'applique à la faculté de médecine qui ambitionne de devenir socialement responsable. L'objectif est d'établir un rapport entre les besoins en santé réels des populations, la conception d'un projet facultaire, la production d'une formation médicale et l'évaluation des objectifs fixés.

1.1.3. LE CONCEPT DE SOCIAL ACCOUNTABILITY

Le concept de Social Accountability découle très naturellement de ceux de Social Responsibility⁹.

Avec une application au modèle CPU, l'obligation sociale d'une faculté de médecine devient alors d'anticiper les besoins en santé des populations, de définir avec la société les objectifs de santé, de contextualiser les programmes éducationnels, d'évaluer la qualité de la formation et son impact, et d'inclure l'ensemble des partenaires du monde de la santé.

Dès 1995, il est donc proposé¹⁰ que la responsabilité sociale des facultés de médecine soit définie comme : 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. Les principaux problèmes de santé seront identifiés conjointement par les gouvernements, les organismes et les professionnels de la santé et le public.

En Français, la traduction de Social Accountability est restée centrée sur le terme de Responsabilité Sociale. Cependant, il faut bien l'entendre avec les exigences qu'apportent le modèle CPU et le terme Accountability.

1.1.4. LA MEDECINE AU SERVICE DES PATIENTS : UNE URGENCE SOCIALE

Proposer d'orienter la médecine au service du patient semble pour tous une évidence. En pratique, cela est évidemment plus complexe. En effet, tout fonctionnement d'organisations finit par faire des concessions sur ses objectifs au prix du fonctionnement pratique de l'institution. Le système de santé a été largement frappé par ces mécanismes. La loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire¹¹) avec la tarification à l'activité¹² ne permet pas de mettre la personne au centre de l'attention des soignants. *Les hôpitaux, institutions sanitaires par vocation, avaient, pour certains, oublié leurs missions d'assistance et de santé publique, au profit des disciplines médicales, faisant passer les intérêts des patients après les impératifs de gestion, par souci d'assurer leur propre pérennité¹³.* En parallèle, l'introduction de mécanismes d'accréditations dans les hôpitaux a poussé ces derniers à évaluer les méthodes de travail plus que les résultats obtenus¹⁴.

Cependant, nous sommes aujourd'hui face à plusieurs indicateurs qui appellent à un changement de paradigme de la santé. Dans ce contexte, il est fondamental que la personne soit placée au centre des finalités de toute action institutionnelle¹⁵.

Appliquer les concepts de Responsabilité Sociale aux facultés de médecine est une réponse à cette problématique.

« TOUT CE QUI N'EST PAS SCIENTIFIQUE N'EST PAS ETHIQUE »

C'est avec cette affirmation¹⁶ que Jean Bernard définissait le premier des devoirs éthiques. Ainsi, la compétence scientifique est une condition nécessaire à l'exercice de la médecine.

C'est pourquoi, il est un devoir éthique d'évaluer efficacement nos pratiques. Nous ne pouvons pas aspirer à répondre autrement aux besoins des patients. Ainsi, toutes les démarches de responsabilité sociales sont réalisées dans le cadre de travaux de recherches nécessaires à l'évaluation.

Les politiques d'enseignement se doivent donc d'être basées sur des critères évaluables. L'objectif n'est plus le droit à l'accès à la santé pour tous, mais l'efficacité de l'accès à la santé pour tous.

Ce travail de responsabilité sociale répond ainsi à une démarche scientifique d'évaluation des pratiques.

DE LA DEMOCRATIE SANITAIRE....

La loi du 4 mars 2002¹⁷ dite de Démocratie Sanitaire a profondément modifié les bases de la pratique de la médecine. A vouloir « rééquilibrer l'inégalité entre médecin et malade », le droit est devenu un élément croissant de régulation de la pratique médicale¹⁸. L'obligation de moyen est devenue un droit. Les patients sont devenus « légalement » des acteurs de leur santé et de santé publique.

Bien que l'amélioration des pratiques médicales ne passe pas par les voies réglementaires et législatives, mais bien par l'amélioration de la formation des acteurs et les évaluations des pratiques¹⁸, la loi de « Démocratie Sanitaire » exige des professionnels de santé de rendre des comptes sur leurs pratiques ; cela passe par l'évaluation de l'efficacité des soins.

... A LA TRANSPARENCE SANITAIRE

Le Web 2.0 est devenu un contre pouvoir important aux institutions publiques. Ainsi, nous avons pu voir par exemple que le retour en arrière sur le dépistage du cancer de la prostate a initialement été remis en cause sur l'internet. De nombreux forums spécialisés ont tenté de pondérer l'utilité de ce dépistage^{19, 20}. Ce mouvement « numérique » a permis la rédaction de nouvelles recommandations par la Haute Autorité de Santé²¹.

Il en a été de même avec la grippe A H1N1 de 2009. Les réseaux de professionnels de santé communiquaient plus rapidement et plus efficacement que les pouvoirs publics²².

Par ailleurs, après les scandales Médiateur²³ et Diane 35, les médecins sont interpellés et doivent être capables d'expliquer et même de justifier leurs choix thérapeutiques. Les patients ont accès aux données internet qui parfois contredisent nos projets de soins.

Les patients ont très souvent fait leurs recherches avant de consulter un médecin. La démocratie sanitaire est aussi passée par la simplification d'accès à l'information sur internet. Les patients peuvent donc de plus en plus apporter un regard critique sur nos pratiques médicales.

Ce regard nouveau que les patients portent sur l'exercice médical peut être une vraie opportunité. Il peut-être l'occasion de pousser les professionnels à améliorer constamment leurs pratiques. Prudence cependant, autant *la concurrence sert le vrai, trop de concurrence le dessert*²⁴. En effet, le rythme de diffusion de l'information n'accompagne pas toujours celui de la connaissance²⁴.

Notre formation et notre attitude de professionnel de santé doit en tenir compte. L'évaluation et la réflexion sur notre exercice doivent donc être constantes et veiller à garantir des informations fiables et validées.

LE PATIENT ENSEIGNANT

Enfin, les patients deviennent de plus en plus des « spécialistes » de leurs pathologies. Dans le cadre de pathologies chroniques notamment, les patients finissent par en savoir bien plus que de nombreux professionnels. C'est ainsi que le Dr. Dupagne propose que *tous les cours de la faculté sur les maladies chroniques devraient associer un enseignant et un patient-expert issu du Web 2.0.*

Cette idée a déjà été mise en pratique. La faculté de médecine Paris Descartes V propose depuis 2010 aux externes un enseignement optionnel entièrement organisé par des patients. L'enseignement intitulé *De l'Etudiant médecin au Médecin Responsable (EM2R)*²⁵ s'articule en plusieurs séances respectant trois phases : une phase d'information pour que chacun possède le sujet, une phase de discussion des étudiants avec les patients : cette phase est dirigée par un patient, et enfin une phase de synthèse pour la reprise des objectifs pédagogiques. A l'issue de l'enseignement, les étudiants rédigent un mémoire avec le tutorat d'un médecin et d'un patient. Ce mémoire est soutenu devant un jury d'enseignants-chercheurs, de médecins et de patients.

Ceci est la preuve que la légitimité de la participation des patients à la formation médicale est de plus en plus partagée. Cette ouverture aux patients est à accueillir comme une vraie opportunité pour la médecine. Ce mouvement sera de toute façon difficilement irréversible.

**TABLEAU 2 :
LES 10 AXES DU**

**CONSENSUS MONDIAL
SUR LA RESPONSABILITE
SOCIALE DES FACULTES
DE MEDECINE**

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.

1.1.5. CONSENSUS MONDIAL

De ce fait, il apparaît qu'« 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 »²⁶.

Pour cela, « 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 ».

Sur cette base, un consensus (Annexe 1) a été obtenu autour de 10 axes stratégiques (tableau 2) détaillés dans le document original et publications²⁷.

Ces 10 axes sont donc les pré-requis reconnus à l'évaluation d'une faculté de médecine « socialement responsable »

**1.2. DE SOCIAL ACCOUNTABILITY A
RESPONSABILITE SOCIALE**

**1.2.1. LE PROJET FRANCOPHONE
RECHERCHE ACTION – RESPONSABILITE
SOCIALE**

C'est dans ce cadre que la Société Internationale Francophone d'Éducation Médicale (SIFEM), la Conférence Internationale des Doyens de Médecine d'Expression Française (CIDMEF) et Training For Health Equity Net Equity Network (THEnet) ont décidé en partenariat de mettre sur pied un projet de recherche-action portant sur le concept de responsabilité sociale et son application intitulé « Améliorer l'impact de la Faculté de médecine sur la santé : La démarche de responsabilité sociale »²⁸.

TABLEAU 3 :
UNIVERSITES
PARTICIPANTS AU PROJET
FRANCOPHONE RA-RS

ALGERIE
 Oran
 Tlemcen
BELGIQUE
 Bruxelles UCL
 Bruxelles ULB
BURUNDI
 Bujumbura
CANADA
 Montréal
 Sherbrooke
COTE D'IVOIRE
 Abidjan
FRANCE
 Bobigny
 Lyon Est
 Lyon Sud
 Nancy
 Poitiers
 Rouen
GABON
 Libreville
HAÏTI
 Port-au-Prince Quisqueya
 Port-au-Prince Université d'Etat
LIBAN
 Jounich
MALI
 Bamako
MAROC
 Casablanca Médecine
 Casablanca Dentaire
 Marrakech
MAURITANIE
 Nouakchott
SENEGAL
 Dakar
TUNISIE
 Monastir
 Sfax
 Sousse
 Tunis

Un groupe composé de différentes facultés de médecine de langue française a décidé de travailler en synergie dans un grand projet de Recherche Action. Partant d'un objectif initial d'une quinzaine de facultés dans le monde, le projet englobe aujourd'hui 28 facultés francophones dans 14 pays (tableau 3).

1.2.2. OBJECTIFS DU PROJET

UN OBJECTIF PRINCIPAL

L'objectif général du projet de recherche action 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 comme une stratégie de choix pour améliorer l'impact sur la santé²⁹.

UN OBJECTIF DECLINE EN 3 PHASES

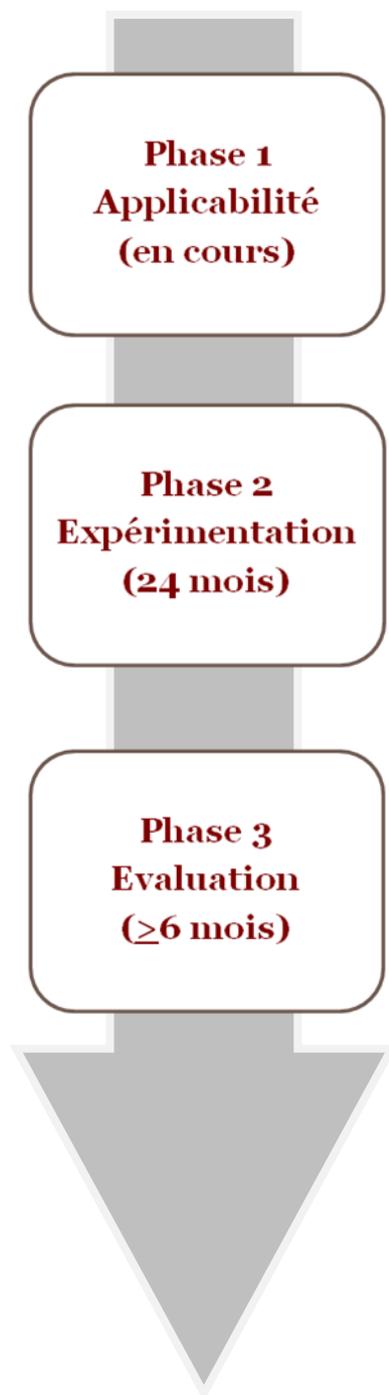
Pour répondre à cet objectif principal, le projet international a décliné trois phases de travail : Applicabilité, Expérimentation et Evaluation (figure 1).

PHASE 1: APPLICABILITE

Au cours de cette première phase, il s'agit pour la faculté d'examiner si les principes de responsabilité sociale, tels qu'exprimés dans le document du *Consensus Mondial* répondent à la mission actuelle et future de la faculté au regard des défis et des priorités auxquels seront confrontés la société et le système de santé à l'avenir.

Les axes stratégiques sont étudiés et leurs implications pour le développement de la faculté sont identifiées par un certain nombre de groupes constitutifs de la faculté de médecine ainsi que par des acteurs de santé, l'objectif étant de récolter des avis et des perceptions, puis de les analyser afin de construire un engagement commun et une appropriation des normes, critères, indicateurs et outils aussi large que possible de la faculté et de ses partenaires.

FIGURE 1 :
LES 3 PHASES DU
PROJET RA-RS



Les approches méthodologiques seront diversifiées, faisant notamment appel à des entretiens semi-structurés avec la direction de la faculté, enseignants, chercheurs, praticiens, étudiants, autorités sanitaires et représentants de la société civile afin de recueillir leur opinion sur les avantages et défis pour une faculté de médecine d'adopter une démarche de qualité inspirée des principes de responsabilité sociale. Cette première phase achevée permettra de passer à la phase suivante²⁹.

PHASE 2: EXPERIMENTATION

Au cours de cette phase, des normes et indicateurs seront élaborés, ils seront ensuite testés quant à leur validité et leur opérabilité, en s'appuyant sur le cadre générique du modèle CPU, considéré comme marqueur de responsabilité sociale. Ce modèle propose des paramètres relevant des domaines de la Conceptualisation (C), de la Production (P) et de l'Utilisabilité (U) des produits de la faculté : diplômés, recherches et services de santé.

Les paramètres du modèle CPU devront être déclinés en une série d'indicateurs pour lesquels des instruments de mesure seront confectionnés et des sources de données identifiées. On sera attentif à la compréhension de la terminologie, l'adaptabilité au contexte local et national, et la mise en place d'un dispositif pour valider le processus d'expérimentation.

La qualité de ces indicateurs sera définie par le Comité de pilotage, mettant notamment en relief sa validité, l'accessibilité de données fiables, son utilité pratique, sa pérennité.

Dans chaque faculté de médecine participante, un comité de suivi facultaire du projet pilotera l'expérimentation en concertation avec le Comité de Pilotage du Projet²⁹.

PHASE 3: EVALUATION

L'expérimentation sera évaluée afin d'en tirer tous les enseignements et de formuler des recommandations pour le processus d'accréditation des facultés de médecine. L'évaluation sera conduite par le Comité de Pilotage, il fera

si besoin appel à des compétences externes.

A l'aide d'indicateurs éprouvés, définis et validés, le projet tentera d'évaluer dans quelle mesure les réformes ou aménagements entrepris par la faculté en vertu des principes de responsabilité sociale ont pu avoir une 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)²⁹.

1.3. CE DONT IL EST QUESTION DANS CE TRAVAIL DE THESE DE MEDECINE

La finalité de ce travail de thèse est d'explicitier la mise en place de ce grand projet de Recherche-Action de Responsabilité Sociale à la faculté de médecine de Poitiers. Nous présenterons comment celle-ci s'intègre dans ce projet international pour en être un acteur à valeur ajoutée.

A l'été 2013, le projet poursuit les travaux de la phase 1 et entame la phase 2.

Nous présenterons ici les premiers résultats de la phase 1 à Poitiers et les démarches en cours pour les étapes futures.

« La science et la diffusion des savoirs n'est pas seulement un outil essentiel au développement, elle en est à la fois le cœur par les progrès qu'elle génère et qu'elle irrigue, et l'âme par le partage social qu'elle implique »

André Capron, la lettre de l'Académie des Sciences, N°18, 2005

Par ailleurs, en tant que projet de Recherche Action, un des axes du projet est la communication sur le concept de Responsabilité Sociale. La communication et la diffusion de la recherche est un devoir éthique en soi et répond aux enjeux de la responsabilité sociale. L'exercice de la démocratie sanitaire passe également par la diffusion de la connaissance.

Bien sûr, cette communication doit se faire avec rigueur pour éviter d'être source de faux espoirs ou de désillusions³⁰.

« La diffusion de l'information scientifique relève d'un devoir éthique individuel et collectif, tant à propos du

contenu que de la forme [...] La diffusion de l'information scientifique doit être considérée avec autant d'attention que la valorisation des résultats des recherches ; les chercheurs doivent être encouragés à s'engager dans les activités de diffusion des connaissances »³¹.

C'est pourquoi, ce travail de recherche action qui ambitionne de diffuser le concept de responsabilité sociale, concept validé par une démarche scientifique de recherche avec la création du consensus mondial, répond à cet objectif.

« L'excellence d'une faculté ne devra pas être mesurée par les découvertes biologiques ou les innovations cliniques, mais aussi par le degré de son impact social »

C'est ainsi que ce travail de thèse de médecine cherche à répondre à la fois à l'exigence d'un travail de recherche scientifique en cours qui aboutira avec la création d'un modèle d'accréditation évaluable, et à la fois à ce devoir de diffusion. La particularité de la recherche action est la réalisation simultanée de ces deux objectifs.

1.3.1. MON IMPLICATION DANS CE PROJET

Ma participation à ce projet a débuté avec la préparation de la rencontre internationale de Lyon lors de la conférence de l'AMEE du 25-29 août 2012.

Mon investissement s'est poursuivi avec l'accompagnement du projet, la diffusion des données avec la rédaction d'articles sur le projet et la mise en place de la phase 1 à Poitiers.

Après l'analyse des résultats initiaux de la phase 1 à Poitiers mon travail a résidé dans la mise en place d'une phase 1 qualitative et de son accompagnement. C'est ainsi que le projet Phase 1 qualitative prend forme à Poitiers avec des résultats concrets qui seront présentés très prochainement.

Par ailleurs, j'ai été responsable de l'animation du groupe étudiant RA-RS qui sera développé dans ce travail également.

2. PROJET FRANCOPHONE RECHERCHE-ACTION RESPONSABILITE SOCIALE

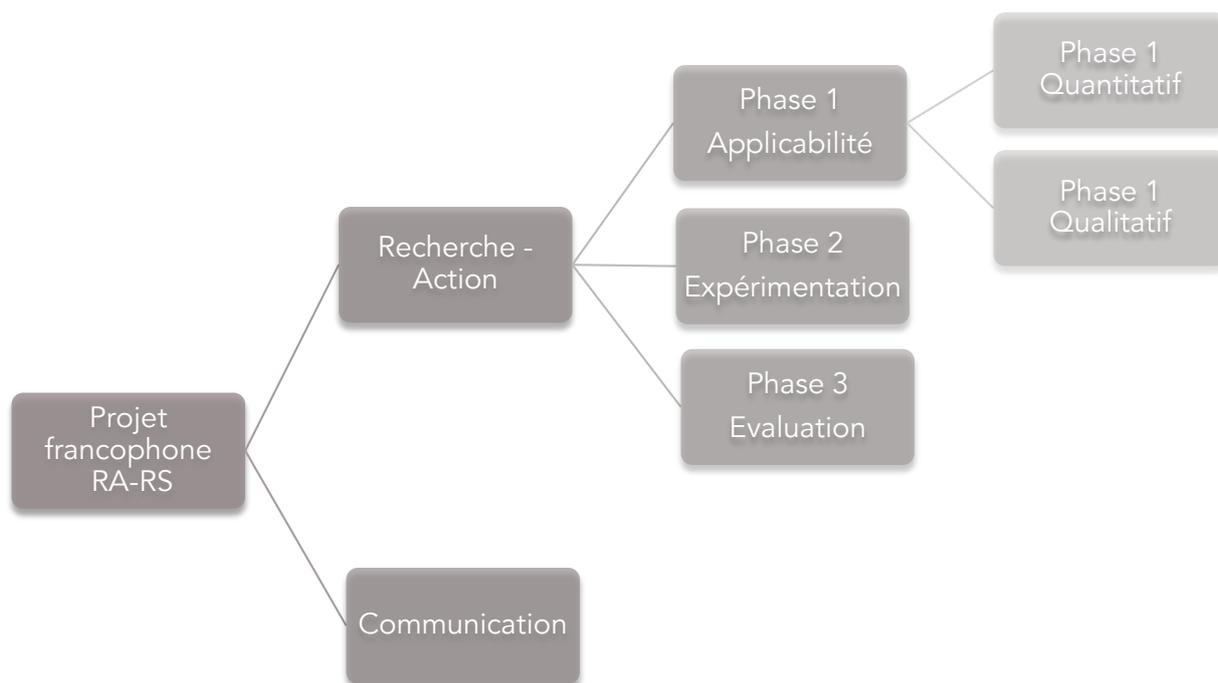


FIGURE 2 : DIAGRAMME DU PLAN D'ACTION

Pour illustrer les différents volets composants le présent travail de thèse, nous avons fait le choix de présenter les différents projets selon le diagramme de la figure 2 qui correspond au plan d'action.

Ce choix permet de bien différencier l'ensemble des parties et de mieux appréhender comment chacune s'articulent entre elles.

2.1. RECHERCHE-ACTION

Le recrutement des facultés concernées a eu lieu par un travail de communication auprès des enseignants des facultés francophones et des équipes décanales lors de congrès de pédagogie ainsi que par des communications écrites dans des revues spécialisées.

Les choix méthodologiques ont été initialement discutés et finalisés entre les 24 facultés engagées dans le projet.

A la réunion de lancement du projet à Rouen du 20 au 22 mai 2012, trois objectifs étaient au programme :

- un objectif méthodologique pour répondre à la question : Comment mesurer le concept de responsabilité sociale des facultés de médecine ?
- un objectif politique visant à instruire la question de la formation des leaderships dans la responsabilité sociale.
- un objectif de marketing lié au témoignage de l'utilité du concept de responsabilité sociale.

A l'issue de cette rencontre, il a été décidé de mettre en œuvre une approche quantitative standardisée pour l'ensemble des facultés impliquées et complétée par une approche qualitative pour seulement les facultés désireuses de la mettre en place.

Les difficultés rencontrées lors de ces échanges concernaient principalement le choix entre une approche quantitative ou une approche qualitative. Une approche quantitative permettait de toucher un plus grand nombre de membres et partenaires de la faculté pour favoriser la communication sur la responsabilité sociale. La méthode qualitative est quant à elle plus adaptée à l'objectif principal de l'étude, mais à contrario ne sensibilise que peu de monde car elle est plus chronophage et exige un plus grand investissement initial des personnes interrogées.

Par ailleurs, la méconnaissance des méthodes qualitatives de nombreux partenaires a rendu l'applicabilité plus difficile.

Progressivement, quatre autres facultés se sont greffées au projet en cours.

2.1.1. PHASE 1 QUANTITATIVE INTERNATIONAL

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Les échanges ont tourné autour de deux approches possibles, à savoir une approche scientifique méthodologiquement rigoureuse, ou une approche plus pragmatique permettant une appropriation plus aisée des concepts.

Les modalités de ce questionnaire ont été fixées lors de la rencontre de Lyon en Août 2012.

Après de longs échanges avec l'ensemble des facultés, il a été décidé de réaliser un questionnaire détaillé reprenant les 10 axes du consensus mondial afin d'en diffuser le contenu.

Le critère d'inclusion était l'ensemble des partenaires de la faculté qui ont été segmentés en différentes catégories : le décanat, les enseignants, les étudiants, les organisations sanitaires, les praticiens et maîtres de stages, la société civile.

Le questionnaire comprend deux grandes sections³² :

- Une section portant sur les 10 axes du Consensus mondial sur la responsabilité sociale.
- Une demande d'informations générales sur les participants.

Pour la première section, le questionnaire inclut le texte actuellement contenu dans le document du Consensus mondial. Chacun des axes est lui-même subdivisé dans le texte en quelques sous-axes. Pour chaque sous-axe, il était demandé de répondre à la question suivante :

« À votre avis et de ce que vous connaissez de votre Faculté, est-ce que, à ce jour, ce sous-axe vous semble pris en compte? »

La question s'intéressait à appréhender la réalité concrète et non les objectifs théoriques de la Faculté.

Pour cela, une échelle de Likert à 4 entrées a été utilisée :

1 : Pas du tout d'accord

2 : Plutôt pas d'accord

3 : Plutôt d'accord

4 : Tout à fait d'accord

« s o » : sans objet (ne s'applique pas/ne peut répondre)

Après avoir répondu à la question précédente pour chaque sous-axe, il était demandé ensuite pour chaque axe :

- D'identifier 1 à 3 actions/réalisations relatives à cet axe et mises en place dans la Faculté; les avancements et les éventuelles difficultés/limites constatées pouvaient être précisées.

- D'identifier 1 à 3 améliorations potentielles à apporter dans la Faculté pour que celle-ci soit plus en accord avec l'atteinte de l'axe ; confirmer si ces améliorations étaient déjà identifiées et si des actions étaient prochainement prévues.

Les difficultés rencontrées lors de la création du protocole phase 1 quantitatif a immédiatement été l'homogénéisation du questionnaire face aux réalités très différentes. En effet, selon les facultés, la connaissance et l'appropriation du consensus est très hétérogène.

Cependant, nous avons assumé le choix de reprendre les 10 axes du consensus dans le questionnaire. Le Consensus mondial étant un document qu'il convient de s'approprier devant parfois la complexité de certains axes, il était important de passer par une phase de sensibilisation auprès des personnes interrogées avant de leur soumettre le questionnaire.

Par ailleurs, une autre difficulté a concerné les questions sémantiques à propos de la partie relative aux renseignements sur les participants. En effet, les catégories sont différentes selon les pays et les appellations également.

Le questionnaire était disponible sur internet via l'outil *SurveyMonkey* à cette adresse :

www.surveymonkey.com/s/MDX8DLW

Les données ont été centralisées auprès de Michel Roland à Bruxelles.

La durée d'ouverture du questionnaire en ligne a été prolongée pour répondre aux besoins de chaque faculté.

Le questionnaire a été testé par les membres du projet international avant sa publication sur internet.

RESULTATS

Les résultats présentés ci-après sont à date du 5 juillet 2013. Les premiers résultats provisoires du questionnaire quantitatif ont été présentés à la Rencontre de Tlemcen du 10 au 13 avril 2013. 56 questionnaires supplémentaires ont été remplis depuis.

Le détail de ces résultats internationaux sera publié en deuxième étape par le Comité de Pilotage du Projet à la clôture du questionnaire.

23 facultés sur les 28 engagées ont participé à l'enquête en ligne.

1257 questionnaires ont été remplis dont 843 répondants qui se sont rattachés à une faculté.

L'âge médian est de 39 ans (sur 812 réponses) et le sexe ratio homme/femme à 1,23.

Concernant la participation par faculté, on peut distinguer 3 groupes (tableau 4) :

- De 1 à 15 réponses : 8 facultés
- De 15 à 40 réponses : 9 facultés
- De plus de 41 réponses : 6 facultés

		Nombre	en %
1	Université de Sousse (Tunisie)	122	9,7%
2	Université Cadi Ayyad (Maroc)	95	7,6%
3	Université de Tunis El Manar (Tunisie)	79	6,3%
4	Université Catholique de Louvain (Belgique)	75	6,0%
5	Université de Rouen (France)	70	5,6%
6	Université de Sfax (Tunisie)	67	5,3%
7	Université de Cocody (Côte d'Ivoire)	40	3,2%
8	Université Aboubekr Belkaïd de Tlemcen (Algérie)	38	3,0%
9	Université Hassan II, médecine et pharmacie (Maroc)	32	2,5%
10	Université de Burundi (Burundi)	31	2,5%
10	Université de Poitiers (France)	31	2,5%
12	Université d'Oran (Algérie)	30	2,4%
13	Université Libre de Bruxelles (Belgique)	29	2,3%
14	Université UCAD (Sénégal)	27	2,1%
15	Université Paris 13 (France)	25	2,0%
16	Université Quisqueya (Haïti)	13	1,0%
17	Université de Sherbrooke (Canada)	11	0,9%
18	Université Claude Bernard Lyon 1, Lyon Est (France)	10	0,8%
19	Université de Monastir (Tunisie)	9	0,7%
20	Université d'État (Haïti)	5	0,4%
21	Université de Montréal FMUM (Canada)	2	0,2%
22	Université de Bamako (Mali)	1	0,1%
22	Université Saint-Esprit de Kaslik USEK (Liban)	1	0,1%
24	Université Claude Bernard Lyon 1, Lyon Sud (France)	0	0,0%
24	Université de Libreville (Gabon)	0	0,0%
24	Université de Lorraine (France)	0	0,0%
24	Université de Nouakchott (Mauritanie)	0	0,0%
24	Université Hassan II, médecine dentaire (Maroc)	0	0,0%
Total Participants rattachés à une faculté		843	67,1%
Nombre de Participants non rattachés à une faculté		414	32,9%
Total Participants		1257	100,0%

TABLEAU 4 :

CLASSEMENT DES FACULTES PAR LE NOMBRE DE PARTICIPANTS PAR FACULTE

Parmi les 843 participants qui se sont identifiés, on reconnaît essentiellement une population d'étudiants : N=278, et de professeurs : N=261 (tableau 5) :

'Étudiants en médecine (inclus résidents/3e cycle)	278
'Professeurs	261
'Maîtres de stage hospitaliers académiques	55
'Groupes de médecins/exercice en groupe	35
'Doyen et vice-doyen	28
'Maîtres de stage non hospitaliers	28
'Ordre des Médecins	25
'Administrations de la santé	18
'Maîtres de stage hospitaliers non académiques	12
'Décideurs politiques (ministères, conseillers, agences de santé, etc.)	11
'Groupes/ligues et associations de patients	6
'Syndicats médicaux	6
'Autres étudiants (infirmières, kiné/physiothérapeutes, etc.)	5
'Mutuelles/caisses d'assurance santé	4
'Sociétés savantes/sociétés scientifiques	2
Autre (veuillez préciser la catégorie)	69
Total	843

TABLEAU 5 : IDENTIFICATION DES REpondants

Pour les enseignants, il était demandé de classer et quantifier leurs activités suivant les 5 items suivants en pourcentage :

	Tous	Poitiers
Clinique	3,6	4,3
Enseignement	2,4	1,8
Recherche	1,7	1,8
Pédagogie	1,3	1,1
Gestion Facultaire	0,9	1,1
Total	9,9	10

- Clinique
- Enseignement
- Recherche
- Pédagogie
- Gestion facultaire

**TABLEAU 6 :
COTATION D'ACTIVITE
ENSEIGNANTS**

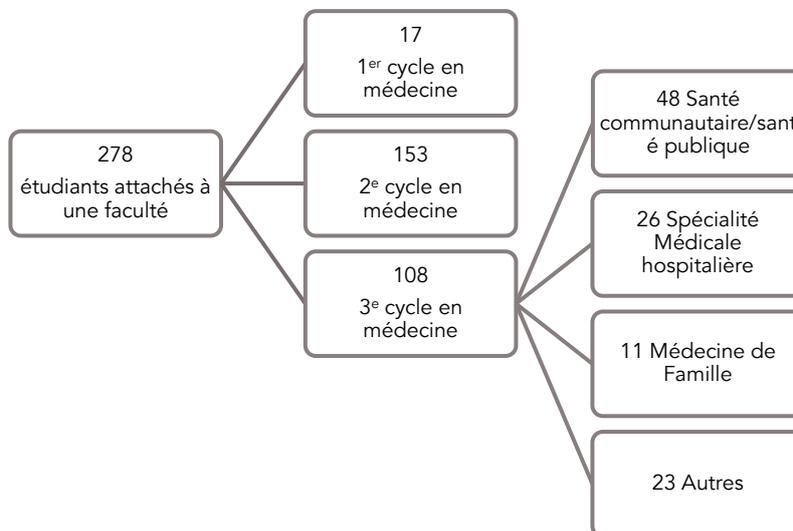
Une cotation par activité a donc pu être effectuée pour identifier le profil des enseignants.

La répartition des activités pour un total de 10 est présenté tableau 6.

Les étudiants se sont répartis selon leur niveau de cycle, et selon leur spécialité pour ceux du 3^{ème} cycle (Figure3).

FIGURE 3 :

RÉPARTITION DES ÉTUDIANTS



L'échelle de Likert à 4 entrées a été cotée de 1 à 4 respectivement selon les réponses *pas du tout d'accord*, *plutôt pas d'accord*, *plutôt d'accord*, *tout à fait d'accord*.

Ceci a permis de récupérer une cotation pour chaque question.

Les résultats détaillés sont en Annexe 4.

Les deux questions qui récoltent le plus grand taux de réponse favorable sont l'Axe 1 (*Anticipation des besoins en santé de la société*) et l'Axe 9 (*Adhésion aux principes universels et adaptation au contexte local*) avec une valeur moyenne supérieure à 3.

Pour l'ensemble des autres axes et leurs sous-parties, les scores vont de 2.2 à 2.8.

Les commentaires apportés par les répondants aux deux questions d'identification des réalisations effectuées et de propositions de projets à mener tournent autour de 7 grands thèmes :

- Santé publique, communautaire, médecine sociale
- Evaluation

24 des 28 facultés ont participé à l'enquête.

1257 questionnaires remplis dont 843 rattachés à une faculté

2 groupes de participants majeurs : professeurs et étudiants

- Accréditation, certification
- Place accrue de la société civile dans la faculté
- Médecine de famille, rôle du médecin de première ligne
- Stages dans les communautés, auprès de population défavorisées
- Importance des innovations pédagogiques

DISCUSSION

Sur la conduite de l'enquête, le questionnaire a été soit proposé en ligne, soit sur support papier, soit les deux. Les participants ont été soit approchés par groupe, soit de manière individuelle.

La qualité du questionnaire a influé sur les limites de ce travail. Les retours des différentes facultés partenaires sont unanimes : il est long et ardu, ce qui rend sa compréhension difficile. Ceci a été très probablement la cause d'une faible participation dans de nombreuses facultés.

Par ailleurs, il était impossible de réaliser une pause dans le remplissage du questionnaire.

L'approche a donc pu paraître brute et abstraite pour un certain nombre de participants. Surtout qu'il avait été décidé de ne pas y apporter d'adaptation locale pour des raisons méthodologiques de reproductibilité. Ce choix méthodologique s'est donc fait au prix du nombre de participants.

Les résultats quantitatifs ne sont pas exploitables car ils ne permettent pas d'évaluer le niveau d'adhésion aux principes de responsabilité sociale. L'échelle de Likert à 4 entrées rend les moyennes de réponses très homogènes. Par ailleurs, l'ensemble des questions étant issu du Consensus mondial, les réponses sont sans surprises consensuelles.

Il est intéressant de noter que les deux axes remportant les meilleures évaluations sont les deux plus accessibles : axe 1 et 9 sur *Anticipation des besoins en santé de la société* et

Adhésion aux principes universels et adaptation au contexte local. Ceci renforce l'idée que le consensus n'est pas simple d'abord initial et qu'il nécessite une phase d'appropriation.

Un des objectifs secondaire était de faire connaître par le biais de ce questionnaire le concept de Responsabilité Sociale aux membres et partenaires de la faculté. C'est pourquoi il a avait été retenu de présenter l'ensemble des 10 axes et ses sous-parties.

Cette démarche a également permis la constitution de groupes de travail facultaires dans de nombreux cas et parfois même d'organisation de journées de sensibilisation et d'information sur la responsabilité sociale.

Ainsi, des rencontres avec des étudiants ont permis d'aboutir à desancements de travaux de thèses et autres travaux scientifiques.

De ce fait, l'objectif secondaire de diffusion et de porter le consensus mondial à la connaissance des membres et partenaires de la faculté a été possible. Il s'agit là d'une première étape de sensibilisation parmi un long processus d'adhésion et d'évolutions des mentalités.

C'est pourquoi nous pouvons vérifier que la partie la plus intéressante pour l'analyse concerne les réponses écrites à chaque axe. L'analyse de ces données est laissée à la responsabilité de chaque faculté. Les niveaux de sensibilisation sont très différents selon les villes, ne rendant pas de ce fait l'analyse qualitative sous cette forme pertinente. Le travail de sensibilisation en amont était donc important pour favoriser la participation au questionnaire.

Une démarche qualitative plus structurée sous forme d'entretiens ou de « focus groups » semble plus pertinente pour répondre aux objectifs initiaux de la phase 1.

Ceci permettra également de toucher un public plus large. On peut noter par exemple que parmi les 108 étudiants de 3^{ème} cycle ayant répondu, la plus grande proportion concerne les étudiants en santé communautaire/santé publique.

Un questionnaire long et ardu au premier abord

Le moyen de diffuser les concepts de responsabilité sociale au sein des facultés

L'analyse des commentaires est riche pour chaque faculté

Un point d'appel pour une phase qualitative

Finalement la part de clinicien est assez faible. Or les cliniciens représentent un levier fondamental pour réaliser ce changement de paradigme dans la formation médicale.

En attendant, un groupe de travail est en train de réaliser une simplification du questionnaire pour poursuivre plus efficacement la phase 1 et avec une possibilité de l'adapter aux problématiques locales.

2.1.2. PHASE 1 QUANTITATIVE À POITIERS

MATÉRIELS ET MÉTHODES

A Poitiers, un Comité de Pilotage a été mis en place composé de 3 enseignants de la faculté, le Doyen et un interne. Il ne s'est réuni qu'une fois en octobre 2012 pour établir le protocole de diffusion du questionnaire. Tous les membres n'ont pu être présents.

La phase de sensibilisation sur le Consensus mondial n'a pas pu précéder la diffusion du questionnaire. Pour des raisons méthodologiques, le questionnaire n'a pu être modifié. Il est donc le même pour toutes les facultés.

Deux populations ont été initialement contactées pour participer à cette phase : les enseignants et les étudiants en médecine générale.

Les enseignants ont reçu un premier mail signé par le décanat présentant succinctement le projet et le questionnaire en janvier 2013. Une relance a été envoyée quinze jours après (Annexe 2).

Tous les internes en médecine générale ont également reçu un mail signé par le Directeur du Département de Médecine Générale pour la participation au questionnaire. Une relance à quinze jours a également été envoyée (Annexe 3).

L'ARS de Poitou-Charentes (Agence Régionale de Santé) a également été contactée par le biais de son directeur de la Stratégie qui a lui-même promu le questionnaire au sein de ses services.

RESULTATS

A Poitiers, 31 questionnaires ont été remplis ce qui classe la faculté 10^{ème} sur 24 en nombre de participants.

L'âge médian est de 52 ans contre 39 ans pour l'ensemble des répondants. L'âge moyen de 47,6 à Poitiers contre 39,7 pour la totalité.

Le sexe ratio homme/femme à 5,2 contre 1,23 pour la totalité des répondants.

Parmi les 31 participants qui se sont identifiés, on reconnaît 18 Professeurs, 4 étudiants en médecine du 3^{ème} cycle en médecine générale/médecine de famille, 3 maîtres de stage hospitaliers, 1 décideur politique, 1 membre de l'administration de la santé et 4 Autres.

Concernant le démembrement de l'activité des enseignants, il est d'ordre similaire à celui des autres enseignants des autres facultés interrogées (Tableau 6). Cependant, bien qu'il n'y ait pas de différence significative, une tendance met en évidence que les professeurs poitevins auraient une part de clinique plus importante que la moyenne et a contrario une charge d'enseignement inférieure.

Les données chiffrées de l'enquête ont été analysées à l'aide d'un tableur Excel®.

Les résultats de l'échelle de Likert à 4 entrées (résultats détaillés en Annexe 4) n'ont montré aucune différence significative de réponses avec les autres facultés.

Les résultats sont homogènes avec des chiffres extrêmes à 2,35 pour la sous-partie 4.5 (*La Faculté de médecine offre une gamme de services et des mécanismes pour soutenir ses enseignants et ses étudiants pour mettre en œuvre des stratégies éducatives et garantit que les diplômés possèdent les compétences attendues qu'exige un système de santé attentif aux préoccupations sociales*) et 3,47 pour la sous-partie 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*).

Pour les axes, ils vont de 2,60 pour l'axe 4 (*Éducation basée sur des résultats escomptés*) à 3,07 pour l'axe 1 (*Anticipation des besoins en santé de la société*).

Les commentaires des répondants ont bénéficié d'une triangulation pour leur analyse à l'aide du logiciel NVivo10®.

Sur les actions menées par la faculté de Poitiers, seulement 82 réponses ont été enregistrées sur les 310 attendues (1 réponse par axe pour un total de 31 répondants), soit 26,4% de réponses.

Sur les améliorations proposées, il est recensé 86 réponses sur les 310 attendues, soit 27,2% de réponses.

Le taux de réponse par axe diminue au cours du questionnaire. De 16 réponses pour l'axe 1, l'axe 10 ne bénéficie que de 4 réponses.

Les répondants n'ont pas tous clairement séparé ce qui est des réalisations de la faculté et des améliorations proposées.

Les réponses ne correspondent pas toujours au sens de chaque axe. Les résultats sont donc présentés selon une catégorisation suite à un travail de triangulation qui est présenté par la carte conceptuelle ci-dessous (figure 4). L'ensemble des commentaires sont répertoriés en Annexe 5.



FIGURE 4 : CARTE CONCEPTUELLE DES RESULTATS DE LA TRIANGULATION

A. ANTICIPATION DES BESOINS EN SANTÉ DE LA POPULATION.

Il est reconnu que les travaux de la commission de Pédagogie ont justement pour objectif « d'adapter au mieux les programmes d'enseignements aux besoins ».

Cependant, il est également proposé d'améliorer le travail de coordination avec les collectivités territoriales, afin d'adapter la répartition des spécialités médicales dans la région.

Pour résoudre cette problématique, un des participants propose la création « *d'un(es) chargé(s) de missions en économie et démographie de santé. Ce chargé de mission créera le lien entre la faculté et son environnement (les structures sanitaires, les unions professionnelles, les institutions)* ».

Enfin, il est suggéré de favoriser l'apprentissage par compétence plutôt que par la transmission d'un savoir.

B. IMPLICATION DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DANS L'ACTION LOCALE.

Il est rappelé l'importance de coordination avec les institutions locales et d'augmenter l'influence de la faculté dans ces échanges. Des outils sont à envisager, cependant la faculté souffrirait actuellement d'une carence de moyens pour peser dans les échanges et intégrer un travail de coordination avec ses partenaires institutionnels.

C. LA FORMATION MÉDICALE

Les remarques sur la formation médicale actuelle et des propositions de réformes sont nombreuses.

LIMITES DES ECN

Les limites des ECN (Epreuves Classantes Nationales) reviennent très fréquemment avec 10 commentaires y faisant référence.

Il leur est reproché d'être le seul moteur des étudiants par le système de classification existant. Il est donc proposé de modifier le contenu des ECN afin d'y intégrer des questions dépassant la pathologie ou la thérapeutique : *« tant que les questions de l'ECN porteront majoritairement (programme) voire même exclusivement (les questions effectivement posées) sur la pathologie ou la thérapeutique, on pourra faire localement tous les enseignements "sociaux" que l'on veut, ceux ci seront peu suivis, car les étudiants travaillent en fonction de leurs examens. Si 10% des questions de l'ECN portaient sur les aspects sociaux (sens large), nos facultés et nos étudiants travailleraient dans ce sens... »*

Pour un autre participant, la solution réside dans l'obtention d'une plus grande indépendance pédagogique locale et afin de se démarquer d'une *« formation initiale [...] imposée par des programmes nationaux et un examen terminal »*.

Afin de lutter contre les inégalités liées aux ECN, il est suggéré de créer une filière hors concours afin de faire émerger des étudiants en médecine de toutes les couches sociales de la population.

Enfin, il est question de l'absence de continuité d'objectifs entre le second et le troisième cycle des études médicales. Selon un participant, la faculté de médecine est tout particulièrement impliquée dans le premier et deuxième cycle, puis *« c'est toujours elle qui délivre les diplômes mais c'est au CHU/CH agréés que tout se fait »*.

Pour cela, il est proposé de favoriser la communication « *au travers de réunions pédagogiques formalisées entre les enseignants des deux premiers cycles et les enseignants du troisième cycle* ».

INADAPTATION DE LA FORMATION A LA REALITE DES PRATIQUES

Les réponses montrent qu'il existe parfois un fossé entre l'apprentissage théorique et l'exercice pratique. C'est ainsi qu'un participant regrette que les programmes d'enseignement soient parfois trop « *loin des préoccupations en santé publique et loin de la pratique future* ». Il est nécessaire de responsabiliser les étudiants à leur futur métier et de leur faire prendre « *conscience de leur rôle sociétal* ».

Des efforts semblent être réalisés par la faculté qui « *favorise et souhaite développer le post internat de façon à créer le lien entre pratique réelle de terrain et enseignement, mais aussi fidéliser les médecins formés au territoire de formation* ».

C'est ainsi qu'ils réclament un plus grande part d'enseignement spécifique aux soins primaires. Ils encouragent ainsi les stages en médecine libérale dès l'externat, auprès de médecins généralistes, de paramédicaux et des acteurs sociaux prenant en charge le patient.

FAVORISER L'OUVERTURE AUX AUTRES DISCIPLINES

Pour s'adapter au mieux à la réalité des pratiques de terrain, les répondants insistent sur l'importance d'ouvrir la formation à plus de transdisciplinarité. Ce thème remporte 16 références dans les commentaires.

Le développement et l'intégration de la santé publique et de l'économie de la santé dans la formation médicale sont revendiqués.

Par ailleurs, ils proposent d'intensifier « *les liaisons avec les autres formations paramédicales et sociales* » et même de « *Ramener TOUTES les professions paramédicales dans le cadre de l'Université / faculté [...] permettre des passerelles entre reçus collés à la PACES et les écoles paramédicales* ».

Ce travail d'ouverture doit avoir lieu entre les Sciences Humaines et Sociales, la médecine libérale, et le CHU. Certains souhaitent même l'ouverture des institutions pédagogiques et l'organisation facultaire comme le Conseil d'Administration de la Faculté aux institutions territoriales (ville, région, ...) et aux professionnels de santé.

Il est également proposé de favoriser les échanges internationaux en intensifiant « *les collaborations et jumelages avec [les] Universités étrangères* ».

L'accès à une plus grande base de données bibliographiques est également désiré afin de poursuivre le nécessaire développement de l'esprit critique scientifique.

Enfin, afin de favoriser l'ouverture sur la cité, il est évoqué l'organisation de conférences pour le grand public.

ENCOURAGER DE NOUVEAUX ENSEIGNEMENTS

Ces nouveaux enseignements concernent à la fois des enseignements transversaux interdisciplinaires, l'apprentissage du travail en équipe, mais également des sujets qui seraient encore trop peu présents et valorisés dans les facultés : l'économie sociale et solidaire, les inégalités d'accès aux soins, la prise en charge des populations vulnérables, ou même l'enseignement de l'éthique.

D'autre part, les répondants souhaitent voir les TICE prendre plus de place dans l'enseignement, ainsi que l'introduction de l'e-learning^v.

Pour favoriser l'esprit critique, il est proposé le renforcement de l'enseignement des statistiques appliquées à la médecine et la lecture critique d'articles scientifiques.

Un des étudiants réclame « *plus de cours d'anglais et en anglais* ».

Enfin, il est soutenu que l'enseignement devrait aussi s'ouvrir plus clairement sur la prévention.

D'autres regrettent la faible visibilité de la santé au travail et la santé environnementale.

MANQUE DE MOYENS

Plusieurs répondants regrettent le manque de moyens dont dispose la faculté pour répondre à ces objectifs de Responsabilité Sociale. Ils déplorent les carences en moyens humains, « *manque d'enseignants* », en moyens logistiques, « *accroître l'espace des étudiants (bibliothèques)* », ou encore en moyens organisationnels et techniques.

UNE FORMATION DANS LA DUREE

Il est proposé que les étudiants doivent être sensibilisés aux principes de formation médicale continue. Les répondants souhaitent que cet exercice soit proposé dès le début du troisième cycle.

^v L'e-learning désigne l'ensemble des solutions et moyens permettant l'apprentissage par des moyens électroniques.

D. ÉVALUATIONS

Les répondants appellent à la mise en place d'un « *système d'autoévaluation régulier et réactualisé au cours du cursus* ». Ceci pourrait avoir lieu dans le cadre d'Évaluations de Pratiques Professionnelles (EPP), de « *direction de travaux de recherche (thèses, mémoires) dans le cadre d'EPP* ».

« *Pour le moment l'évaluation se fait par des organismes comme l'AERES* ».

Par ailleurs il est rappelé le souhait de renforcer l'évaluation de compétences et non plus de connaissances.

E. PLACE DE LA RECHERCHE

La recherche garde un point central dans le développement des enjeux de responsabilité sociale des facultés de médecine. Ainsi, les répondants appellent à plus de recherche clinique sur des problématiques de santé publique et de soins primaires. Ceux-ci pourraient avoir lieu dans le cadre de travaux de thèses d'exercices et des travaux de recherche de Master 2 ou de Thèses de Sciences.

F. CRITIQUE MÉTHODOLOGIQUE

Enfin, les critiques sur le questionnaire ont été formulées. Les questions semblent « *trop globales et très théoriques* », composées de « *paroles creuses sans intérêt et loin de la réalité quotidienne* ». Le langage utilisé ne semble pas toujours clair.

Un des participant à l'enquête s'inquiète de la création d'un système d'accréditation en y voyant « *encore une belle lourdeur administrative... comme le questionnaire d'ailleurs* ».

Poitiers au 10^{ème} rang de participation

L'anticipation des besoins de la société par une plus grande coordination avec les partenaires

Augmenter l'influence de la faculté dans l'action locale

La formation médicale, des évolutions à accompagner malgré le manque de moyens

De la nécessité d'évaluations plus pertinentes

DISCUSSION

La première limite à la diffusion du questionnaire à Poitiers a résidé dans une action peu coordonnée avec l'ensemble des membres du Comité de Pilotage (COPIL) local. Nous n'avons réalisé qu'une seule réunion et n'avons pu mettre en place une phase de sensibilisation avant la diffusion du questionnaire.

Le projet avait pris du retard. Devant la difficulté de mobiliser sur le sujet les enseignants qui ont déjà beaucoup d'activités parallèles, le choix de lancer le questionnaire a été décidé tout en connaissant les risques associés. Sans préparation, le questionnaire est lourd et complexe à s'approprier.

Toutefois, il a permis de créer une discussion sur le forum des enseignants de la faculté. Il est donc nécessaire de poursuivre avec la phase 1 qualitative à Poitiers pour ne pas laisser les enseignants avec une mauvaise image du projet, dont la valeur ajoutée et la pertinence dépassent la qualité intrinsèque du questionnaire.

Après les premiers retours sur le questionnaire, et le faible taux de réponses des internes de médecine générale, il a été décidé de ne pas le diffuser plus largement sous cette forme. La phase 1 qualitative prendra le relais et la création d'un questionnaire simplifié est en cours de rédaction au sein du COPIL international. Celui-ci vise alors un public plus large de non initiés.

La différence d'âge moyen et médian entre Poitiers et le reste des facultés est liée à la faible participation d'étudiants à Poitiers.

Ce très faible taux de participation des étudiants poitevins est toutefois concordant avec le taux de participation aux autres sollicitations qu'ils ont l'habitude de recevoir. Par ailleurs, la sollicitation par courriel groupé n'est pas le moyen le plus efficace pour pousser à participer.

Les rencontres individuelles et la phase de sensibilisation ont probablement manqué.

Par ailleurs, le sexe ratio homme/femme est beaucoup plus élevé à Poitiers. Ceci peut s'expliquer par une majorité d'enseignants masculin et là encore la faible participation des étudiants en médecine à majorité féminine. Depuis 2007, les femmes représentent en France plus de 60% des internes, 62,6% des inscrits aux ECN en 2011³³.

Sur la partie des commentaires concernant les actions menées par la faculté et les améliorations proposées, le taux de réponses diminue tout au long du questionnaire ce qui pourrait témoigner de sa lourdeur. De plus, l'analyse des données met en évidence que les réponses sont souvent générales et pas forcément en lien avec l'axe en question. Ceci prouve de nouveau que la forme de ce questionnaire n'est pas le plus pertinent pour l'objectif recherché : évaluer l'appropriation du consensus et sensibiliser sur celui-ci.

Dans l'anticipation des besoins en santé de la population, la répartition des spécialités médicales dans la région revient régulièrement. La carence médicale en termes de généralistes et de spécialistes dans certains bassins de populations reste un problème majeur pour la région³⁴.

Les participants soutiennent que l'enseignement doit se concentrer sur un apprentissage de compétences et non plus d'accumulation de connaissances. Ceci s'intègre dans un courant pédagogique que l'on retrouve actuellement fortement soutenu par la médecine générale. Ces principes sont rappelés par le CNGE (Conseil National des Généralistes Enseignants) qui explique ce changement de paradigme dans la pédagogie du 3^{ème} cycle des études de médecine générale en faisant référence à un devoir de responsabilité sociale des facultés de médecine : ceci « *répond à la demande de l'OMS de rechercher l'efficacité dans le processus d'apprentissage*³⁵ ».

Ainsi, « *la certification des compétences en fin de troisième*

cycle de médecine générale a pour objectif d'attester que le futur médecin possède la capacité de mobiliser et de combiner les ressources de façon appropriée³⁵». Ces travaux du CNGE s'inspirent ouvertement des principes de responsabilité sociale.

Il faut souhaiter que ces efforts se poursuivent et que « l'apprentissage dans une logique par compétence » se popularise rapidement auprès des autres spécialités médicales.

Dans le cadre de la formation du deuxième cycle, beaucoup de critiques sont formulées concernant les ECN. Toutefois, le programme des ECN évolue et laisse progressivement plus de place pour la relation médecin-patient et la coordination médicale avec notamment la nouvelle unité d'enseignement intitulée « *Apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle* ». Nous n'avons pas encore de recul sur ces évolutions, mais cela marque cependant une nouvelle voie en train d'être prise par les ECN.

Par ailleurs, les participants réclament l'apprentissage de la lecture critique d'articles. Celle-ci est présente depuis 2009 aux ECN et compte pour 10% de la note totale des ECN depuis 2010. Il n'est pas inintéressant de rappeler que les étudiants étaient opposés à la mise en place de cette épreuve à l'époque³⁶.

La lutte contre les inégalités d'accès aux études médicales en France alerte les participants. Les cadres et professions intellectuelles (professions libérales, ingénieurs, ...) restent majoritaires chez les parents des étudiants en médecine. Une thèse de médecine³⁷ a montré que 57,9% des pères et 36,1% des mères des étudiants en médecine à Poitiers font partie de ces catégories professionnelles.

Les participants font appel à un renforcement de l'enseignement en soins primaires. C'est ainsi qu'à Poitiers, la part d'étudiants en médecine bénéficiant de stage chez le

médecin généraliste en ambulatoire est en augmentation. Le département de médecine générale et le COGEMS-PC (Le Collège des Généralistes Enseignants et Maîtres de Stage du Poitou-Charentes) poursuivent leurs efforts pour rechercher toujours plus de médecins généralistes pour accueillir les externes poitevins. Ces efforts sont encouragés par le « *Pacte territoire-santé* » - *Pour lutter contre les déserts médicaux*³⁸ présenté le 13 décembre par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. L'engagement 1 « *Un stage en médecine générale pour 100% des étudiants* » prévoit d'accélérer la recherche de maîtres de stage pour qu'en 2017, tous les étudiants du deuxième cycle, soit 8000 étudiants, bénéficient d'un stage en médecine générale.

Le nombre de Maîtres de Stage Universitaire (MSU) dans la région ne cesse d'augmenter^{vi}. Au 1^{er} mars 2012 la région recensait 214 MSU contre seulement 70 en 2006. Sur les 214 MSU, 73 étaient habilités pour recevoir les DCEM1, 60 pour les externes dont le recrutement a débuté en 2009, 102 pour les internes de niveau 1, et 73 pour des SASPAS. A noter qu'un MSU peut accueillir des étudiants de plusieurs niveaux.

La collaboration avec l'ensemble des partenaires de santé du médecin semble fortement désirée par les répondants. La question se pose autour du développement du concept de *Parcours de santé*³⁹. Cette collaboration médicale est à développer et les autorités sanitaires tentent de valoriser leur mise en place⁴⁰. La création d'une majoration financière pour les consultations de suivi de sortie d'hospitalisation⁴¹ en est un exemple.

La question de l'évaluation de la faculté est posée et un des participants rappelle la place de l'AERES (Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur).

^{vi} Données 2013 fournies par le COMGEMS-PC.

La dernière enquête d'évaluation des facultés de médecine en France par l'AERES date de 2009⁴². L'évaluation portait sur la formation et la recherche. Les critères d'évaluation choisis pour la formation étaient : le rapport entre le nombre d'enseignants hospitalo-universitaires titulaires et le *numerus clausus*, les pourcentages d'étudiants classés dans les 500 et les 1 000 premiers aux ECN (meilleurs niveaux de classement) et les pourcentages d'étudiants dans les 3 000 premiers (niveau de classement permettant encore le choix de toutes les spécialités, quelle que soit la région). Pour la recherche, les critères retenus étaient : le score SIGAPS des publications référencées dans la base MEDLINE, le nombre de PHRC (projets hospitaliers de recherche clinique) et le nombre d'unités de recherche labellisées (CNRS ou INSERM) dirigées par un hospitalo-universitaire.

Les critères choisis sont donc loin de ceux défendus par le concept de responsabilité sociale. L'AERES n'évalue à aucun moment l'impact d'une formation médicale sur la santé des personnes.

Les participants font références aux Evaluation des Pratiques Professionnelles. Avec le décret de décembre 2011 relatif au développement professionnel continu (DPC) des médecins ⁴³, il serait souhaitable que l'évaluation des pratiques se fasse dans une logique de responsabilité sociale. Les modalités de validation sont nationalement établies par l'HAS.

Toutefois, le décret stipule que les « *agences régionales de santé peuvent compléter les orientations nationales par des orientations régionales spécifiques, en cohérence avec leur projet régional de santé, après avis de la commission scientifique indépendante des médecins* »⁴⁴. C'est pourquoi le projet Recherche Action Responsabilité Sociale à Poitiers tente de sensibiliser l'ARS Poitou-Charentes afin d'intégrer les démarches de responsabilité sociales décrites dans le Consensus Mondial dans les objectifs de validation pour le DPC. Ceci serait d'autant plus pertinent que les principes de responsabilité sociale sont certes globaux, les actions menées doivent être localement contextualisées. C'est pourquoi, le

développement de projets régionaux encouragés par l'ARS a sa place dans ce projet.

En ce qui concerne la recherche clinique que les participants souhaitent voir se développer sur des problématiques de santé publique et de soins primaires, beaucoup de travail reste à faire. En effet, une étude récente⁴⁵ a évalué que 47,9% des études présentées en Français dans les congrès de médecine générale sont centrées sur le médecin. Seulement « 4,6% étaient des essais randomisés dont la moitié avaient des critères de jugement centrés patients ». Cela montre que la recherche en médecine générale française doit poursuivre ses efforts pour développer celle-ci au service des personnes que la filière ambitionne de soigner.

Les critiques présentées sur la méthodologie du questionnaire sont celles que l'on retrouve dans les autres facultés. Elles sont bien-sûr justifiées et légitiment la poursuite de ce travail par un approfondissement de la phase 1 selon une autre méthodologie.

Ces données sont intéressantes et offrent quelques voies de réflexions, mais ne bénéficient pas de la rigueur méthodologique d'un travail de recherche qualitatif. C'est pourquoi, une phase qualitative est nécessaire pour mieux appréhender les attentes de l'ensemble des partenaires de la faculté.

Le moyen de diffuser les notions de responsabilité sociale à Poitiers auprès des enseignants

Mettre en place une phase qualitative solide pour appréhender les attentes des partenaires de la faculté

La faculté répond aux efforts souhaités sur la formation aux soins de premiers recours,...

à la médecine de premiers recours de poursuivre les efforts pour être à la hauteur

2.1.3. PHASE 1 QUALITATIVE INTERNATIONAL

Le projet d'une recherche qualitative dans la phase 1 ne concerne à ce jour que 3 facultés parmi les 28 participants au projet.

Celle-ci permet de mieux appréhender l'adhésion aux concepts de responsabilité sociale.

Cette approche qualitative est optionnelle et dépend de la volonté d'engagement des facultés.

Les facultés proposant la phase qualitative est si faible pour le moment car certaines facultés attendent les résultats de la phase quantitative, d'autres ne sont pas familières avec ces méthodes de recherche, et d'autres encore optimisent leurs efforts sur d'autres projets de responsabilité sociale.

Les protocoles de recherches qualitatifs sont laissés libres aux facultés pour qu'elles puissent s'adapter au mieux aux problématiques locales et ne pas reproduire les problèmes rencontrés lors de la phase 1 quantitative.

L'ensemble des résultats sera partagé avec les autres facultés afin d'étudier des comparaisons et de se servir des expériences et idées de chacun.

Les travaux sont en cours et les résultats ne sont donc pas disponibles à ce jour.

2.1.4. PHASE 1 QUALITATIVE À POITIERS

Avec l'ambition initiale de poursuivre la phase 1, la phase qualitative s'est donc fixée comme objectif principal de réaliser un état des lieux local d'adhésion au concept de responsabilité sociale en se basant sur le consensus mondial.

Comme objectif secondaire, il est question de commencer à identifier les déterminants d'une faculté socialement responsable, permettant de mettre un pied dans la phase 2 d'expérimentation.

Enfin, il est également question de créer un modèle de recherche qualitative pour les autres facultés. En effet, Poitiers souhaite exporter son protocole de recherche qualitatif pour que d'autres facultés partenaires se lancent également dans le processus, malgré parfois une méconnaissance des méthodologies qualitatives. Certaines facultés ont en effet signalé une demande claire de création d'un outil de recherche exportable. Cet outil pourra être adapté aux problématiques locales, mais cela ne devra pas empêcher de réaliser des comparaisons entre les facultés.

FOCUS GROUPS

La méthode retenue est celle de Focus Group. Il a été décidé d'en réaliser auprès de tous les partenaires de la faculté de médecine : le décanat, les enseignants, les étudiants, les organisations sanitaires, les praticiens et maîtres de stages et la société civile.

Des internes en médecine générale sont également en cours de recrutement pour construire, réaliser, analyser ces focus groups et porter ce projet.

Ce recrutement passe par un travail de communication sur ce projet. L'appel à participer au questionnaire de la phase 1, des échanges informels avec les internes, ou la communication des résultats à venir sont les moyens choisis. Une réunion a été organisée au sein de la Maison de Santé de

Ruelle-Sur-Touvre pour présenter le projet à quelques étudiants semblant intéressés, la construction et la réalisation de ces focus groups pouvant faire l'objet de thèses d'exercice.

Le recrutement des autres internes est en cours et pourra se servir de la communication des résultats à venir et des premiers sujets de thèse sur ce projet à Poitiers.

Un travail de coordination se poursuit par ailleurs pour donner une cohérence à l'ensemble de ces travaux. A terme, une fois les focus groups des différents partenaires réalisés, nous ambitionnons de regrouper l'ensemble des données pour proposer à un groupe de travail de réfléchir à l'applicabilité des améliorations proposées par chaque groupe interrogé.

Le recrutement des internes s'accélèrera à la rentrée universitaire 2013, et nous espérons la concrétisation des travaux pour la rentrée 2014 d'au moins 8 groupes : enseignants, internes de spécialités, internes de médecine générale, externes, professionnels de santé paramédicaux, patients, collectivités territoriales et ARS.

C'est ainsi qu'une interne, Vanessa Olariu travaille actuellement sur le groupe Internes en médecine générale, et une autre interne est déjà pressentie pour s'intéresser aux professionnels de santé paramédicaux.

GROUPE INTERNES DE MEDECINE GENERALE

Le travail sur ce groupe est sous la responsabilité de Vanessa Olariu.

La coordination de son travail a également été réalisé par le Dr. Pascal Parthenay son directeur de thèse et par le Pr. José Gomes.

J'ai défini avec ces trois personnes, au cours de réunions et d'échanges mails ou téléphoniques, la méthodologie de ce travail afin qu'elle s'intègre dans les objectifs du projet international.

Parmi les choix méthodologiques, il a été décidé de sélectionner un certain nombre d'axes selon les populations interrogées. En effet, il n'est pas pertinent de travailler sur l'ensemble des 10 axes avec toutes les populations puisque certains demandent des qualifications particulières ou une sensibilisation particulière. Ceci est apparu sur les commentaires de la phase 1 quantitative.

Nous avons ainsi établi des questions ouvertes sur les axes 1 à 4, et 10. Les questions devaient être suffisamment larges sans qu'elles en deviennent théoriques. Nous nous sommes inspirés des critiques apportées par la phase 1 quantitative.

Le recrutement des internes a été particulièrement difficile. Ceci fait écho à leur taux de participation au questionnaire phase 1 quantitatif. Toutefois, 3 focus groups composé de 8 à 9 internes en médecine générale se sont tenus.

La triangulation des données a été réalisée à l'aide de NVivo10®. Le protocole détaillé et les résultats seront présentés dans le travail de thèse d'exercice de Vanessa Olariu.

L'approche qualitative à Poitiers, un outil méthodologique exportable à l'international.

Les résultats des focus groups avec les internes de médecine générale seront présentés en octobre 2013.

2.1.5. PHASE 2 ET PHASE 3

La phase 2 en est à sa phase primaire. Les premières réunions sont en cours de préparation.

Dans la bibliographie, nous pouvons mettre en évidence que le projet francophone RA-RS n'est pas très en retard par rapport à ce qui se fait ailleurs. En effet, autant les concepts de Responsabilité Sociale sont plus largement diffusés dans le monde anglo-saxon, autant la mise en place d'un système d'accréditation y est plus difficile. Par ailleurs, il apparaît régulièrement que des professionnels de santé appellent les institutions publiques et politiques à se rassembler pour avancer sur le sujet^{46,47}.

Ces deux phases ne pourront avoir lieu qu'après la finalisation de la phase 1 qualitative puisque celle-ci ambitionne d'identifier localement les déterminants à utiliser pour la phase d'expérimentation. La prochaine étape pour le projet est la réunion de Sousse, en Tunisie, au printemps 2014.

2.2. COMMUNICATION

2.2.1. INTERNATIONAL

A l'échelle internationale, la stratégie pour diffusion et application des concepts de responsabilité sociale sont variées.

Tout d'abord, il est question de communiquer sur le projet de recherche en cours dans les 28 facultés de médecine. Bien sûr, les résultats de ces travaux seront publiés, et ce à l'aide de supports variés : documents institutionnels, revues médicales ou grands publics, ... afin de toucher un public plus large au-delà des initiés aux principes de Responsabilité Sociale.

Par ailleurs, la participation aux congrès de Pédagogie Médicale permet de poursuivre la sensibilisation en communiquant sur ce projet par des ateliers ou la présentation de posters.

Enfin, des publications sont encouragées par et pour tous les acteurs du projet. Une aide à l'écriture par des relectures a été mise en place.

Pour favoriser ces actions, il a été mis en place un outil de partage de données entre tous les acteurs de ce projet par la création d'une base de données *Google Drive*. Ainsi, tous les documents du projet y sont consignés, ainsi qu'une bibliographie^{vii}.

Depuis le lancement du projet, les travaux des facultés ont tout d'abord été présentés en leur sein.

Ces présentations ont été le moyen de poser les bases pour lancer des projets étudiants notamment.

^{vii} Disponible à l'adresse : <https://drive.google.com/folderview?id=oBxbTFrwdypqIRO.JBX2JycWZhYVU&usp=sharing>.

Par ailleurs, de nombreuses communications internationales dans des congrès de pédagogie médicale ont eu des échos que l'on peut qualifier d'importants.

Un atelier a été présenté au Congrès de L'AMEE à Lyon du 25 au 29 Août 2012 en présence notamment de nombreux étudiants intéressés par la notion de responsabilité sociale et du projet mené.

Un poster ⁴⁸ avec les premiers résultats de la phase 1 quantitative a été présenté à la Conférence Canadienne sur l'éducation médicale du 20 au 23 Avril 2013.

Une communication a été réalisée au sein de l'Association des Pédiatres de Langue Française lors des rencontres de Marrakech du 28 au 30 avril 2013.

Lors de la Conférence Maghrébine sur la *Qualité de l'Enseignement et Management des Facultés des Sciences et de la Santé*, du 4 au 6 juillet 2013 à Sousse en Tunisie, une communication faisait un état des lieux sur le projet : *La responsabilité sociale des facultés de médecine, état des lieux & perspectives* présenté par Ahmed Mehrzi.

Puis en mai 2013, à Montréal, lors du Forum international de pédagogie médicale, 2 ateliers ont été présentés sur le thème de la responsabilité sociale. Le premier par Ahmed Maherzi intitulé : *Responsabilité Sociale et territoire national : L'exemple en Tunisie*, et un second atelier présenté par le COPIL du groupe international RA-RS : *Projet International de recherche action francophone, « Améliorer l'impact de la faculté de médecine sur la santé : la démarche de responsabilité sociale »*.

Le 15 juin 2013 lors de la 2^{ème} réunion de Partenariat pour le développement des prestations sanitaires, le Pr. Béchir Ben Hadj Ali a présenté une communication intitulée *Responsabilité sociale de la Faculté de Médecine « Aujourd'hui une obligation »*. Cette réunion bénéficiait du

Patronage de Monsieur le Ministre de la Santé, la Direction Régionale de la Santé de Sidi Bouzid et la Faculté de Médecine de Sousse.

Charles Boelen a publié dans la revue *La Presse Médicale*⁴⁹ : *A quand une université socialement responsable ? Le cas de la faculté de médecine.*

Ceci a inspiré la publication d'une lettre⁵⁰ dans la revue *Pédagogie Médicale* pour encourager les enseignants des facultés à communiquer autour de ces questions auprès de leurs étudiants et leur proposer de travailler dessus. Elle avait la particularité d'être signée par un interne.

Un autre article a été publié dans la revue *Innover pour la vie*⁵¹ édité par la Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé (FMSS).

2.2.2. GROUPE ETUDIANTS

LE PROJET

Un groupe étudiant constitué d'étudiants des différentes facultés impliquées a été mis en place.

Les objectifs de ce groupe ont été initialement proposés par le Comité de Pilotage du projet international de Recherche Action Responsabilité Sociale :

1. Appréhender les enjeux politiques, économiques et sociaux auxquels les systèmes et les professions de santé seront confrontés à l'avenir par une meilleure compréhension des concepts de responsabilité sociale, notamment lorsqu'ils s'appliquent à l'institution académique.
2. Concevoir et/ou participer à un projet d'étude ou d'application des concepts de responsabilité sociale tels qu'exposés dans le Consensus Mondial sur la Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine.

3. Permettre aux étudiants et résidents d'exprimer leur point de vue dans des milieux influents quant à l'amélioration de la pertinence et la qualité de la formation et de la pratique médicale pour mieux répondre aux besoins de société, par une argumentation de qualité.

4. Echanger des expériences nationales et internationales en matière d'application des concepts de responsabilité sociale à la faculté de médecine ou des sciences de la santé.

Les résultats attendus par le groupe international ont également été définis.

1. Récolter l'avis et expressions des étudiants sur les concepts de RS énoncés dans le Consensus Mondial et son application dans une démarche professionnelle.

2. Partager les expériences et les points de vue régionaux, nationaux et internationaux.

3. Présenter les résultats sous forme d'un article, qui pourra être soumis à Pédagogie Médicale et pourront aussi être présentés lors d'un congrès

4. Présentation de l'état d'avancement et premiers résultats à la réunion du Copil à Tlemcen (10-13 avril)

RESULTATS

Le groupe international étudiant est composé à ce jour de 8 étudiants du 2^{ème} cycle des études médicales à l'internat ou résidanat.

Il a été élargi à d'autres facultés que celles initialement impliquées dans le projet. Ainsi la faculté de Santiago du Chili a rejoint le groupe par l'intermédiaire de la Fundación Medare, une fondation très active qui promeut la responsabilité sociale au sein de la faculté. Il a notamment fourni un Manuel⁵² des premiers pas de Responsabilité Sociale des facultés de médecine qu'ils essaient d'appliquer à Santiago.

Les échanges ont eu lieu exclusivement à distance par courriels ou par réunion sur Skype®. Nous n'avons pour le

moment eu l'occasion de nous retrouver physiquement tous ensemble lors d'une des rencontres internationale du projet. Les données échangées ont été collectées sur dossier de partage de données *Google Drive* au sein de celui du projet international.

Les objectifs fixés n'ont pas pu être tous remplis. Ce groupe étudiant souffre d'une difficulté de mobilisation des énergies des représentants de chaque faculté. Bien qu'ils semblent localement très engagés, il existe un manque au niveau du partage d'information qui ne permet pas encore de nourrir richement les échanges. Les différentes relances n'ont que très peu d'écho.

Le groupe a donc pour le moment plus permis de répondre à l'objectif proposé n°4 : *Echanger des expériences nationales et internationales en matière d'application des concepts de responsabilité sociale à la faculté de médecine ou des sciences de la santé.*

Les actions menées par le groupe étudiant s'est donc secondairement concentré autour de 4 axes :

A. ETAT DES LIEUX DES ACTIVITES DANS CHAQUE FACULTE

Les niveaux d'avancement sont très différents car le niveau d'implication est très hétérogène. Ainsi, on peut recenser par exemple 90 étudiants actifs sur le sujet à Sousse ou 15 à Tunis. Ces 2 facultés semblent être les plus actives sur le plan de l'engagement étudiant.

B. PARTAGE

Les échanges sur les activités au sein de chaque faculté a permis de mettre en évidence les différences, les enjeux spécifiques selon les régions et selon l'investissement institutionnel de chaque faculté. Ainsi, certains représentants étudiants jouent un rôle d'expert pour certaines étapes déjà réalisées dans leur faculté.

Ceci a également permis des échanges sur des choix méthodologiques pour des projets en cours. La phase qualitative de Poitiers qui est en cours a notamment pu bénéficier de ces échanges, la faculté de Sousse ayant déjà réalisé des focus group auprès d'internes en médecine.

Par ailleurs, les échanges sur des initiatives originales locales ont permis de nourrir les projets des autres groupes étudiants.

Par exemple, des vidéos de promotion des activités de Responsabilité Sociale de la faculté de Sousse ont été créées à destination des étudiants pour les encourager à participer aux projets engagés.

C. ACTIVITE DE RECHERCHE COMMUNE

Afin de mettre en commun nos efforts sur la phase 1 qualitative, le groupe étudiant travaille à une homogénéisation de la méthodologie afin de réaliser des comparaisons entre les facultés. Il est intéressant de mettre en évidence les points de convergences et nos différences.

Cependant, selon les facultés, le délai de réalisation de l'étape qualitative est variable. C'est pourquoi, la création d'un outil méthodologique exportable a aussi pour but de faciliter l'initiation des focus group et diminuer le délai de mise en place de la phase qualitative.

Le groupe espère réaliser une publication commune suite à cette mise en commun.

Les premiers résultats étaient attendus pour la rentrée universitaire 2013. Avec les avancées de Poitiers et les focus groups étudiants réalisés à Sousse, nous espérons pouvoir effectivement débiter cette mise en commun.

D. COMMUNICATION

La création de modes de communication à l'échelle internationale pour diffuser le concept de RS et nos actions a été discutée.

La création d'une page Facebook sera à prévoir dans l'avenir afin de diffuser les avancées des travaux et les actualités de la responsabilité sociale des facultés de médecine. Toutefois il a été jugé que cette phase serait repoussée au plus tôt à la rentrée universitaire selon les résultats des phases qualitatives.

La réalisation de vidéos explicatives, de familiarisation sur les concepts de Responsabilité sociale et des amorces de problématiques est un des objectifs que le groupe s'est donné à partir de l'expérience de Sousse. Le but est la diffusion à large échelle grâce aux sites de partages en ligne et les associations étudiantes de chaque faculté. Ces vidéos prendront racine à la rentrée universitaire à partir des premiers résultats et le recrutement de personnes techniquement compétentes.

La promotion de débats/conférences autour de questions communes de problématiques dérivant des concepts de RS (inégalités accès aux soins, ...) est un objectif à atteindre. Ceci a également pour but de confronter les différentes approches selon les facultés.

Enfin la publication d'articles dans les moyens de communication des étudiants en médecine a également été promu. C'est dans cet esprit que la promotion de la responsabilité sociale par le projet RA-RS a été diffusée dans le magazine Antidote de l'ISNAR-IMG⁵³ (InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale) (cf. Annexe 6).

Au total, selon les résultats attendus et définis par le Comité de Pilotage International, le groupe étudiants a déjà répondu aux attentes ou est en cours de réalisation. Toutefois, le groupe n'a pas encore réussi à embrasser l'ensemble des objectifs et il a encore besoin d'être enrichi par des ressources qui le dynamiseront.

2.2.3. A POITIERS

A Poitiers l'action a été mise en place à partir de la mise en œuvre dès la phase 1 quantitative et qualitative, mais également par d'autres projets en cours comme les projets de thèses et les conférences.

TRAVAUX DE THESES D'EXERCICE

Les travaux de thèses des internes en médecine générale constituent le premier volet de l'action mené à Poitiers. La communication qui sera faite à partir de ces derniers grâce aux personnes interrogées pour les focus groups, mais également par les soutenances de thèses permet de diffuser le contenu du Consensus mondial.

Par ailleurs, l'encadrement par les jeunes diplômés d'autres internes qui travailleront sur ces problématiques est également un moyen de créer un ensemble de personnes impliquées et de conserver une continuité dans ce projet de grande ampleur.

CONFERENCES

En complément, la communication intra-facultaire par l'organisation de conférences est un autre moyen mis en place pour sensibiliser les partenaires de la faculté et la faculté elle-même à la responsabilité sociale.

Avec le soutien du Doyen de la faculté de Poitiers, une conférence sera tenue le 19 septembre 2013 à la faculté de médecine par Charles Boelen. Cet évènement est un point marquant dans la promotion de la responsabilité sociale à la faculté de médecine de Poitiers.

3. CONCLUSION

Le développement de la responsabilité sociale des facultés de médecine devient aujourd'hui une nécessité à laquelle aucune faculté ne pourra se dédouaner.

C'est parce que la faculté de Poitiers ne souhaite pas subir ce changement mais en être un acteur à forte valeur ajoutée que ce projet prend progressivement racine en son sein.

Les débuts ont été difficiles avec quelques revers liés à la multitude d'acteurs impliqués. Toutefois cela représente aussi la force de ce projet. Sa réactivité lui permet aujourd'hui de s'adapter avec une grande aisance en développant une nouvelle phase de recherche action.

Ce travail de thèse s'intègre donc dans un projet global aux enjeux internationaux. Après les leçons de la phase 1 quantitative, la mise en place de ce projet à Poitiers et sa coordination est un travail qui s'intègre dans le temps. Le projet est à présent lancé, et sa méthodologie posée.

Parce que ce projet international est en définitive celui d'un engagement pour une pratique médicale au service de la personne, et ce travail de thèse son manifeste, mon engagement ne s'arrêtera pas à la rédaction de cette thèse. La coordination des différents focus groups est à poursuivre, la rédaction d'un protocole qualitatif pour l'exporter dans les autres facultés est à rédiger, et la confrontation des données sera à présenter aux différents partenaires de la faculté.

En mobilisant nos efforts dans une recherche qualitative exigeante à Poitiers, nous espérons poursuivre le mouvement en entraînant derrière nous les facultés encore peu sensibilisées aux méthodologies qualitatives. Cette étape est aujourd'hui une clé méthodologique à la réussite de ce projet. La phase qualitative permettra à Poitiers de mobiliser un grand nombre d'acteur et d'évaluer plus concrètement leurs attentes. La mise en commun de l'ensemble de ces données permettra de poser les bases d'une formation plus « socialement responsable ».

Ce projet réclame en somme de repositionner la faculté à sa place historique, au centre de la cité.

Comme le soulignait Joël Ladner au lancement du projet, « *Notre combat est techniquement légitime, socialement utile et personnellement épanouissant pour tous, mais ce n'est pas un combat d'une personne, d'un mandat ou d'une génération, c'est un combat d'un siècle* ».

BIBLIOGRAPHIE

- ¹ Chisholm GB. Social Responsibility. *Science*. 1949 Jan 14;109(2820):27–43.
- ² Rodríguez-Arias D, Moutel G, Hervé C. Recherche biomédicale et populations vulnérables. Editions L'Harmattan; 2006.
- ³ Callis HA. Social Responsibility for Health. *J Natl Med Assoc*. 1949 May;41(3):133–4.
- ⁴ The Declaration of Tokyo, Report of a WHO Conference on “Towards Future Health and Medical Manpower”: New Strategies in Education for the XXist Century (Paperback) [Internet]. [cited 2013 Aug 8]. Available from: <http://www.bookdepository.com/Declaration-Tokyo-Report-WHO-Conference-on-Towards-Future-Health-Medical-Manpower/9789290611622>
- ⁵ Boelen C, Bandaranayake RC, Bouhuijs PAJ, Page GG, Rothman AI, Health WHOD of D of HR for. Towards the assessment of quality in medical education / Charles Boelen ... [et al.] [Internet]. 1992 [cited 2013 Aug 8]. Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/61680>
- ⁶ Gastel BA. Toward a global consensus on quality medical education: serving the needs of populations and individuals. *Acad Med*. 1995 Jul;70(7 Suppl):S73–75.
- ⁷ Boelen C, Heck JE. Defining and Measuring the Social Accountability of Medical Schools. Division of Development of Human Resources for Health, World Health Organization; 1995.
- ⁸ Boelen C, Woollard B. Social accountability and accreditation: a new frontier for educational institutions. *Medical Education*. 2009;43(9):887–94.
- ⁹ Boelen C, Dharamsi S, Gibbs T. The social accountability of medical schools and its indicators. *Educ Health (Abingdon)*. 2012 Dec;25(3):180–94.
- ¹⁰ Boelen C, Heck JE. Defining and Measuring the Social Accountability of Medical Schools. Division of Development of Human Resources for Health, World Health Organization; 1995.
- ¹¹ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.
- ¹² Code de la santé publique - Article L6145-1. Code de la santé publique.
- ¹³ Hervé C. *Ethique, politique et santé*. PUF. Paris; 2000, p.46
- ¹⁴ Dupagne D. La revanche du rameur [comment survivre aux médecins, aux hiérarchies et à notre société]. Neuilly-sur-Seine: Lafon; 2012, p. 150.
- ¹⁵ Hervé C. *Ethique, politique et santé*. PUF. Paris; 2000, p.46
- ¹⁶ Bernard J, Hervé C. Dialogue: un demi-siècle d'éthique institutionnelle. *Ethique de la recherche et éthique clinique*. Condé-sur-Noireau : l'Harmattan, 1998, p.23-38
- ¹⁷ LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 Mar 4, 2002.
- ¹⁸ Moutel G. L'an I de la “démocratie sanitaire.” *Le Courrier de l'éthique médicale*. 2002 Sep;2(3):45–8.
- ¹⁹ Dupagne D. Touche pas à ma prostate [Internet]. 2008 [cited 2013 Aug 9]. Available from: <http://www.atoute.org/n/Touche-pas-a-ma-prostate.html>

²⁰ Masquelier P. Formindep [Internet]. 2008 [cited 2013 Aug 9]. Available from: <http://www.formindep.org/Protestation-contre-le-depistage.html>

²¹ Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer de la prostate chez les populations d'hommes présentant des facteurs de risques. HAS; 2012.

²² Dupagne D. La revanche du rameur [comment survivre aux médecins, aux hiérarchies et à notre société]. Neuilly-sur-Seine: Lafon; 2012, p. 226

²³ Faculté de médecine Paris Descartes - Une philosophie après le médiateur ? Les Conférences Hippocrates, 11 juin 2012, [cited 2013 Aug 9]. Available from: http://www.youtube.com/watch?v=7zohZWeseko&feature=youtube_gdata_player

²⁴ Bronner G. La démocratie des crédules. puf. Paris: Presses Universitaires de France; 2013. P129

²⁵ Piccoli M. Passer de l'Étudiant Médecin au Médecin Responsable : Malaise et problématiques éthiques des étudiants en Médecine Etude transversale sur les étudiants en DCEM 3 de Paris Descartes. Mémoire de recherche en Master 2. Université Paris René Descartes; 2012.

²⁶ Boelen C. [Global consensus on social accountability of medical schools]. Sante Publique. 2011 Jun;23(3):247-50.

²⁷ 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 1. Pédagogie Médicale. 2011 Apr 7;12(1):37-48.

²⁸ Maherzi A, Dumas J-L. Projet de recherche-action des facultés de médecine francophone - Courrier aux référents facultaire. 2012.

²⁹ 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.

³⁰ Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. Communication d'informations scientifiques et médicales, et société : enjeux éthiques, Avis N°109. CCNE; 2010.

³¹ Comité consultatif de déontologie et d'éthique. Éthique de l'information scientifique dans les pays du Sud, Avis du CCDE du 24 mai 2013. Institut de recherche pour le développement; 2013.

³² Collectif. Guide méthodologique. Phase 1 Applicabilité. 2013.

³³ Fauvet L, Romain O, Buisine S, Laurent P. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2011, Etudes et Résultats. DREES. 2012 Mar 29;(802).

³⁴ Observatoire Régional de la Santé Poitou-Charentes, Agence Régionale de Santé Poitou-Charentes, Institut Atlantique d'Aménagement du Territoire Poitou-Charentes. Tableau de bord santé-social des Pays et Communautés d'agglomération de la région Poitou-Charentes [Internet]. ORS Poitou-Charentes; 2013 [cited 2013 Aug 29]. Available from: http://www.ors-poitou-charentes.org/?page_id=6

³⁵ Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. exercer. 2013 Juillet-Août;24(108):148-55.

³⁶ ANEMF. ANEMF - Communiqué de Presse : Le retour de la Lecture Critique d'Article en 2008 serait un casus belli - [Internet]. 2007 [cited 2013 Aug 29]. Available from: <http://www.anemf.org/Communique-de-Presse-Le-retour-de.html>

³⁷ Cazelles-Bou C. Représentations de la médecine générale chez les étudiants en médecine, Etude réalisée à Poitiers en 2007, Thèse de Médecine. Université de Poitiers; 2010.

³⁸ Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Le "Pacte territoire-santé", Pour lutter contre les déserts médicaux, dossier de presse. 2012.

³⁹ Piveteau D. Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM. Haut Comité pour l'Avenir de l'Assurance Maladie; 2012 Mar p. 31. Available from: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/l_avenir_de_l_assurance_maladie_les_options_du_hcaam.pdf

⁴⁰ Haute Autorité de Santé. Rapport d'analyse des projets article 70 [Internet]. HAS; 2012 [cited 2013 Aug 29]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/rapport_analyse_projets_article_70.pdf

⁴¹ JORF n°0285 du 7 décembre 2012 page 19171 texte n° 21. Arrêté du 29 novembre 2012 portant approbation de l'avenant n° 8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011. AFSS1240928A.

⁴² Rabineau D, Dhainaut J-F. Étude comparative des facultés de médecine en France : premiers résultats. La Presse Médicale. 2010 Jan;39(1):e1-e10.

⁴³ JORF n°0001 du 1 janvier 2012 page 33, texte n° 18. Décret n° 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins. 2011-2116 décembre, 2011.

⁴⁴ JORF n°0001 du 1 janvier 2012 page 33, texte n° 18. Décret n° 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins, Art. R. 4133-3.-Les orientations nationales du développement professionnel continu sont annuelles ou pluriannuelles. 2011-2116 décembre, 2011.

⁴⁵ Pouchain D, Rigaux S. Thèmes, Objets et Méthodes des Abstracts acceptés dans les congrès de Médecine Générale. TOMATE-MG. Exercer. 2013 Mai-Juin;23(107):100-6.

⁴⁶ Kruse J. Social accountability across the continuum of medical education: a call for common missions for professional, accreditation, certification, and licensure organizations. Fam Med. 2013 Mar;45(3):208-11.

⁴⁷ Lindgren S, Karle H. Social accountability of medical education: aspects on global accreditation. Med Teach. 2011;33(8):667-72.

⁴⁸ Grand'Maison P, Ladner J, Boelen C, Pestiaux D, Tudrej B, Gomes J, et al. Social Accountability : From concept to criterias and impact. Actions from worldwide francophone medical schools. Université de Sherbrooke; 2013.

⁴⁹ Boelen C. À quand une université socialement responsable ? Le cas de la faculté de médecine. La Presse Médicale. 2012 Dec;41(12):1165-7.

⁵⁰ Tudrej BV. La responsabilité sociale des facultés de médecine, un moyen de réconcilier les étudiants avec leur engagement médical. Pédagogie Médicale. 2013 Mar 27;14(1):73-4.

⁵¹ Université de Sherbrooke, Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé. Vers une plus grande responsabilité sociale des facultés de médecine, la FMSS mène le pas. *Innover pour la vie*. 2013 Hiver;3(1):24-5.

⁵² Vallaeys F, Cruz C de la, Sasia P, Camdessus I. Responsabilidad social universitaria: manual de primeros pasos (Spanish Edition). Primera edición edition. Banco Interamericano de Desarrollo, McGraw-Hill; 2009.

⁵³ Tudrej B. La responsabilité sociale des facultés de médecine. *L'antidote*. 2013 trimestre;(22):4.

ANNEXES

ANNEXE 1: CONSENSUS MONDIAL



Global Consensus for
Social Accountability
OF MEDICAL SCHOOLS

Consensus Mondial
sur la Responsabilité Sociale
des Facultés de Médecine

Décembre 2010



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

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

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

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

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

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

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





Au début du XX^{ème} 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 XXI^{ème} siècle, d'autres défis importants sont à relever, notamment : l'amélioration de la qualité, de l'équité, de la pertinence et de l'efficacité dans la prestation des services de santé ; l'harmonisation avec les réalités sociétales ; la définition de rôles nouveaux pour les professionnels de santé ; la démonstration de l'impact des interventions sur le niveau de santé des citoyens.

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

Le Consensus comprend dix directions stratégiques pour qu'une faculté de médecine soit « socialement responsable », insistant sur des améliorations indispensables pour :

- Répondre aux besoins et défis actuels et futurs de la société
- Prioriser en conséquence l'orientation en matière d'éducation, recherche et service
- Renforcer la gouvernance et le partenariat avec d'autres acteurs de santé
- Evaluer et accréditer en vue de mesurer et d'améliorer la performance et l'impact

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

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

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



Introduction

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

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

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

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

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

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

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

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

Axe 4 : Education basée sur des résultats escomptés.

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

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

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

Axe 8 : Institutionnalisation de mécanismes d'accréditation.

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

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

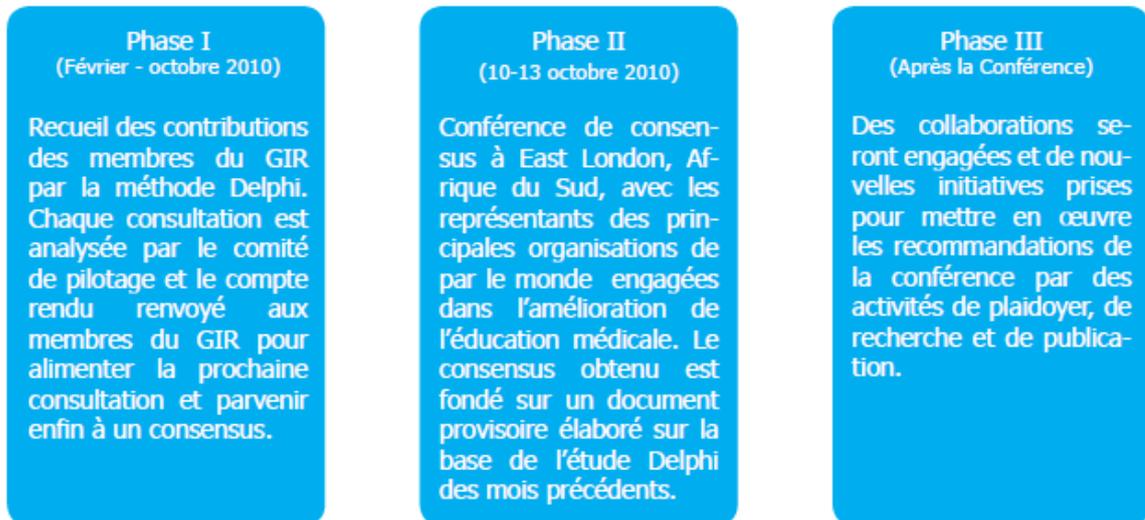


Global Consensus for
Social Accountability
OF MEDICAL SCHOOLS



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

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



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

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



Le Document de Consensus

Le consensus sur la responsabilité sociale couvre un champ s'apparentant à une vision systémique, allant de l'identification des besoins de santé à la vérification de l'impact que peuvent avoir les facultés de médecine sur ces besoins. La liste des dix axes stratégiques reflète cette séquence logique, en commençant par une appréhension du contexte social, la définition des défis et besoins de santé et la création de partenariats pour une action efficace (axes 1 et 2). Tenant compte des autres professionnels de santé, le rôle et les compétences du médecin sont évoqués (axe 3), pour servir d'inspiration aux stratégies éducationnelles (axe 4) que 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.

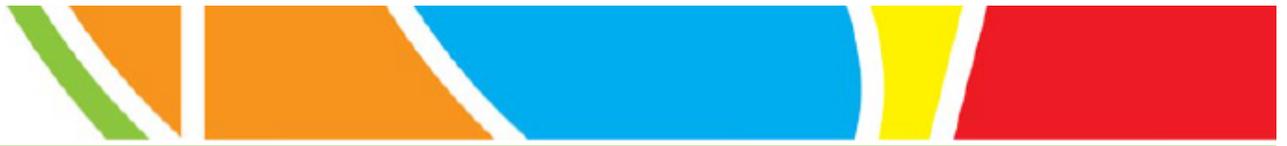
AXE 4. EDUCATION BASEE SUR DES RESULTATS ESCOMPTEES

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 sociaux.

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

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



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

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

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

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

AXE 5. INSTALLATION D'UNE GOUVERNANCE REACTIVE ET RESPONSABLE

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

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

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

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

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





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

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

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

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

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



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

6.4 Les normes relatives aux résultats et à l'impact de l'éducation couvrent les champs suivants : les choix de carrière des diplômés en réponse aux défis et besoins prioritaires de la société en matière de soins de santé, le déploiement et l'affectation de ceux-ci là où ils sont le plus nécessaires, leur capacité à répondre de manière 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. AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE EN EDUCATION, RECHERCHE ET PRESTATION DE SERVICES

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

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

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

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

AXE 8. INSTITUTIONNALISATION DE MÉCANISMES 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 des facultés de médecine dans leur effort à se conformer aux normes et au processus. Selon le contexte, ce soutien varie et peut aller de l'énoncé de directives favorisant la responsabilité sociale à la mise à disposition de moyens ou autres incitatifs.

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

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

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



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

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

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

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

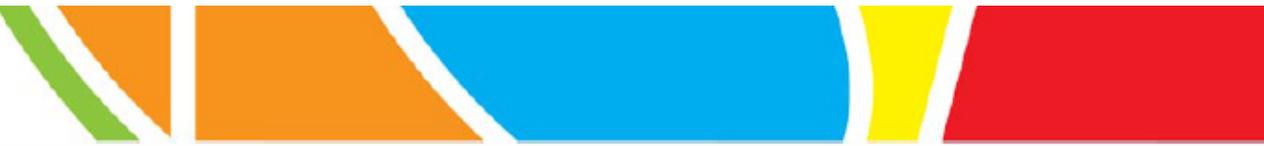
AXE 10. PRISE EN COMPTE DU RÔLE DE LA SOCIÉTÉ

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

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

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





Steering Committee

Magdalena Awases	Human Resources for Health (HRH), World Health Organization (WHO) Regional Office for Africa HRH, WHO Geneva Formerly with HRH, WHO	Francesca Celetti Angel Centeno* Lincoln Chen Shakuntala Chhabra* Ian Couper* Manuel Dayrit Milton de Arruda Martins Eric de Roodenbeke Jean-Francois Deneff* Horacio Deza Mohenu Isidore Jean-Marie Diomande Robbert Duvivier Tetanye Ekoe* Amal Elouazzani* Mohamed Elsanousi* Julian Fisher Antoine Flahault Cristobal Fortunato Jean-Paul Francke Tabeh Freeman Seble Frehywot George Gage Jacob Gayle Grace George* Trevor Gibbs Charles Godue Ioana Goganau* Rajesh Gongal* David Gordon* Arcadi Gual Edward Gyader* Georges Haddad John Hamilton* Bashir Hamad* Jason Hilliard Yiqun Hu Manuel Huaman Muzaherul Huq Yojiro Ishii Marian Esilie Jacobs* Susan Johnson* SAS Kargbo Geoffrey Kasembell Zulfiqar Khan* Michael Kidd Khunyng Kobchitt Limpaphayom*	HRH, WHO Geneva Austral University China Medical Board MG Institute of Medical Science (MGIMS) University of Witwatersrand HRH, WHO Geneva University of Sao Paulo International Hospital Federation (IHF-FIH) SIFEM International French Speaking Society for Medical Education Association of Medical Schools of the Argentine Republic (AF-ACMERA) UFR Sciences Médicales d'Abidjan International Federation of Medical Student Associations Yaounde Faculty of Medicine Hassan II University University of Gezira FDI World Dental Federation Association of Schools of Public Health in the European Region (ASPHER) Ateneo de Zaboanga University International Association of Deans of Francophone Medical Schools (CIDMEF) Liberia Medical School George Washington University Afro European Medical and Research Network The Ford Foundation Walter Sisulu University Human Resources for Health Development, WHO Regional Office for the Americas/PAHO International Federation of Medical Students Associations (IFMSA) Patan Academy of Health Sciences, Patan Hospital Association of Medical Schools in Europe (AMSE) Fundacion Educacion Medica School of Medicine and Health Sciences, Ghana UNESCO University of Newcastle University of Gezira University of Colorado Shanghai Jiaotong University Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM) HRH, WHO Regional Office for South-East Asia Japan International Cooperation Agency Association of Medical Schools in Africa (AMSA) and University of Cape Town National Board of Medical Examiners (NBME) and University of Iowa Ministry of Health, Sierra Leone Afro European Medical and Research Network WHO Pakistan WONCA working party on Education South East Asian Regional Association on Medical Education	Joseph Kolars Jan Maeseneer Henri Manasse Jr.* Dianne Manning* Maurice McGregor* Jim McKillop Donald Melnick Hugo Mercer Mwapatsa Mipando* Nader Momtazmanesh* Gottlieb Monekosso* Fitzhugh Mullan Richard Murray* Jeremiah Mwangi Rose Chalo Nabirye* Sophon Napathorn* Lois Nora* John Nordini* Jesus Noyola Ezekiel Nukuro Chacha Nyaigott-Chacha Frands Omaswa Alberto Oriol Bosch Martins Ovberedjo* Neil Pakenham-Walsh Jorgi Pales Madalena Patricia* Galina Perfilieva Dominique Pestiaux David Prideaux* Pablo Pulido Rich Roberts Paschalis Rugarabam* Mubashar Sheikh Justie Siega-Sur* Leslie Southgate David Stern Roger Strasser Navin Sunderall* Kate Tulenko Felix Vartanian* Anvar Veiji* Kuku Voyi Margot Weggemans Gustaaf Wolvaardt* Liz Wolvaardt* Paul Worley Akemi Yonemura Toshimasa Yoshioka	Bill and Melinda Gates Foundation The Network Towards Unity for Health (Network TUFH) American Society of Health-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 WFPFA, Uganda Chulalongkorn University North-eastern Ohio Universities and Colleges of Medicine and Pharmacy and ICME Foundation for Advancement of International Medical Education and Research (FAIMER) Asociación Mexicana de 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 Espanola de Educacion Medica (SEDEM) Association for Medical Education in Europe (AMEE) Country Policies, Systems and Services, WHO Regional Office for Europe SIFEM Flinders University Pan American Federation of 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
-------------------------	---	---	--	--	---

International Reference Group

Mohamed Elhassan Abdalla* Ibrahim Abdulmeini Walid Abubaker* Liliana Arlas Carol Aschenbrenner Makonnen Asefa* Sébastien Audette Djona Avoksouma Ibrahim Banihani Rashad Barsoum Barbara Barzansky Mourad Belaciano Dan Benor John Bligh Dan Blumenthal* Bettina Borisch Rosa Maria Borrell-Bentz Nick Busing David Buso* Jim Campbell Emmanuel Cassimat	Jazan University Registrar of the Medical and Dental Councils of Nigeria WHO/EMRO Columbian Association of Medical Schools, Member of Admin Committee at PAFAMS American Association of Medical Colleges (AAMC) Ethiopian Public Health Association/ World Federation of Public Health Associations (WFPFA) Accreditation Canada HRH, WHO Regional Office for Africa Association of Medical Schools in the Eastern Mediterranean Region Supreme Council of Egyptian Universities LCME Asociación Brasileña de Educación Médica, ABEM Ben Gurion University Academy of Medical Educators Morehouse School of Medicine WFPFA, Geneva Human Resources Development, WHO Regional Offices for the Americas/PAHO Association of Faculties of Medicine of Canada (AFMC) Walter Sisulu University Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG)	Joseph Kolars Jan Maeseneer Henri Manasse Jr.* Dianne Manning* Maurice McGregor* Jim McKillop Donald Melnick Hugo Mercer Mwapatsa Mipando* Nader Momtazmanesh* Gottlieb Monekosso* Fitzhugh Mullan Richard Murray* Jeremiah Mwangi Rose Chalo Nabirye* Sophon Napathorn* Lois Nora* John Nordini* Jesus Noyola Ezekiel Nukuro Chacha Nyaigott-Chacha Frands Omaswa Alberto Oriol Bosch Martins Ovberedjo* Neil Pakenham-Walsh Jorgi Pales Madalena Patricia* Galina Perfilieva Dominique Pestiaux David Prideaux* Pablo Pulido Rich Roberts Paschalis Rugarabam* Mubashar Sheikh Justie Siega-Sur* Leslie Southgate David Stern Roger Strasser Navin Sunderall* Kate Tulenko Felix Vartanian* Anvar Veiji* Kuku Voyi Margot Weggemans Gustaaf Wolvaardt* Liz Wolvaardt* Paul Worley Akemi Yonemura Toshimasa Yoshioka
---	---	--



Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools

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



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

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



a place of mind



The
ATLANTIC
Philanthropies



Rendez-vous sur le site :

www.healthsocialaccountability.org

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

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

Gestion

gcsa@familymed.ubc.ca

Charles Boelen, Co-président du comité de pilotage

boelen.charles@wanadoo.fr

Bob Woollard, Co-président du comité de pilotage

woollard@familymed.ubc.ca

ANNEXE 2 : COURRIER ELECTRONIQUE PARTICIPATION AU QUESTIONNAIRE DE LA PHASE 1 - A L'ATTENTION DES ENSEIGNANTS.

COURRIEL INITIAL

Objet : Message de M. le Doyen : svp Très Urgent Répondre à l'enquête avant le 31 janvier

Chers Enseignant(e)s,

Votre faculté ainsi que 28 autres dans 14 pays francophones a exprimé le souhait à faire partie d'un Projet de Recherche-Action Francophone sur la responsabilité sociale des facultés de médecine.

Ce projet, soutenu par la SIFEM (Société Internationale Francophone d'Éducation Médicale), par la CIDMEF (Conférence Internationale des Doyens de Facultés de Médecine d'Expression Française), et le GCSA (Global Consensus for Social Accountability) a comme objectif l'amélioration de l'impact de la Faculté de médecine sur la santé par la démarche de responsabilité sociale.

En 2010, issu d'une large consultation auprès de représentants des principales organisations de par le monde impliquées dans l'amélioration et la régulation de l'éducation médicale, a été produit le « Consensus mondial sur la responsabilité sociale des Facultés de médecine » www.healthsocialaccountability.org . Ce Consensus propose 10 directions stratégiques permettant à une Faculté de médecine de devenir « socialement responsable ».

Notre faculté s'est engagée à participer activement à ce grand projet. J'ai missionné un comité de pilotage composé par le Pr. José Gomes, le Pr. Christine Silvain, le Pr. Olivier Pourrat et le Pr. Pascal Roblot pour porter ce projet à Poitiers. C'est pourquoi je vous demande en tant qu'enseignant de notre faculté de répondre au questionnaire en ligne avant le 31 janvier 2013 à cette adresse : <https://www.surveymonkey.com/s/MDX8DLW> Sa durée est inférieure à 30 minutes.

Il permet d'apprécier la compréhension et l'appropriation des recommandations du Consensus mondial sur la responsabilité sociale et d'identifier comment celles-ci sont ou pourraient être appliquées au niveau de la Faculté de Médecine et Pharmacie de Poitiers.

Pour tout complément d'information, vous pouvez contacter Benoit Tudrej, interne en médecine qui accompagne ce projet dans le cadre de sa thèse au 06 75 93 98 89 ou benoit.tudrej@gmail.com.

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à ce projet.

Le Doyen Pr Morichau-Beauchant

--

Dominique Decourt
Cabinet du Doyen
Faculté de Médecine et de Pharmacie
6, rue de la milétrie - Bp 199
86034POITIERS CEDEX
Tél : 05 49 45 43 03
faculte.medecine@univ-poitiers.fr

COURRIEL DE RELANCE

Chers Amis,

Nous vous remercions d'avoir commencé à répondre à ce questionnaire sur la Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine.

Nous avons pris note de vos premières impressions qui font écho à celles également recueillies dans les autres facultés francophones.

Cependant, pour des raisons méthodologiques, nous n'avons pu adapter ce questionnaire.

Toutefois, nous prolongerons la phase de réponse jusqu'au 17 février afin de laisser à chacun la possibilité de se l'approprier.

N'hésitez pas à laisser également vos commentaires dans les espaces prévus à cet effet. Ils permettront de réaliser secondairement une phase d'étude qualitative qui, nous le croyons, permettra de rentrer plus en profondeur sur ces notions et recueillir vos souhaits et attentes dans ce domaine.

Bien à vous.

Pr Jose Gomes

Ps :je vous remets en PJ le texte du consensus

ANNEXE 3 : COURRIER ELECTRONIQUE PARTICIPATION AU QUESTIONNAIRE DE LA PHASE 1 - A L'ATTENTION DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE.

Bonjour,

Veillez trouver en pièce jointe, un message du Professeur José GOMES, Directeur du Département de Médecine Générale concernant un Projet de Recherche-Action Francophone sur la responsabilité sociale des facultés de médecine.

Cordialement,

Marie-Noëlle BORDAGE

05.49.45.43.23

Notre faculté ainsi que 28 autres dans 14 pays francophones a exprimé le souhait à faire partie d'un Projet de Recherche-Action Francophone sur la responsabilité sociale des facultés de médecine.

En 2010, issu d'une large consultation auprès de représentants des principales organisations de par le monde impliquées dans l'amélioration et la régulation de l'éducation médicale, a été produit le « Consensus mondial sur la responsabilité sociale des Facultés de médecine » www.healthsocialaccountability.org. Ce Consensus propose 10 directions stratégiques permettant à une Faculté de médecine de devenir « socialement responsable ».

Notre faculté s'est engagée à participer activement à ce grand projet. Notre Doyen a missionné un comité de pilotage composé par le Pr. Christine Silvain, le Pr. Olivier Pourrat et le Pr. Pascal Roblot et moi-même pour porter ce projet à Poitiers. C'est pourquoi je vous demande en tant qu'internes de notre faculté de répondre au questionnaire en ligne avant le 15 avril 2013 à cette adresse : <https://www.surveymonkey.com/s/MDX8DLW> Sa durée est inférieure à 30 minutes.

Il permet d'apprécier la compréhension et l'appropriation des recommandations du Consensus mondial sur la responsabilité sociale et d'identifier comment celles-ci sont ou pourraient être appliquées au niveau de la Faculté de Médecine et Pharmacie de Poitiers.

L'un d'entre vous, Benoît Tudrej, est déjà investi dans ce travail et cela se concrétise par une publication dans Pédagogie Médicale

http://www.pedagogie-medicale.org/index.php?option=com_article&access=doi&doi=10.1051/pmed/2012028&Itemid=129

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à ce projet.

Pr. José Gomes

ANNEXE 4 : RESULTATS DETAILLES DES MOYENNES

	Poitiers	Tous	P (IC 95%)
AXE 1. Anticipation des besoins en santé de la société	3,07	2,96	0.95707
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.	3,47	3,17	
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.	2,87	2,83	
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.	2,87	2,89	

	Poitiers	Tous	p (IC 95%)
AXE 2. Création de partenariats avec le système de santé et d'autres acteurs	2,78	2,77	0.94742
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.	2,80	2,85	
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.	2,64	2,64	
2.3 La Faculté de médecine reconnaît la communauté qu'elle dessert comme principale partie prenante et participe à la gestion d'un ensemble cohérent de services de santé pour cette population dans le respect des valeurs fondamentales : qualité, équité, pertinence et efficience. Dans ce cadre, elle met en œuvre et évalue des modèles innovants, intégrant à la fois la santé individuelle et la santé de la population, l'enseignement et la recherche.	2,79	2,76	

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.	2,87	2,82
---	------	------

	Poitiers	Tous	p (IC 95%)
AXE 3. Adaptation aux rôles nouveaux des médecins et autres professionnels de la santé	2,83	2,74	0.94887
3.1 La Faculté de médecine forme des diplômés ayant une gamme de compétences cohérentes avec l'évolution des communautés qu'ils servent, le système de santé dans lequel ils travaillent et l'attente des citoyens. Les compétences sont définies en concertation avec les parties prenantes, y compris les autres professionnels de santé et des secteurs sociaux, considérant comme impératif un partage efficace et une délégation de tâches entre les membres de l'équipe de santé afin d'assurer des soins de qualité, accessibles à tous et efficaces.	2,86	2,78	
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.	3,00	2,85	
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.	2,70	2,61	
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.	2,74	2,70	

	Poitiers	Tous	p (IC 95%)
AXE 4. Éducation basée sur des résultats escomptés	2,60	2,59	0.94081
4.1 La Faculté de médecine recrute, sélectionne et aide les étudiants en médecine qui reflètent la diversité sociale et les groupes défavorisés.	2,37	2,47	
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.	2,50	2,60	
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. s'investissent davantage dans des activités de plaidoyer et de réforme du système de santé.	2,59	2,67	
4.5 La Faculté de médecine offre une gamme de services et des mécanismes pour soutenir ses enseignants et ses étudiants pour mettre en œuvre des stratégies éducatives et garantit que les diplômés possèdent les compétences attendues qu'exige un système de santé attentif aux préoccupations sociales.	2,35	2,42	
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.	2,86	2,78	
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.	2,93	2,60	

	Poitiers	Tous	p (IC 95%)
AXE 5. Installation d'une gouvernance réactive et responsable	2,64	2,58	0.94171
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. Les compétences sont définies en concertation avec les parties prenantes, y compris les autres professionnels de santé et des secteurs sociaux, considérant comme impératif un partage efficace et une délégation de tâches entre les membres de l'équipe de santé afin d'assurer des soins de qualité, accessibles à tous et efficaces.	2,60	2,60	
5.2 La Faculté de médecine engage l'ensemble du corps académique et les étudiants pour répondre aux besoins et aux défis de santé dans la société. Un tel engagement est reconnu et fait l'objet d'évaluations conduites de manière systématique et critique, avec des outils certifiés	2,57	2,49	
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.	2,74	2,64	
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.	2,64	2,61	

	Poitiers	Tous	p (IC 95%)
AXE 6. Redéfinition de normes pour l'éducation, la recherche et la prestation de services	2,69	2,71	0.94347
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.	2,77	2,81	
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.	2,57	2,66	
6.3 Les normes relatives aux programmes d'éducation couvrent les champs suivants : 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.	2,72	2,68	
6.4 Les normes relatives aux résultats et à l'impact de l'éducation couvrent les champs suivants : les choix de carrière des diplômés en réponse aux défis et besoins prioritaires de la société en matière de soins de santé, le déploiement et l'affectation de ceux-ci là où ils sont le plus nécessaires, leur capacité à répondre de manière 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.	2,59	2,60	
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.	2,75	2,77	
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.	2,73	2,73	

	Poitiers	Tous	p (IC 95%)
AXE 7. Amélioration continue de la qualité et éducation, recherche et prestation de services	2,74	2,78	0.94453
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.	3,00	2,91	
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.	2,59	2,71	
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.	2,66	2,68	
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.	2,72	2,82	

	Poitiers	Tous	P (IC95%)
AXE 8. Institutionnalisation de mécanismes d'accréditation	2,72	2,93	0.9433
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.	2,81	2,97	
8.2 Les normes et processus d'accréditation reflètent les principes de responsabilité sociale en autant qu'ils couvrent l'état des intrants, processus, résultats et l'impact, permettant d'apprécier et de promouvoir la capacité des Facultés de médecine à répondre de façon efficiente aux défis et aux besoins en santé de la société.	2,65	2,87	
8.3 L'existence d'un mécanisme d'accréditation implique aussi l'existence d'un soutien aux des Facultés de médecine dans leur effort à se conformer aux normes et au processus. Selon le contexte, ce soutien varie et peut aller de l'énoncé de directives favorisant la responsabilité sociale à la mise à disposition de moyens ou autres incitatifs.	2,67	2,90	
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.	2,75	2,97	

	Poitiers	Tous	p (IC 95%)
AXE 9. Adhésion aux principes universels et adaptation au contexte local	3,09	3,14	0.95578
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.	3,04	3,15	
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 œuvre de ses enseignements.	3,13	3,14	
9.3 Bien que les principes, définitions et classifications en matière de responsabilité sociale soient universels, leur adaptation au contexte local est primordiale.	3,21	3,20	
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.	2,96	3,07	

	Poitiers	Tous	p (IC 95%)
AXE 10. Prise en compte du rôle de la société	2,88	2,76	0.95089
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.	2,89	2,87	
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.	3,03	2,92	
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.	2,73	2,50	

ANNEXE 5 : RESULTATS DETAILLES : COMMENTAIRES PAR AXES

AXE 1. ANTICIPATION DES BESOINS EN SANTE DE LA SOCIETE

Identifier 1 à 3 actions/réalisations relatives à cet axe et mise en place dans votre Faculté ; vous pourriez aussi indiquer l'avancement et les éventuelles difficultés/limites constatées	
1	La faculté favorise et souhaite développer le post internat de façon à créer le lien entre pratique réelle de terrain et enseignement, mais aussi fidéliser les médecins formés au territoire de formation.
2	augmentation du nombre de stages d'externe en médecine libérale mais malgré tout trop peu de médecins acceptant les externes
3	questions trop globales et très théoriques, je ne peux répondre en pratique
4	développement d'unités de recherche en santé publique
5	?
6	Formation initiale des médecins généralistes
7	aucune anticipation car autisme manifeste des enseignants qui ne prennent pas le recul nécessaire à une évaluation correcte du présent permettant une projection dans l'avenir
8	Adaptation des plannings enseignement transversal des disciplines
9	amélioration de la formation des généralistes meilleure préparation aux ECN
10	introduction bonnes pratiques/conférences de consensus économie de la santé
11	séminaire recherche pour les étudiants D3 séminaire éthique pour les étudiants D4
12	FMC active
13	travail sur la médecine générale en milieu rural.
14	Travaux de la Commission Pédagogique visent à adapter au mieux les programmes d'enseignement aux besoins pratiques de la population. Préparer nos cours en termes d'objectifs et de compétences à attendre par les étudiants plutôt qu'en simple transmission d'un savoir.
15	accueil étudiants étrangers, bourses études, séminaires d'éthique
16	développement de la santé publique

Identifier 1 à 3 améliorations potentielles à apporter dans votre Faculté pour que celle-ci soit plus en accord avec l'atteinte de l'axe ; vous pourriez aussi confirmer si ces améliorations sont déjà identifiées et si des actions sont prochainement prévues	
1	Disposer d'un(es) chargé(s) de missions en économie et démographie de santé. Ce chargé de mission créera le lien entre la faculté et son environnement (les structures sanitaires, les unions professionnelles, les institutions). Aujourd'hui, la ressource disponible à la faculté pour intégrer cette dimension est insuffisante, malgré la volonté de participer aux échanges.
2	?
3	idem
4	- organiser un cycle d'études en rapport avec l'économie sociale et solidaire/ l'accès aux soins pour tous. - DU de soins aux personnes démunies - Formation à l'économie de la santé.
5	formation médicale continue
6	Recherche clinique
7	que la prise de conscience ait lieu
8	Responsabilisation des étudiants de leur futur métier Prise de conscience de leur rôle sociétal
9	développer l'esprit scientifique plutôt que le rabachage pour détecter de futurs chercheurs et les encourager dans cette démarche, plutôt que d'encourager la cupidité et la fainéantise (35 h)
10	cf supra
11	besoin de développer la recherche clinique qui reste embryonnaire
12	Pour que l'enseignement donné par la faculté de médecine prenne en compte l'aspect social (au sens large), il faudrait que le programme national le prenne en compte : tant que les questions de l'ECN porteront majoritairement (programme) voire même exclusivement (les questions effectivement posées) sur la pathologie ou la thérapeutique, on pourra faire localement tous les enseignements "sociaux" que l'on veut, ceux ci seront peu suivis, car les étudiants travaillent en fonction de leurs examens. Si 10% des questions de l'ECN portaient sur les aspects sociaux (sens large), nos facultés et nos étudiants travailleraient dans ce sens...

13	Développer la réflexion avec nos collègues sur l'utilité pratique de nos enseignements vis-à-vis des besoins de la population.
14	Intensifier les collaborations et jumelages avec Universités étrangères
15	la formation initiale est imposée par des programmes nationaux et un examen terminal. Il faudrait obtenir plus d'indépendance pédagogique

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

Identifier 1 à 3 actions/réalisations relatives à cet axe et mise en place dans votre Faculté ; vous pourriez aussi indiquer l'avancement et les éventuelles difficultés/limites constatées	
1	plus de lien entre CHU, faculté et médecine libérale
2	stages ambulatoires dès l'externat
3	idem
4	Comme pour tous ces objectifs : aucun rapport avec l'ECN
5	?
6	conférences grand public
7	Développer la prise en charge primaire mais plutôt insuffisant
8	développement des SHS
9	programmation du nombre de médecins/spécialistes
10	convention avec le conseil régional pour participation à la formation des étudiants et à celle des maîtres de st
11	aucune
12	Travaux de la commission pédagogique
13	Ne pas orienter que sur le soin mais aussi la prévention !!!!
14	Liens avec le CHU pour favoriser cette prise en charge primaire en axe prioritaire
15	développement de l'enseignement en soins primaire, articulation avec les partenaires

Identifier 1 à 3 améliorations potentielles à apporter dans votre Faculté pour que celle-ci soit plus en accord avec l'atteinte de l'axe ; vous pourriez aussi confirmer si ces améliorations sont déjà identifiées et si des actions sont prochainement prévues	
1	Ouvrir, aux institutions et aux professionnels de santé, la participation aux instances pédagogiques et d'organisation
2	pas d'enseignement spécifique quant aux soins primaires, largement délaissés au profit de la médecine spécialisée de CHU!
3	idem
4	formation à l'économie de la santé
5	renforcer l'enseignement dans le domaine ses pathologies qui relèvent de réel problème de santé publique cancérologie, maladies inflammatoires et auto immune, ...
6	Prévention en général
7	Peu de modèles mis en place
8	valoriser le respect de l'humain et l'empathie
9	NSP
10	moyens plus importants (humains et financiers) à mettre à la disposition de l'enseignement des soins primaires (département de médecine générale)
11	difficile car manque de moyens.
12	Pour que l'enseignement donné par la faculté de médecine prenne en compte l'aspect social (au sens large), il faudrait que le programme national le prenne en compte : tant que les questions de l'ECN porteront majoritairement (programme) voire même exclusivement (les questions effectivement posées) sur la pathologie ou la thérapeutique, on pourra faire localement tous les enseignements "sociaux" que l'on veut, ceux ci seront peu suivis, car les étudiants travaillent en fonction de leurs examens. Si 10% des questions de l'ECN portaient sur les aspects sociaux (sens large), nos facultés et nos étudiants travailleraient dans ce sens...

13	Développer la réflexion avec nos collègues sur l'utilité pratique de nos enseignements vis-à-vis des besoins de la population.
14	Plus de moyens médicaux, techniques et organisationnels
15	Augmenter le poids de la Faculté dans l'organisation des soins
16	manque d'enseignants

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

Identifier 1 à 3 actions/réalisations relatives à cet axe et mise en place dans votre Faculté ; vous pourriez aussi indiquer l'avancement et les éventuelles difficultés/limites constatées	
1	Accompagnement vers la médecine générale par des stages en cabinet privé
2	Cours d'éthique
3	Mutualisation des enseignements mais faible rendement
4	encouragement de la formation auprès de généralistes
5	EPU thématiques
6	aucune
7	Développement de l'enseignement de la spécialité de Médecine Générale
8	Idem pas que du soin primaire mais aussi de la prévention!!! Notamment en santé au travail et environnementale
9	Encouragement à choisir des sujets de Santé Publique et de Soins primaires pour les travaux de Thèses de Médecine, et les travaux de Recherche (M2 et Thèses de Sciences)
10	amélioration de la formation en soins primaires

Identifier 1 à 3 améliorations potentielles à apporter dans votre faculté pour que celle-ci soit plus en accord avec l'atteinte de l'axe ; vous pourriez aussi confirmer si ces améliorations sont déjà identifiées et si des actions sont prochainement prévues	
1	prévoir des stages en dehors du CHU, en médecine libérale et chez les paramédicaux et acteurs sociaux prenant en charge les patients
2	programme des études de médecine parfois loin des préoccupations en santé publique et loin de la pratique future. Dimensions humaine et éthiques peu enseignées dans les études
3	développer un enseignement d'éducation à la santé.
4	La formation au travail en équipe
5	Faire connaître les besoins et les grands principes de la prévention
6	apprendre aux étudiants à ne pas se comporter en exécutants serviles d'une idéologie calquée sur la médecine d'autrefois
7	raccorder les EPU à la fac
8	moyens de dépistage des maladies cardiovasculaires à développer
9	il me semble que l'on ne peut être que d'accord avec les items 12 à 15, le problème est que tout cela n'est pas dans le programme de l'ECN, et que le programme de l'ECN, qu'on le veuille ou non, est le seul programme sur lequel les étudiants vont travailler de manière collective.
10	Communications au travers de réunions pédagogiques formalisées entre les enseignants des deux premiers cycles et les enseignants du troisième cycle.
11	Augmenter la part de la Santé Publique dans le cursus d'enseignement
12	développer les contacts afin de mieux définir les besoins de la population modifier la répartition des spécialités

AXE 4. ÉDUCATION BASEE SUR DES RESULTATS ESCOMPTES

Identifier 1 à 3 actions/réalisations relatives à cet axe et mise en place dans votre Faculté ; vous pourriez aussi indiquer l'avancement et les éventuelles difficultés/limites constatées	
1	systèmes d'autoévaluation réguliers et réactualisés au cours du cursus
2	difficulté majeure : l'ECN
3	??
4	Peu d'action dans ce sens
5	achat de mannequins pour améliorer les gestes cliniques et soins de base
6	- Tutorat - Utilisation des TICE
7	pédagogie d'apprentissage et tutorat mis en place par le département de médecine générale
8	La réforme de l'enseignement en diminuant les heures de cours interdit toute initiative de ce type
9	Participation de la Faculté à des réunions de FMC. Formations pratiques dispensées aux étudiants de DC4 au cours de l'été. Enseignement par simulation lors du troisième cycle
10	Contrôle des connaissances dans ces domaines de compétence ++
11	amélioration du cursus de certaines spécialités en troisième cycle, résultats inégaux

Identifier 1 à 3 améliorations potentielles à apporter dans votre Faculté pour que celle-ci soit plus en accord avec l'atteinte de l'axe ; vous pourriez aussi confirmer si ces améliorations sont déjà identifiées et si des actions sont prochainement prévues	
1	reformer l'ENC et les cours visant à faire obtenir à la faculté un bon classement à l'ENC
2	changements incessants dans les modalités des examens (ECN) en pensant à chaque fois avoir trouvé la bonne méthode... Des étudiants (rares) ne devraient pas sortir des études médicales pour aller exercer (gros problème de compétences, troubles psychiatriques graves) mais en pratique il n'y a pas de barrage (et même si le parcours est long, leur 2 ^o et 3 ^o cycle finissent par être validés par manque de courage de ceux qui devraient, dans l'intérêt de tous, les sortir du cursus médical) NB : c'est une situation très rare mais très importante à prendre en compte...
3	intégrer ces considérations à l'ECN...
4	Formation à l'enseignement
5	Initier les étudiants très tôt à la formation continue et surtout ses principes
6	améliorer la disponibilité des revues médicales au lieu de toujours serrer la vis budgétaire au détriment de la formation
7	personnaliser l'enseignement sous forme de TD dans les services
8	Projet d'enseignement pratique de la sémiologie par simulation (mannequin) en L 2 L 3, et aux D2-D3 pour des cas cliniques simulés.
9	Augmenter la part de ces domaines de compétence dans le programme d'enseignement, ainsi qu'au CSCT et à l'ECN
10	créer une filière, hors concours pour aider à faire émerger des médecins dans certaines couches de la population

AXE 5. INSTALLATION D'UNE GOUVERNANCE REACTIVE ET RESPONSABLE

Identifier 1 à 3 actions/réalisations relatives à cet axe et mise en place dans votre Faculté ; vous pourriez aussi indiquer l'avancement et les éventuelles difficultés/limites constatées	
1	les professions para-médicales échappent au contrôle de la faculté
2	??
3	Présence actuellement de compétences dans la gestion des ressources Le Doyen de la faculté est dans cette logique Cependant faiblesse des moyens et ressources
4	demande d'extension des bâtiments pour accroître l'espace des étudiants (bibliothèques)
5	Paroles creuses sans intérêt et loin de la réalité quotidienne
6	Particip
7	Licence L2 commune...
8	actions d'évaluations e learning implication des enseignants dans l'accompagnement

Identifier 1 à 3 améliorations potentielles à apporter dans votre Faculté pour que celle-ci soit plus en accord avec l'atteinte de l'axe ; vous pourriez aussi confirmer si ces améliorations sont déjà identifiées et si des actions sont prochainement prévues	
1	Ramener TOUTES les professions paramédicales dans le cadre de l'Université / faculté. Supprimer les petites écoles de chef-lieu de département, permettre des passerelles entre reçus collés à la PACES et les écoles paramédicales.
2	Ajustement des budgets
3	se battre avec l'université pour que nos moyens ne soient pas réduits d'année en année.
4	Moins d'étudiants, plus d'enseignants, budget permettant de mieux former les étudiants sélectionnés après un an sur des critères plus en rapport avec leur vie de médecin. (vraies notes de stage, astreintes dans les hôpitaux, connaissances de base simplifiées, étude détaillée de la thérapeutique et des statistiques appliquées à la médecine, lecture critique d'un article scientifique, etc...
5	action des enseignants de la Faculté aux enseignements dans les écoles professionnelles de santé.
6	Intensifier les liaisons avec les autres formations paramédicales et sociales
7	faire exploser le système français et laisser un peu de liberté aux Facultés

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

Identifier 1 à 3 actions/réalisations relatives à cet axe et mise en place dans votre Faculté ; vous pourriez aussi indiquer l'avancement et les éventuelles difficultés/limites constatées	
1	L'excellence académique est une prise de conscience Cependant beaucoup de ces aspects sont peu pris en compte
2	pas d'action de ce type
3	Aucune à ma connaissance
4	Participation des enseignants à des Evaluations de Pratiques Professionnelles (EPP). Direction de travaux de recherche (thèses, mémoires) dans le cadre d'EPP

Identifier 1 à 3 améliorations potentielles à apporter dans votre Faculté pour que celle-ci soit plus en accord avec l'atteinte de l'axe ; vous pourriez aussi confirmer si ces améliorations sont déjà identifiées et si des actions sont prochainement prévues	
1	développer un système d'accréditation ?????? encore une belle lourdeur administrative... comme le questionnaire d'ailleurs.
2	R ressortir de manière plus concrète ces priorités
3	changer de Doyen pour en choisir un plus orienté sur ces problématiques
4	Sus au verbiage pseudo-scientifique !

5	modifier complètement le plan pédagogique qui est axé sur l'examen classant qui est la preuve de l'échec de l'enseignement de la médecine en France. Tout le monde est reçu! Inadmissible d'accepter que celui qui va faire de la médecine aura le niveau le plus bas.
6	Incitation aux nouveaux enseignants pour participer à des actions de pédagogie et d'évaluation des pratiques.
7	Domaine à améliorer

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

Identifier 1 à 3 actions/réalisations relatives à cet axe et mise en place dans votre Faculté ; vous pourriez aussi indiquer l'avancement et les éventuelles difficultés/limites constatées	
1	La seule et unique préoccupation : la réussite à l'ECN
2	Des outils à envisager Prise de conscience
3	essai d'améliorer la pédagogie
4	Rien à indiquer
5	mise en place d'une évaluation de la qualité

Identifier 1 à 3 améliorations potentielles à apporter dans votre Faculté pour que celle-ci soit plus en accord avec l'atteinte de l'axe ; vous pourriez aussi confirmer si ces améliorations sont déjà identifiées et si des actions sont prochainement prévues	
1	Inclure tout ça dans les programmes de l'ECN. Ne pas oublier que la fac de médecine est avant tout impliqué dans des études de L et deuxième cycle. Ensuite c'est toujours elle qui délivre les diplômes amis c'est au CHU/CH agréés que tout se fait
2	Encourager, donner les moyens de ces objectifs
3	réformer la PACES
4	C'est bizarre, toutes les questions se ressemblent La Médecine prend une majuscule
5	la façon dont sont rédigés les axes et les questions ne permet pas de savoir, si on doit répondre de façon théorique : on devrait faire comme cela, ou de façon pratique : voilà ce que l'on fait. Ici j'ai répondu théorique.
6	Rien à proposer

AXE 8. INSTITUTIONNALISATION DE MECANISMES D'ACCREDITATION

Identifier 1 à 3 actions/réalisations relatives à cet axe et mise en place dans votre Faculté ; vous pourriez aussi indiquer l'avancement et les éventuelles difficultés/limites constatées	
1	Peu de choses
2	aucune action faite en ce sens
3	Rien à indiquer
4	Démarche d'accréditation

Identifier 1 à 3 améliorations potentielles à apporter dans votre Faculté pour que celle-ci soit plus en accord avec l'atteinte de l'axe ; vous pourriez aussi confirmer si ces améliorations sont déjà identifiées et si des actions sont prochainement prévues	
1	Gros chantier en friche
2	qui a la compétence pour cette accréditation?
3	Le Monde aussi prend une majuscule
4	Rien à proposer
5	à introduire en France...

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

Identifier 1 à 3 actions/réalisations relatives à cet axe et mise en place dans votre Faculté ; vous pourriez aussi indiquer l'avancement et les éventuelles difficultés/limites constatées	
1	Rapport entre 56 et les précédentes ????
2	Pour le moment l'évaluation se fait par des organismes comme l'AERES
3	aucune action de ce type engagée
4	Partenariat avec des universités étrangères en cours
5	Rien à indiquer

Identifier 1 à 3 améliorations potentielles à apporter dans votre Faculté pour que celle-ci soit plus en accord avec l'atteinte de l'axe ; vous pourriez aussi confirmer si ces améliorations sont déjà identifiées et si des actions sont prochainement prévues	
1	plus de cours d'anglais et en anglais
2	Mettre en place un programme d'objectifs pour l'accréditation
3	diminuer la consanguinité intellectuelle en s'ouvrant sur les autres formations
4	Rien à proposer

AXE 10. PRISE EN COMPTE DU ROLE DE LA SOCIETE

Identifier 1 à 3 actions/réalisations relatives à cet axe et mise en place dans votre Faculté ; vous pourriez aussi indiquer l'avancement et les éventuelles difficultés/limites constatées	
1	rien de cela n'est fait mais ce serait un axe à réfléchir.
2	Pas d'informations sur ce point
3	aucune action engagée
4	Participation de représentants de la ville et de la région au Conseil d'Administration de la Faculté

Identifier 1 à 3 améliorations potentielles à apporter dans votre Faculté pour que celle-ci soit plus en accord avec l'atteinte de l'axe ; vous pourriez aussi confirmer si ces améliorations sont déjà identifiées et si des actions sont prochainement prévues	
1	Mérite une réflexion
2	se pose à nouveau le problème de la légitimité des "accréditeurs"
3	Rien à proposer
4	Liaison avec les collectivités locales et la société civile

La responsabilité sociale des facultés de médecine

Qui dans la filière de médecine générale n'est pas encore convaincu de l'importance de la prise en charge globale des patients ?



Pour plus d'informations : rars.etudiants@gmail.com

La médecine générale poursuit son chemin en essayant d'apporter une vision globale de la médecine, centrée sur le patient. Cette représentation de la médecine passe aussi par une évolution de la pédiagogie qui ne doit plus être simplement guidée par une liste de pathologies, mais par l'appropriation de problématiques de santé publique et de coordination des soins¹. Comment, en pratique, améliorer le fonctionnement des institutions au bénéfice des citoyens et de la société ?

C'est ainsi qu'en décembre 2010, après le travail de plus de 130 experts internationaux dans le domaine, le Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine² a été validé et publié. Il en ressort 10 directions stratégiques permettant à une faculté de devenir « socialement responsable ».



Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools

1. Anticipation des besoins de la société
2. Création de partenariats avec les acteurs du système de santé.
3. Adaptation aux rôles nouveaux des médecins.

4. Éducation basée sur des résultats escomptés.
5. Installation d'une gouvernance réactive et responsable
6. Redéfinition de normes pour l'éducation, la recherche et les soins
7. Amélioration continue de la qualité.
8. Institutionnalisation de mécanismes d'accréditation.
9. Adhésion aux principes universels et adaptation au contexte local.
10. Prise en compte du rôle de la société.

La faculté de médecine, au cœur de la société, en lien avec les institutions, les pouvoirs publics et les patients, a un rôle crucial à jouer dans cette démarche. Derrière ces 10 principes, de grands changements se préparent. Les premiers groupes de travail réalisés lors de différents congrès semblent tout particulièrement intéresser les étudiants en médecine et les internes. Ce projet semblerait reconcilier une partie d'entre nous avec notre engagement médical initial : soigner les maladies (to cure) et prendre soin des patients (to care). C'est ainsi que 28 facultés de médecine francophones dans le monde se sont regroupées pour mettre en œuvre un projet de recherche pour expérimentaler et évaluer la pertinence, l'applicabilité et la mise en place d'une démarche qualité inspirée de

ces principes, dans une première phase.

Ce projet est déjà en cours de réalisation dans 28 facultés francophones dont 6 facultés françaises : Bobigny, Poitiers, Rouen, Lyon Est, Lyon Sud et Nancy.

C'est à nous, internes en médecine et jeunes médecins, de saisir cette opportunité d'agir pour la médecine de demain, médecine que nous souhaitons au service des patients.

Certains travaux de thèses commencent à se faire dans cette optique de responsabilité sociale. Les sujets sont nombreux : rapport entre la faculté et le territoire, système de santé et avenir de la profession, les médecins et les autres professionnels, comment évaluer la performance d'une faculté...

Un groupe international de jeunes, composé essentiellement d'internes en médecine est en train de voir le jour pour diffuser les principes de responsabilité sociale au sein de nos institutions. Au vu de l'intérêt mondial sur ce sujet, les collaborations internationales sont en cours.

Je vous encourage donc, vous aussi, à participer à cette belle aventure !

Benoit TUDREJ
Nîmes & Malvern

SERMENT D'HIPPOCRATE

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 !



RÉSUMÉ

La notion de Responsabilité Sociale prend de l'ampleur au sein des Facultés de Médecine. Il s'agit d'orienter la formation, les recherches 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 servir. Parce qu'il accompagne ce mouvement, le Projet Francophone Recherche-Action Responsabilité Sociale (RS) est soutenu par la SIFEM (Société Internationale Francophone d'Éducation Médicale), la CIDMEF (Conférence Internationale des Doyens de Facultés de Médecine d'Expression Française), et le GCSA (Global Consensus for Social Accountability).

Ce travail présente l'intégration de Poitiers dans le projet international parmi les 28 facultés francophones partenaires.

L'objectif principal de la première phase est d'apprécier la compréhension et l'appropriation des recommandations du Consensus mondial sur la Responsabilité Sociale, et d'identifier leur application locale.

Deux méthodologies ont été sélectionnées. Une approche quantitative n'a pas permis de remplir pleinement l'objectif principal. A Poitiers, elle n'a touché que 31 participants essentiellement des enseignants. Elle a toutefois favorisé les échanges et une sensibilisé sur les principes de RS.

Puis, une approche qualitative souhaite interroger l'ensemble des partenaires de la faculté lors de focus groups pour identifier les différentes attentes et propositions pour une faculté socialement responsable. Les premiers résultats concernant les internes de médecine générale sont prévus pour octobre 2013.

Grâce à son expertise qualitative, Poitiers s'engage à créer un outil de recherche qualitatif exportable aux facultés partenaires peu familiarisées avec ces méthodes.

La communication sur le concept de RS fait aussi parti intégrante du projet. Les 28 facultés partagent des données, des outils et réalisent des projets communs dans ce but. Un groupe étudiant a été créé pour favoriser cette diffusion.

La prochaine étape à Poitiers est la réalisation en 2013-2014 des focus groups des enseignants, des internes de spécialités, des externes, des professionnels de santé paramédicaux, des patients, des collectivités territoriales et ARS. L'approche qualitative sera présentée dans des travaux de thèses.

Cette dynamique positive se retrouve dans l'ensemble des facultés partenaires.

Le prochain rendez-vous international aura lieu au printemps 2014 à Sousse en Tunisie, afin de partager les expériences de chacun et de poser les bases des phases suivantes : définir et évaluer des normes d'accréditation d'une faculté socialement responsable.