

# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2015

Thèse n°

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

présentée et soutenue publiquement  
le 10 septembre 2015 à Poitiers  
par **Madame Anne-Lise MAILLARD**

**Responsabilité sociale des facultés de médecine :  
le ressenti des patients**

#### COMPOSITION DU JURY

**Président** : Monsieur le Professeur José Gomes Da Cunha

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

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



# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2015

Thèse n°

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

présentée et soutenue publiquement  
le 10 septembre 2015 à Poitiers  
par **Madame Anne-Lise MAILLARD**

### **Responsabilité sociale des facultés de médecine : le ressenti des patients**

#### COMPOSITION DU JURY

**Président** : Monsieur le Professeur José Gomes Da Cunha

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

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



## LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BRIDOUX Frank, néphrologie
5. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
6. CARRETIER Michel, chirurgie générale
7. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
8. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
9. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
10. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
11. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
12. DROUOT Xavier, physiologie
13. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
14. EUGENE Michel, physiologie (surnombre jusqu'en 08/2016)
15. FAURE Jean-Pierre, anatomie
16. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
17. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
18. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
19. GILBERT Brigitte, génétique
20. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
21. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
22. GUILHOT-GAUDEFROY François, hématologie et transfusion
23. GUILLET Gérard, dermatologie
24. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
25. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
26. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
27. HERPIN Daniel, cardiologie
28. HOUETO Jean-Luc, neurologie
29. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
30. IRANI Jacques, urologie
31. JABER Mohamed, cytologie et histologie
32. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
33. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
34. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
35. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (en détachement 2 ans à compter de janvier 2014)
36. KITZIS Alain, biologie cellulaire
37. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
38. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
39. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
40. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
41. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
42. MACCHI Laurent, hématologie
43. MARECHAUD Richard, médecine interne
44. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
45. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
46. MIGEOT Virginie, santé publique
47. MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
48. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
49. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
50. NEAU Jean-Philippe, neurologie
51. ORIOT Denis, pédiatrie
52. PACCALIN Marc, gériatrie
53. PAQUEREAU Joël, physiologie
54. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
55. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
56. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
57. POURRAT Olivier, médecine interne
58. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
59. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
60. RICHER Jean-Pierre, anatomie
61. RIGOARD Philippe, neurochirurgie
62. ROBERT René, réanimation
63. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
64. ROBLOT Pascal, médecine interne
65. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
66. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (surnombre jusqu'en 08/2017)
67. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
68. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
69. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
70. TOUCHARD Guy, néphrologie
71. TOURANI Jean-Marc, oncologie
72. WAGER Michel, neurochirurgie

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

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

**Professeur des universités de médecine générale**

GOMES DA CUNHA José

**Professeurs associés de médecine générale**

BINDER Philippe  
VALETTE Thierry

**Maitres de Conférences associés de médecine générale**

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

**Enseignants d'Anglais**

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

**Professeurs émérites**

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

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

## REMERCIEMENTS

**A Monsieur le Professeur José Gomes Da Cunha.** Vous êtes impliqué dans le projet responsabilité sociale en France depuis son origine et en êtes l'initiateur au sein de notre faculté. Je vous remercie pour votre soutien tout au long de mon travail de thèse qui sera, je l'espère, à la hauteur de vos attentes. Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma soutenance. Veuillez trouver en retour l'expression de mon plus profond respect.

**A Monsieur le Doyen Pascal Roblot.** Veuillez trouver ici l'assurance de ma sincère reconnaissance pour avoir accepté de juger mon travail de thèse et pour l'intérêt que vous portez aux travaux de recherche sur la responsabilité sociale des facultés de médecine.

**A Madame le Professeur Christine Silvain.** Je vous remercie d'avoir accepté de siéger au sein de mon jury de thèse. Vous faites preuve d'un intérêt pour la responsabilité sociale des facultés depuis le lancement du projet à Poitiers. Veuillez trouver pour ceci le témoignage de ma sincère reconnaissance.

**A Madame le Professeur Virginie Migeot.** Merci d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse. Veuillez trouver en retour ma gratitude et l'assurance de mes sentiments respectueux.

**A Monsieur le Docteur Pascal Parthenay.** Je vous remercie pour l'aide que vous m'avez apportée au cours de mon travail, lors de l'élaboration du questionnaire et pour l'animation des focus groups. Merci de me faire l'honneur de juger mon travail de thèse.

**A Monsieur le Docteur Benoit Tudrej.** Merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Merci pour la confiance que tu m'as accordée en m'impliquant dans ce projet que tu portes à Poitiers depuis le début. Merci pour ta disponibilité, ton aide et tes encouragements précieux à chaque moment. J'espère que de notre travail naîtront de nombreux projets.

A **Vanessa**, ma collègue d'internat, colocataire et amie. Merci de m'avoir proposé de prendre la suite de ta thèse dans le projet RA-RS. Merci pour ton aide et tes conseils tout au long de mon travail. Je te souhaite tout ce qu'il y a de mieux pour ta nouvelle vie.

A **Marion**, partenaire de thèse. Merci pour ton aide dans l'animation des focus groups, et pour nos encouragements mutuels.

Au **Collectif Interassociatif Sur la Santé du Poitou-Charentes (CISS-PC)**, en particulier à son président **M. Alain Gallant** et sa secrétaire générale **Mme Véronique Tartaglione**. Merci pour votre engagement et votre aide dans ce projet.

A **tous les patients** ayant participé aux focus groups, membres d'associations et patients de la maison médicale des Couronneries à Poitiers, sans qui ce travail de thèse n'aurait pas été possible.

A tous **mes maitres de stages**, des services hospitaliers ou en médecine ambulatoire, qui m'ont transmis leur passion pour une médecine au plus proche des patients.

Aux médecins de la maison médicale de Vouneuil-sur-Vienne, **Cécile, Anne-Laure, Xavier, Matthieu et Philippe**. Merci pour la confiance que vous m'avez accordée depuis plus de deux ans pour soigner vos patients. Mes replacements au sein de votre cabinet m'ont donné le goût d'une médecine libérale choisie.

A **Maman**. Merci pour toutes ces années que tu as consacrées à nous élever et à nous aimer. Pour ton soutien sans faille d'une mère toujours présente.

A **Emmanuel, Aude et Bénédicte**. Ma plus grande fierté est d'être votre petite sœur.

A **Guillaume et Nicolas** que j'ai la chance d'avoir comme beaux-frères.

A **Zoé et Ninon**, mes merveilleuses nièces.

A **Line, Gilles, Ellen, Jean-Claude, Carine, Julien, Jolan, Amiel et Lyra**. Merci pour m'avoir si bien accueillie dans votre « belle famille ».

A **Marie-Chloé et Mélanie**. Merci pour cette belle amitié que le temps et la distance n'ont pas ternie et que les épreuves ont renforcée. Aux L3...

A **Anne-Cécile, Laurène, Camille, Louise et Isa**, mes meilleures amies. Merci pour tous ces beaux moments partagés, ces voyages, week-end, soirées filles, 2 de l'an, Glam Airlines... et pour tous ceux qui viendront. Une mention spéciale pour Isa : merci infiniment pour ton aide linguistique.

A tous mes amis qui m'ont accompagnée pendant ces neuf ans d'études. On m'a dit un jour que les amitiés qui durent sont celles nées sur les bancs de la fac. Grâce à vous j'en suis sûr. Aux pimprenelles & co : **Anne, Coco, Nico, Camille, Agathe, Antoine, Adrien, Guillaume**. A mes sous-colleurs et collègues de BU : **Fanny, Maxou, Rominette, Bastien, Pat**. A mes compagnons d'internat : **Caro, Alex, Matthieu**. Et à tous les autres : **Ush, Caro, Elodie, Pipette, Angèle, Alain, Loulou, Paulo, Anne-Flore, Anouck...**

A **Céline**, pour ta lecture et ton œil « extérieur » sur cette thèse. Merci pour nos moments de détente sportifs, gustatifs et créatifs, qui me permettent d'être bien dans mon corps et dans ma tête.

A **Boris**. Merci pour ton amour, ton humour, ta patience, ta confiance et cette sérénité que tu m'apportes chaque jour depuis plus de huit ans. J'espère te montrer encore longtemps combien tu comptes pour moi. Pour tous nos projets à venir... Avec tout mon amour.

A **Julie** qui m'a toujours soutenue et encouragée pendant ces longues années d'amitié. Ce travail de thèse et mon engagement dans la médecine lui sont dédiés. Ma Fifi tu me manques...

## GLOSSAIRE

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

AFMC : Association des Facultés de Médecine du Canada

APES : Année Préparatoire aux Etudes de Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

ASIP Santé : Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CESP : Contrat d'Engagement de Service Publique

CGRS : Consensus Global de Responsabilité Sociale

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

CISS-PC : Collectif Interassociatif Sur la Santé – Poitou-Charentes

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

COFIL : Comité de Pilotage

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPU : Conception-Production-Utilisabilité (model CPU)

DDR : Dossier De Réussite

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DMP : Dossier Médical Personnel

DU : Diplôme Universitaire

ENC : Examen National Classant

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de Santé

PACES : Première Année Commune des Etudes de Santé

PTMG : Praticien Territorial de Médecine Générale

RA-RS : Recherche Action – Responsabilité Sociale (projet RA-RS)

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

SIFEM : Société Internationale Francophone d'Éducation Médicale

THEnet : Training for Health Equity Network

UDAF : Union Départementale des Associations Familiales

VUPS : Vers l'Unité Pour la Santé (projet VUPS)

# TABLE DES MATIERES

<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>7</b>
<b>GLOSSAIRE.....</b>	<b>11</b>
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>13</b>
<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS.....</b>	<b>15</b>
<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>17</b>
1.1- Le concept de Responsabilité Sociale.....	17
1.1.1- Définition.....	17
1.1.2- Le consensus mondial.....	18
1.1.2-1. Le projet Vers l'Unité Pour la Santé.....	18
1.1.2-2. 2010 : l'élaboration du consensus mondial.....	21
1.1.3- En France et dans le monde : le projet francophone Recherche Action- Responsabilité Sociale.....	22
1.1.4- Le projet RA-RS à Poitiers.....	24
1.1.5- La place des patients.....	25
1.2- Problématique et objectifs.....	26
<b>2. MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>27</b>
2.1- Méthode qualitative par focus groups.....	27
2.1.1- Population.....	27
2.1.2- Le guide d'entretien qualitatif.....	28
2.1.2-1. Choix des axes.....	29
2.1.2-2. Elaboration et validation des questions.....	29
2.1.3- Consentement des patients.....	30
2.1.4- Déroulement des focus groups.....	30
2.2- Analyse du contenu.....	32
2.2.1- Transcription et anonymisation.....	32
2.2.2- Analyse des données et triangulation.....	32
<b>3. RESULTATS.....</b>	<b>34</b>
3.1- Caractéristiques des focus groups.....	34
3.2- Analyse thématique des entretiens de groupes.....	35
3.2.1- Représentations actuelles de la faculté de médecine et du système de soins par les patients.....	36
3.2.1-1. Représentation de la faculté de médecine.....	38
3.2.1-2. Représentation du système de soins actuel : évolution et déphasage.....	39
3.2.2- L'identification des besoins en santé de la population.....	43
3.2.2-1. Identifier quoi ?.....	45
3.2.2-2. Identifier par qui et par quels moyens ?.....	47

3.2.3-	La réponse aux besoins en santé de la population.....	51
3.2.3-1.	Les rôles du médecin généraliste.....	51
3.2.3-2.	L'enseignement.....	67
3.2.3-3.	La démographie.....	81
3.2.3-4.	La recherche.....	85
3.2.4-	L'évaluation de la responsabilité sociale des facultés de médecine.....	86
3.2.4-1.	Comment évaluer ? Les moyens proposés.....	88
3.2.4-2.	Par qui évaluer ? Les acteurs de l'évaluation.....	89
3.2.4-3.	Un pas vers l'accréditation.....	91
<b>4.</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>92</b>
4.1-	La méthode.....	92
4.2-	Les résultats.....	95
4.2.1-	L'objectif principal.....	95
4.2.2-	Les objectifs secondaires.....	102
4.2.2-1.	Identifier les premiers indicateurs permettant d'évaluer et d'améliorer le niveau de responsabilité sociale de la faculté.....	102
4.2.2-2.	Mise en place de projets futurs pour la phase 2 du projet RA-RS – Expérimentation.....	103
4.2.3-	Ouverture.....	105
<b>5.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>109</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>110</b>
	<b>ANNEXES.....</b>	<b>113</b>
	Annexe 1 : Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine.....	113
	Annexe 2 : Fiche de recrutement des patients diffusée par le CISS-PC.....	129
	Annexe 3 : Formulaire d'information et de consentement des patients.....	130
	Annexe 4 : Caractéristiques des participants à chaque focus group.....	132
	Annexe 5 : Marguerite du Collège National des Généralistes Enseignants : les compétences du médecin généraliste.....	134
	Annexe 6 : Transcription intégrale des entretiens - Verbatim (sur CD).....	134
	<b>RESUME ET MOTS CLES.....</b>	<b>135</b>
	<b>ABSTRACT AND KEY-WORDS.....</b>	<b>136</b>
	<b>SERMENT.....</b>	<b>137</b>

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Les quatre valeurs de la responsabilité sociale.....	17
Figure 2 : La grille étendue de la responsabilité sociale.....	20
Figure 3 : Responsabilité sociale : arrimage du modèle CPU au CGRS.....	22
Figure 4 : Carte conceptuelle des résultats : l'avis des patients à propos de la responsabilité sociale des facultés de médecine.....	36
Figure 5 : Carte conceptuelle des représentations des patients.....	37
Figure 6 : Carte conceptuelle de l'identification des besoins en santé.....	44
Figure 7 : Carte conceptuelle de la branche « Rôles du médecin généraliste » de la réponse aux besoins en santé de la population.....	52
Figure 8 : Carte conceptuelle de la branche « Enseignement » de la réponse aux besoins en santé de la population.....	68
Figure 9 : Carte conceptuelle de la branche « Démographie » de la réponse aux besoins en santé de la population.....	81
Figure 10 : Carte conceptuelle de la branche « Recherche » de la réponse aux besoins en santé de la population.....	85
Figure 11 : Carte conceptuelle de l'évaluation de la responsabilité sociale.....	87
Tableau 1 : Caractéristiques des participants aux focus groups.....	34
Tableau 2 : Caractéristiques des focus groups.....	34



# 1. INTRODUCTION

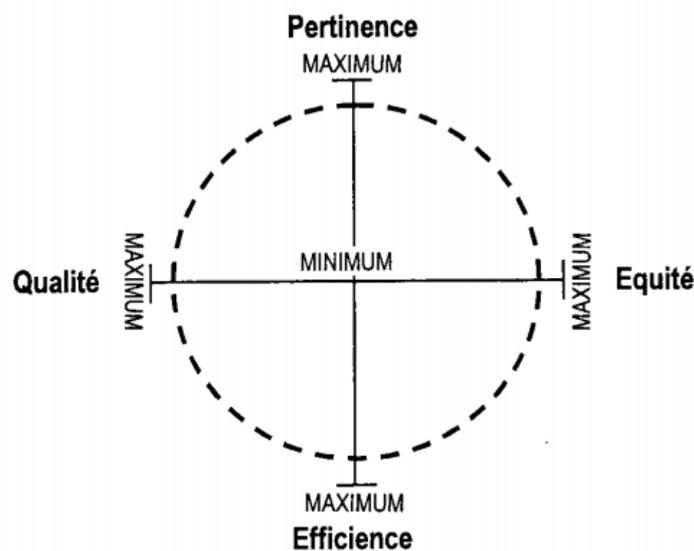
## 1.1. Le concept de responsabilité sociale

### 1.1.1- Définition

En 1995, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la **Responsabilité Sociale (RS) des facultés de médecine** 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 » (1) (2).

L'introduction de ce concept par l'OMS implique de « réorienter l'enseignement de la médecine et la pratique médicale en faveur de la santé pour tous » (2).

Les quatre valeurs de la responsabilité sociale, décrites ci-dessous, reprennent les valeurs fondamentales qui devraient se retrouver dans tout système de santé.



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

- La pertinence : est le souci de s'attaquer en premier aux problèmes les plus importants : les personnes qui souffrent le plus ; les maladies les plus fréquentes et qui peuvent être traitées par des moyens disponibles localement.
- La qualité : implique la compétence et l'habileté technique mais aussi la prise en compte des attentes culturelles et des habitudes des usagers.
- L'efficacité : est la capacité à avoir le plus d'impact sur la santé d'une population, tout en faisant le meilleur usage des ressources disponibles.
- L'équité : correspond à l'existence de soins de santé de qualité, accessibles à tous, dans tous les pays.

C'est par l'application de ces valeurs qu'une faculté de médecine deviendrait socialement responsable. Ainsi Charles Boelen, initiateur de la responsabilité sociale en France, décrit à propos de la faculté : « en faisant l'analyse des déterminants de santé affectant la population vivant dans ce territoire, l'inventaire des risques et des opportunités, l'identification de personnes et groupes vulnérables, et une évaluation du meilleur usage des ressources disponibles. [...] Elle adapterait ses programmes de formation en conséquence, contribuant ainsi à une meilleure adéquation entre une politique de formation et une politique de santé » (3).

### **1.1.2- Le consensus mondial**

#### **1.1.2-1. Le projet Vers l'Unité Pour la Santé**

En 2001 l'OMS établit le **Projet Vers l'Unité Pour la Santé** (VUPS) afin d'« étudier et promouvoir des initiatives à l'échelle mondiale pour favoriser l'unité dans la prestation des services centrés sur les besoins des personnes ». Ce projet pose donc les fondations de la responsabilité sociale des facultés de médecine, dans le but que « ces institutions s'adaptent pour mieux répondre aux besoins des personnes et pour les inciter à devenir des partenaires actifs dans l'élaboration du futur système de santé » (4).

Il émet l'hypothèse que l'unité vers la santé peut être atteinte en respectant un certain nombre de critères, regroupés selon quatre catégories :

- L'utilisation de modèles innovants de services intégrant la médecine et la santé publique ;
- La prise en compte des implications pour les professionnels de santé ;
- L'élaboration d'un partenariat entre cinq principaux intervenants ;
- La recherche des preuves d'impact.

Cinq principaux partenaires ou intervenants ont ainsi été identifiés comme étant essentiels à la création d'un mouvement de responsabilité sociale : les décideurs politiques, les gestionnaires de santé, les professionnels de santé, les institutions académiques et les communautés ou la société civile.

Les facultés de médecine, instituts de formation, ont donc un rôle majeur dans ce projet de l'OMS « La santé pour tous », en étant la référence des professionnels de santé qui suivent leurs directives et recommandations dans la pratique. Elles assument trois fonctions fondamentales : l'éducation, la recherche et la dispensation de services. Elles doivent, dans ce concept de responsabilité sociale, s'acquitter d'un devoir d'anticiper les contextes où travailleront leurs futurs diplômés. C'est ce que le projet VUPS a appelé : l'ouverture sociale des institutions de formation, c'est-à-dire la capacité d'une école de répondre aux attentes de la société en ajustant ses programmes en fonction. Le concept de responsabilité sociale implique donc que l'école consulte la société civile pour identifier les besoins en matière de santé (4).

Le projet VUPS reprend les quatre valeurs de la responsabilité sociale en l'appliquant aux trois principales fonctions des facultés de médecine : éducation, recherche et service. Il décrit l'engagement des facultés de médecine en ce sens par trois phases : planification, action et impact, comme le montre, ci-dessous, la grille étendue de responsabilité sociale.

DOMAINES ET PHASES									
VALEURS	Éducation			Recherche			Service		
	Planification	Action	Impact	Planification	Action	Impact	Planification	Action	Impact
Pertinence									
Qualité									
Efficience									
Équité									

**Figure 2 : La grille étendue de la responsabilité sociale.**

Ces phases de planification, action et impact, renvoient au **modèle Conception-Production-Utilisabilité** (CPU) établi par Charles Boelen et Robert Woollard (5).

Le modèle CPU doit être appliqué par toute faculté qui désire devenir socialement responsable. Il se définit ainsi :

- Conception ou conceptualisation : rôle de l'institution de formation dans l'identification des besoins prioritaires en santé pour une amélioration de la performance du système de santé.
- Production : composante relative à la mission de formation proprement dite, avec la conception de projets facultaires et de programmes de formation en rapport avec la responsabilité sociale.
- Utilisabilité : relatif à l'évaluation de l'impact des actions de responsabilité sociale entreprises, pour répondre aux problématiques formulées à la phase de conception.

Ce modèle CPU implique l'élaboration de normes pour chaque étape, auxquelles devrait répondre une faculté pour être socialement responsable.

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

### 1.1.2-2. 2010 : l'élaboration du consensus mondial

Afin de développer le projet « santé pour tous » initié par l'OMS, un groupe d'experts internationaux composé de soixante-cinq délégués représentant des facultés de médecine et d'agences d'accréditation, s'est réuni en octobre 2010 pour établir **un consensus mondial** (ou consensus global) **sur la responsabilité sociale des facultés de médecine** (6) (annexe 1).

Dix axes stratégiques ont été définis, servant de références pour qu'une faculté de médecine devienne socialement responsable.

Les dix axes du consensus mondial sont :

AXE 1 : Anticipation des besoins en santé de la société

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

AXE 3 : Adaptation aux rôles nouveaux des médecins et autres professionnels de 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

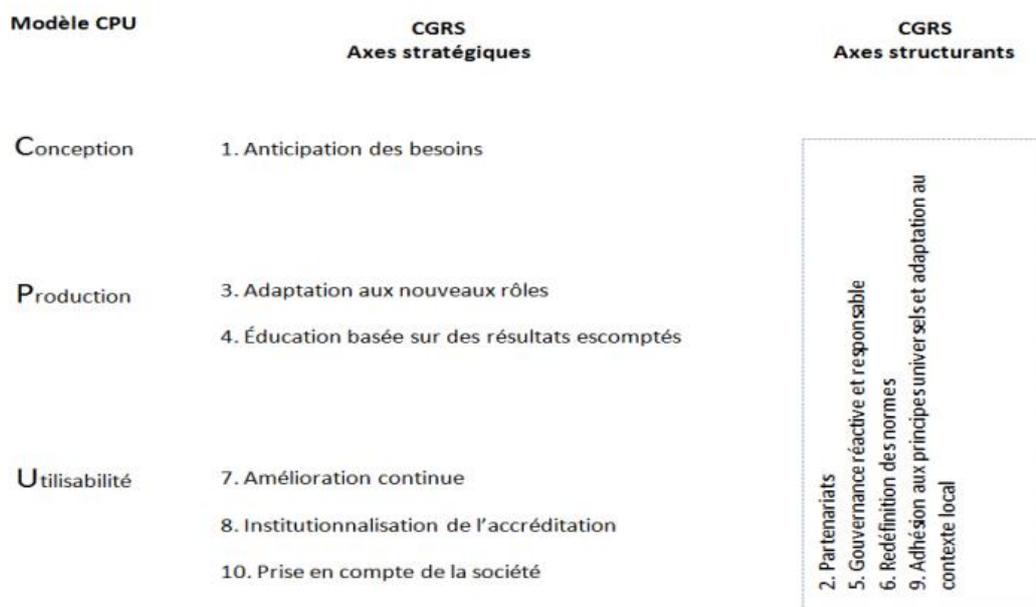
AXE 7 : Amélioration continue de la qualité en éducation, recherche et prestation de services

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

Ces dix directives ainsi définies sont en cohérence avec le modèle CPU comme le montre la figure ci-dessous :



**Figure 3 : Responsabilité sociale : arrimage du modèle CPU au Consensus Global de Responsabilité Sociale (CGRS) (7).**

### **1.1.3- En France et dans le monde : le projet francophone Recherche Action-Responsabilité Sociale**

Suite à l'élaboration du consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine, un **projet Recherche Action-Responsabilité Sociale (RA-RS)** a été initié par la Société Internationale Francophone d'Éducation Médicale (SIFEM), la Conférence Internationale des Doyens et facultés de Médecine d'Expression Française (CIDMEF) et le réseau THEnet, Training for Health Equity Network, en partenariat avec des universités francophones.

Aujourd'hui quarante-cinq facultés de médecine dans seize pays font partie du projet RA-RS. Un Comité de Pilotage (COPIL) regroupant quarante-cinq référents de facultés a été mis en place. Des réunions du COPIL ont lieu régulièrement et une rencontre internationale est organisée chaque année pour discuter des grands axes stratégiques du projet et de son avancement.

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

Démarré en 2012, le projet RA-RS, se décline en trois phases :

- Phase 1 : Applicabilité. Cette phase consiste à recueillir la perception de la faculté et de ses partenaires quant à la pertinence des recommandations du consensus mondial.

Cette phase 1 se déroule elle-même en deux parties :

- une partie quantitative standardisée pour l'ensemble des facultés impliquées, qui vise à recueillir l'opinion des partenaires de la faculté sur la prise en compte réelle des axes du consensus mondial.
- une partie qualitative optionnelle, qui a pour objectif principal de réaliser un état des lieux local d'adhésion au concept de responsabilité sociale en se basant sur le consensus mondial.

Cette première phase a aussi pour but de diffuser les principes de la responsabilité sociale et d'y faire adhérer les principaux partenaires.

- Phase 2 : Expérimentation. Cette phase a pour objectif d'expérimenter des concepts de responsabilité sociale dans les facultés participantes, de faire émerger des normes et d'élaborer des indicateurs de mesure de la responsabilité sociale.
- Phase 3 : Evaluation. Cette dernière phase a pour but de mesurer l'effet de l'application des normes sur le fonctionnement de la faculté et sur la qualité des diplômés. Cette phase permettra de formuler des recommandations pour le processus d'accréditation des facultés de médecine.

La phase 1 a commencé en 2012 par l'étude quantitative à laquelle vingt-trois facultés ont participé. L'étude qualitative, facultative, n'a quant à elle été réalisée que de manière sporadique et peu de résultats sont disponibles. La phase 1 est considérée à ce jour comme terminée au niveau international mais certaines facultés la poursuivent encore localement.

L'année 2014 voit le lancement de la phase 2 du projet pendant laquelle chaque faculté participante entreprend des actions de responsabilité sociale autour d'une thématique choisie parmi :

- Contrat faculté/territoire
- Première ligne de santé
- Population vulnérable
- Choix et finalité des spécialités
- Adaptation de la formation
- Recherche orientée vers les besoins de santé
- Interdisciplinarité
- Autres

Cette phase 2 est actuellement en cours de manière plus ou moins avancée selon les universités.

La phase 3, d'évaluation, est à venir et fait partie du **plan stratégique de responsabilité sociale 2015-2020 (8)**, élaboré par le COPIL en février 2015 et présenté lors du congrès de Bruxelles en avril 2015. Ce plan a pour but : « la recherche d'un plus grand impact de ces actions sur la santé de la société, la création de partenariats durables avec d'autres acteurs de la santé et la mise en place d'un système d'évaluation et d'accréditation des facultés de médecine fondé sur les principes de responsabilité sociale ».

#### **1.1.4- Le projet RA-RS à Poitiers**

La faculté de médecine de Poitiers fait partie du projet Recherche Action-Responsabilité Sociale depuis son élaboration.

La phase 1 du projet a été initiée en 2013 par Dr Benoit Tudrej avec son travail de thèse concernant la partie quantitative (9).

La faculté de Poitiers a décidé de poursuivre le projet par la phase qualitative visant à étudier les perceptions et opinions des différents partenaires de la faculté de médecine, sur l'adhésion de celle-ci au projet responsabilité sociale. Cette phase a débuté en 2013 par Dr Vanessa Olariu qui a évalué, dans son travail de thèse, le ressenti des internes de médecine

générale concernant l'approche de la faculté de médecine de Poitiers pour répondre aux besoins de santé publique (10).

L'avis des autres partenaires impliqués dans le projet de responsabilité sociale reste donc à étudier : les praticiens médecins généralistes et enseignants, les internes des autres spécialités médicales et chirurgicales, les professionnels paramédicaux étudiants ou non, les décideurs politiques, le personnel administratif de la faculté et la société civile.

#### **1.1.5- La place des patients**

La volonté du projet de responsabilité sociale est d'orienter la médecine au service de la communauté et de placer les patients au centre du système de santé. Ce qui semble être naturel, l'est pourtant beaucoup moins en pratique, notamment à cause de la technicisation de la médecine. Le préalable essentiel au projet RA-RS est d'identifier les besoins en santé de la population, afin d'orienter la formation des médecins vers une pratique responsable.

Dès l'introduction du concept de responsabilité sociale des facultés de médecine par l'OMS, la société civile a été identifiée comme étant un partenaire majeur dans ce processus de santé pour tous (4).

La phase 1 du projet se prête donc à une exploration des ressentis des patients vis-à-vis de l'implication des facultés de médecine dans la responsabilité sociale. La phase 2 permettra ensuite de mettre en place des projets et expérimentations concrètes pour répondre aux exigences de responsabilité sociale, après s'être enquis de l'avis de l'ensemble des partenaires de la faculté de médecine.

Parmi les universités francophones participant au projet RA-RS, certaines facultés de médecine ont déjà mis en place des programmes de formation orientés vers la communauté. L'Association des Facultés de Médecine du Canada (AFMC), fait une revue dans sa base de données, des projets universitaires en rapport avec l'imputabilité sociale des facultés de médecine (11). On y retrouve notamment tous les projets incluant la participation des patients dans la formation. A Gand, en Belgique, un nouveau programme d'enseignement a été créé, nommé curriculum intégré, tourné vers le patient et la communauté. Cette nouvelle formation

a d'ailleurs déjà fait l'objet d'une évaluation d'impact correspondant à la phase 3 du projet (12).

Au niveau international, le recours aux patients dans la formation des professionnels de santé se développe dans certaines facultés de médecine grâce à la participation de patients « experts réels » ou de patients « standardisés ». En 2009, une équipe de l'université de Leeds en Grande Bretagne a fait une revue de la littérature sur l'implication de patients réels dans la formation médicale (13). Aucune faculté de médecine française ne faisait partie de cette analyse.

En France, la participation des patients au cours du cursus de formation médicale tend pourtant à se développer. C'est le cas à l'université Pierre et Marie Curie de Paris qui ouvre ses portes à des patients partenaires d'enseignement (14). De même la faculté de médecine Paris-Descartes développe depuis 2008 un enseignement autour de la relation médecin-patient via des conférences ouvertes au public et des modules d'enseignement faisant intervenir des patients (15).

## **1.2. Problématique et objectifs**

Cette place primordiale du patient en tant que partenaire du projet responsabilité sociale des facultés de médecine, reste encore très minime au sein de la faculté de Poitiers.

Le but de ce travail est de recueillir l'opinion des patients sur les avantages et défis pour une faculté de médecine d'adopter une démarche de qualité inspirée des principes de responsabilité sociale.

**L'objectif principal** est d'explorer le ressenti des patients concernant l'approche de la faculté de médecine de Poitiers pour répondre aux besoins en santé de la population.

**Les objectifs secondaires** sont :

- identifier les premiers indicateurs permettant d'évaluer et d'améliorer le niveau de responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers ;
- soumettre des projets éventuels à mettre en place pour entamer la phase 2 « expérimentation » du projet RA-RS.

## **2. MATERIEL ET METHODE**

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

L'objectif principal de ce travail - explorer le ressenti des patients sur la responsabilité sociale de la faculté de médecine - concerne la phase 1 qualitative du projet RA-RS. La méthode des focus groups a été choisie, afin de faire émerger des idées diverses par l'expression directe des participants. L'interaction du groupe existante lors de ces discussions encourage les répondants à développer et clarifier leurs idées. Cette méthode avait déjà été utilisée par Dr Vanessa Olariu pour sa thèse sur les internes en médecine générale.

Parallèlement, d'autres travaux sont en cours afin de recueillir l'avis de l'ensemble des partenaires de la faculté de médecine. La méthode des focus groups a également été utilisée pour la thèse de Marion Bazile dont l'objectif est d'évaluer le ressenti des professionnels paramédicaux. De même des focus groups ont eu lieu pour le travail de thèse de Frédérique Melchior, sur l'opinion des internes de spécialités à propos de la responsabilité sociale. La reproduction d'une méthode similaire validée par focus groups permettra de mettre en commun les données recueillies et d'élaborer des propositions pertinentes pour améliorer la responsabilité sociale de la faculté de Poitiers.

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

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

#### **2.1.1- Population**

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

- être patient ;
- être volontaire pour participer à l'étude ;

- être disponible aux dates et heures proposées.

Il n'a pas été défini de critères d'exclusion.

Le recrutement des patients a été réalisé initialement au sein des associations de patients de la région Poitou-Charentes.

Le Collectif Interassociatif Sur la Santé du Poitou Charentes (CISS-PC) a été sollicité pour le recrutement des patients et l'organisation des trois premiers focus groups. Par leur intermédiaire, une lettre informative sur le but de l'étude a été diffusée auprès des 42 associations de patients adhérentes au CISS-PC (16) (annexe 2).

Afin d'assurer la représentativité de cette étude, il a été décidé d'organiser un quatrième focus group, incluant des patients non membres d'associations de patients. Le recrutement pour ce dernier focus group a été réalisé parmi les patients de la maison de santé des Couronneries à Poitiers. Ils ont été contactés directement par la thésarde, par téléphone, d'après une liste de patients volontaires fournie par deux médecins praticiens de cette maison de santé. Les patients avaient tous été informés au préalable sur la nature de l'étude par leur médecin généraliste.

Un formulaire visant à recueillir les caractéristiques des patients a été élaboré et remis à chaque participant en début de réunion (annexe 3). Celui-ci renseignait :

- le sexe du participant ;
- l'année de naissance du participant ;
- et pour les participants contactés via les associations de patients :
  - le nom de l'association ;
  - leur adhésion ou non à l'association ;
  - leur implication dans le bureau de l'association.

### **2.1.2- Le guide d'entretien qualitatif**

Le guide d'entretien qualitatif est un guide d'entretien semi structuré permettant d'établir une trame lors du déroulement de la séance. Il est constitué de questions ouvertes, cohérentes et neutres, permettant une grande liberté de parole des participants tout en

essayant de se concentrer sur les problématiques à aborder. Il est reproductible à chaque séance, adaptable en cours d'entretien collectif et souple dans la chronologie des différentes questions. Il peut également être modifié et adapté au fur et à mesure de la progression de l'étude.

### **2.1.2-1. Choix des axes**

Lors d'une réunion de groupe de travail composé de deux chefs de clinique en médecine générale impliqués dans le projet RA-RS et de la thésarde, cinq axes du consensus mondial ont été définis comme pertinents pour cette étude auprès des patients. Ils concernent en effet la phase 1 du projet RA-RS. Les axes retenus sont :

AXE 1 : Anticipation des besoins en santé de la société

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

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

AXE 4 : Education basée sur des résultats escomptés

AXE 10 : Prise en compte du rôle de la société

Les autres axes 5, 6, 7, 8, et 9 se rapporteraient davantage aux phases 2 et 3 du projet RA-RS concernant l'expérimentation et l'accréditation des facultés de médecine. Ils seraient donc à étudier dans un second temps, suite à l'instauration de normes.

### **2.1.2-2. Elaboration et validation des questions**

A partir de ces cinq axes, nous avons élaboré les six questions du guide d'entretien semi-directif. Elles ont ensuite été soumises à une double validation extérieure. L'avis d'un expert du sujet responsabilité sociale et d'un expert en méthodologie qualitative ayant déjà travaillé sur la RS ont été demandés.

Après recueil des ajustements proposés par les experts, la compréhension des questions a été testée de façon aléatoire par la thésarde auprès de quatre patients vus en consultations lors d'un remplacement de médecine générale. Les questions ont été correctement comprises lors de ces tests, ne nécessitant pas de modification. Les résultats de ces entretiens individuels ne seront pas étudiés.

En cours d'étude, seule la question cinq a été reformulée suite au premier focus group pour faciliter sa compréhension.

La formulation des questions ci-dessous correspond à la version finale.

- 1- Quel est le rôle de la faculté de médecine vis-à-vis des besoins de santé de la population ?
- 2- Comment la formation actuelle des futurs médecins répond-elle aux besoins de santé de la population ?
- 3- Selon vous comment cette formation pourrait-elle être améliorée ?
- 4- Quels devraient être les différents partenaires de la faculté de médecine pour la formation des professionnels de santé ?
- 5- Après avoir identifié les moyens d'amélioration de la formation des médecins, et les partenaires impliqués dans cette formation, comment et par qui évaluer l'atteinte des objectifs de formation fixés ?
- 6- Quelle est la place de la société civile (ou des patients) dans la formation des professionnels de santé ?

### **2.1.3- Consentement des patients**

Un formulaire d'information et de consentement des patients a été rédigé et remis à chaque participant en début de focus group (annexe 3). Chaque patient a signé deux exemplaires : un de ces formulaires a été conservé par la thésarde, l'autre est resté en possession du participant. Une information orale a été donnée dans le même temps.

### **2.1.4- Déroulement des focus groups**

Les dates et horaires des trois premiers focus groups ont été fixés par le CISS-PC avant l'obtention des réponses des participants.

Nous avons choisi, en accord avec le CISS-PC, d'organiser ces focus groups dans trois départements du Poitou-Charentes : la Vienne, la Charente et les Deux-Sèvres, afin d'effectuer un recrutement le plus large possible et d'assurer une proximité du lieu de rencontre aux participants. Les salles où se sont déroulés les focus groups ont été réservées par le CISS-PC.

La date et l'heure du quatrième focus group ont été définies en fonction de la disponibilité des patients, afin d'avoir le recrutement nécessaire. Le lieu de ce focus group a été fixé au sein de la maison de santé des Couronneries à Poitiers, que connaissent les participants.

Les participants ont été prévenus que la durée des entretiens n'excéderait pas deux heures.

Une collation était proposée aux participants lors de chaque focus group. Une ambiance détendue et conviviale était souhaitée lors des entretiens afin de faciliter la prise de parole et les échanges.

L'animation des focus groups a été assurée par quatre modérateurs, différents à chaque entretien. Il s'agissait de trois médecins et d'une interne en médecine générale. Le rôle d'un modérateur est de guider les discussions et d'animer le débat entre les participants, tout en gérant le temps et les objectifs de l'étude. Il est amené pendant la réunion à reformuler les questions, à relancer les participants, à les aider à développer leurs idées. Il doit garder une attitude neutre et ne doit en aucun cas donner son propre avis.

Un observateur, la thésarde, était présent lors de tous les focus groups. Son rôle était d'accueillir les participants, d'observer les débats, de prendre des notes sur les informations verbales et non verbales, ainsi que de vérifier la fonctionnalité des enregistrements audio et vidéo.

L'intégralité des discussions a été enregistrée à l'aide de deux dictaphones numériques, d'une tablette numérique en mode audio, d'un enregistreur vidéo sur ordinateur, et d'un caméscope numérique. Tous les participants ont été prévenus en début de séance du caractère enregistré mais anonyme de la réunion. Tous ont donné leur accord écrit.

A la fin de chaque focus group, un temps non enregistré a été consacré pour répondre aux interrogations des participants et leur fournir des informations et éclaircissements sur la thématique de l'étude.

## **2.2. Analyse du contenu**

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

Chaque entretien enregistré a été retranscrit intégralement mot pour mot à l'aide du logiciel de traitement de texte Word®. Une retranscription la plus fidèle était requise. Elle est appelée verbatim.

L'anonymisation des participants au sein des discussions a ensuite été réalisée. Un chiffre et une lettre leur ont été attribués : le chiffre de 1 à 4 désigne le focus group auquel ils ont participé ; la lettre de A à K désigne le participant, attribuée selon l'ordre d'intervention.

*Exemple : participant 2B : patient B lors du focus group n°2.*

Les modérateurs ont été identifiés par la lettre M suivi du numéro du focus group. Pour s'assurer de la bonne compréhension des entretiens, les propos du modérateur ont été retranscrits mais n'ont pas été analysés.

L'intégralité des verbatim est présentée en annexe 6 (CD).

Les enregistrements audio et vidéo des entretiens ont été détruits à la suite de l'anonymisation des verbatim.

### **2.2.2- Analyse des données et triangulation**

Les verbatim ont été analysés à l'aide du logiciel N Vivo 10®, de l'éditeur QRS international®. Il s'agit d'une analyse de type thématique transversale. Cette analyse vise à cerner par une série de courtes expressions l'essentiel d'un propos, en rapport avec l'orientation de la recherche, à classer les idées dégagées par thèmes puis à regrouper ces thèmes de manière organisée en un raisonnement.

Les propos des participants ont été classés en fonction de l'idée qui s'en dégage, ou « nœuds ». Les phrases ou mots prononcés ont été découpés et organisés par thèmes. Chaque partie du verbatim a donc été classée dans une catégorie représentant l'idée qu'elle véhicule.

Afin de valider l'analyse, une triangulation des résultats a été effectuée. L'analyse du premier verbatim a été réalisée de manière indépendante par la thésarde et les deux chefs de clinique de médecine générale travaillant sur la responsabilité sociale des facultés de médecine. La mise en commun des analyses a été effectuée pour harmoniser le découpage et les thèmes dégagés. Les trois autres verbatim ont ensuite été analysés par la thésarde seule.

### 3. RESULTATS

#### 3.1. Caractéristiques des focus groups

Quatre groupes ont été constitués. Les trois premiers, composés de onze, cinq et neuf participants, réunissaient des patients issus d'associations de patients contactées via le CISS-PC. Le quatrième focus group était composé de neuf patients de la maison médicale des Couronneries à Poitiers, ne faisant pas partie d'une association, sauf pour un participant.

Focus groups	Nombres de participants	Sexe		Age moyen	Membres d'une association		Membres du bureau de l'association		
		Femmes	Hommes		O*	N**	O*	N**	SR***
1	11	9	2	65	11	0	7	3	1
2	5	5	0	60	5	0	2	3	0
3	9	6	3	66	9	0	4	5	0
4	9	7	2	45	1	8	0	8	1
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>27</b>	<b>7</b>	<b>59</b>	<b>26</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>19</b>	<b>2</b>

**Tableau 1 : Caractéristiques des participants aux focus groups.** \* Oui ; \*\* Non ; \*\*\* Sans Réponse

Les caractéristiques des participants à chaque focus group sont présentées en annexe 4.

Les focus groups ont eu lieu dans trois départements du Poitou-Charentes : la Vienne, les Deux-Sèvres et la Charente.

Focus	Lieu	Date	Nombre de participants	Durée
1	Saint-Yrieix-Sur-Charente	25/03/2015	11	1h48mn
2	Niort	14/04/2015	5	1h36mn
3	Poitiers, ARS	29/04/2015	9	1h41mn
4	Poitiers, Maison Médicale des Couronneries	11/06/2015	9	1h41mn

**Tableau 2 : Caractéristiques des focus groups.**

### **3.2. Analyse thématique des entretiens de groupes**

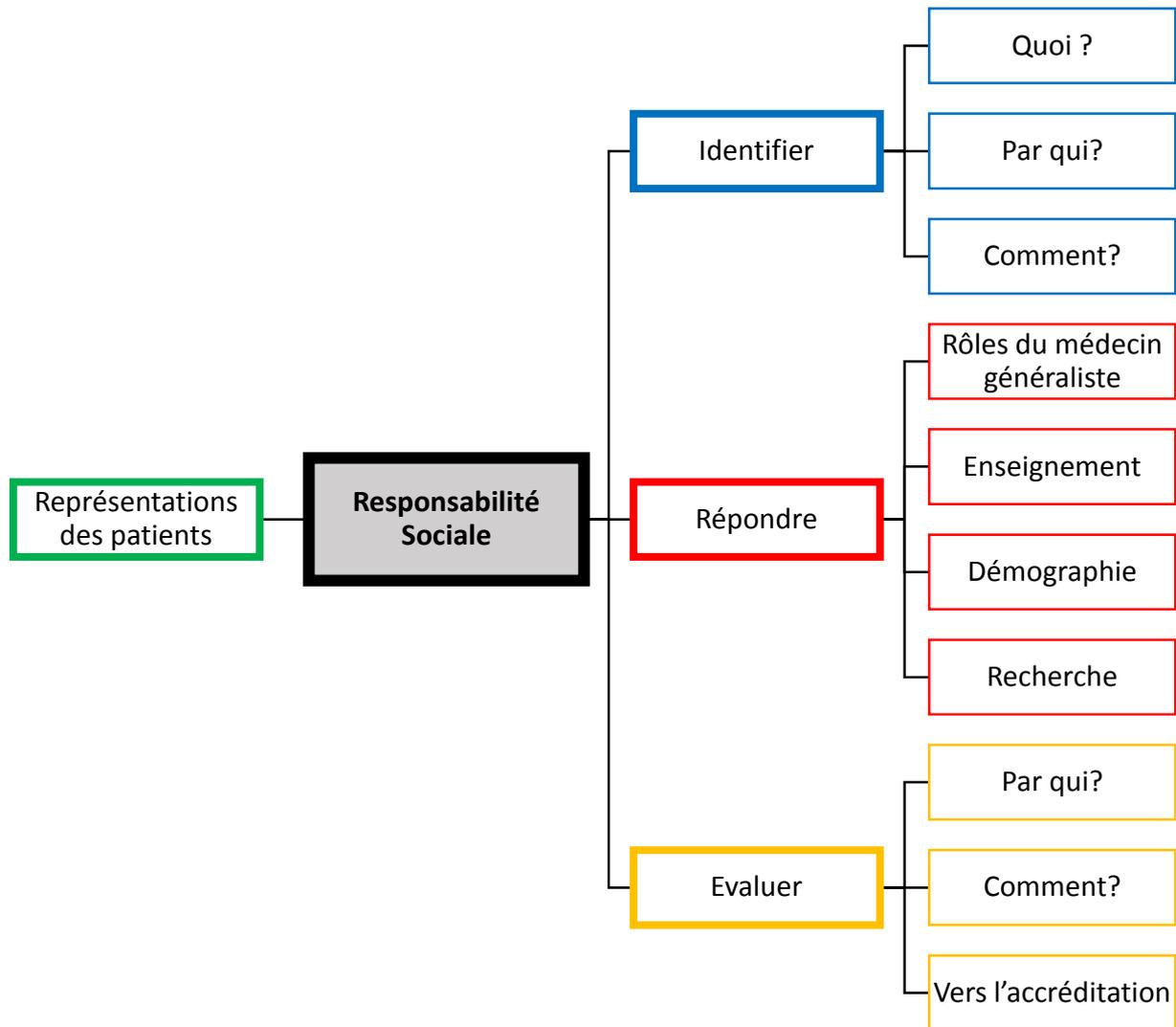
L'analyse des verbatim retranscrits et les résultats de la triangulation ont permis de dégager des grands thèmes dans les réponses des participants à propos de la responsabilité sociale des facultés de médecine.

Ces grands thèmes sont :

- Les représentations actuelles du système de soins et de la faculté de médecine par les patients
- L'identification des besoins en santé de la population
- La réponse aux besoins en santé de la population
- L'évaluation de la responsabilité sociale des facultés de médecine

De ces grandes idées, des sous-thèmes ont été dégagés pour répondre aux objectifs de ce travail.

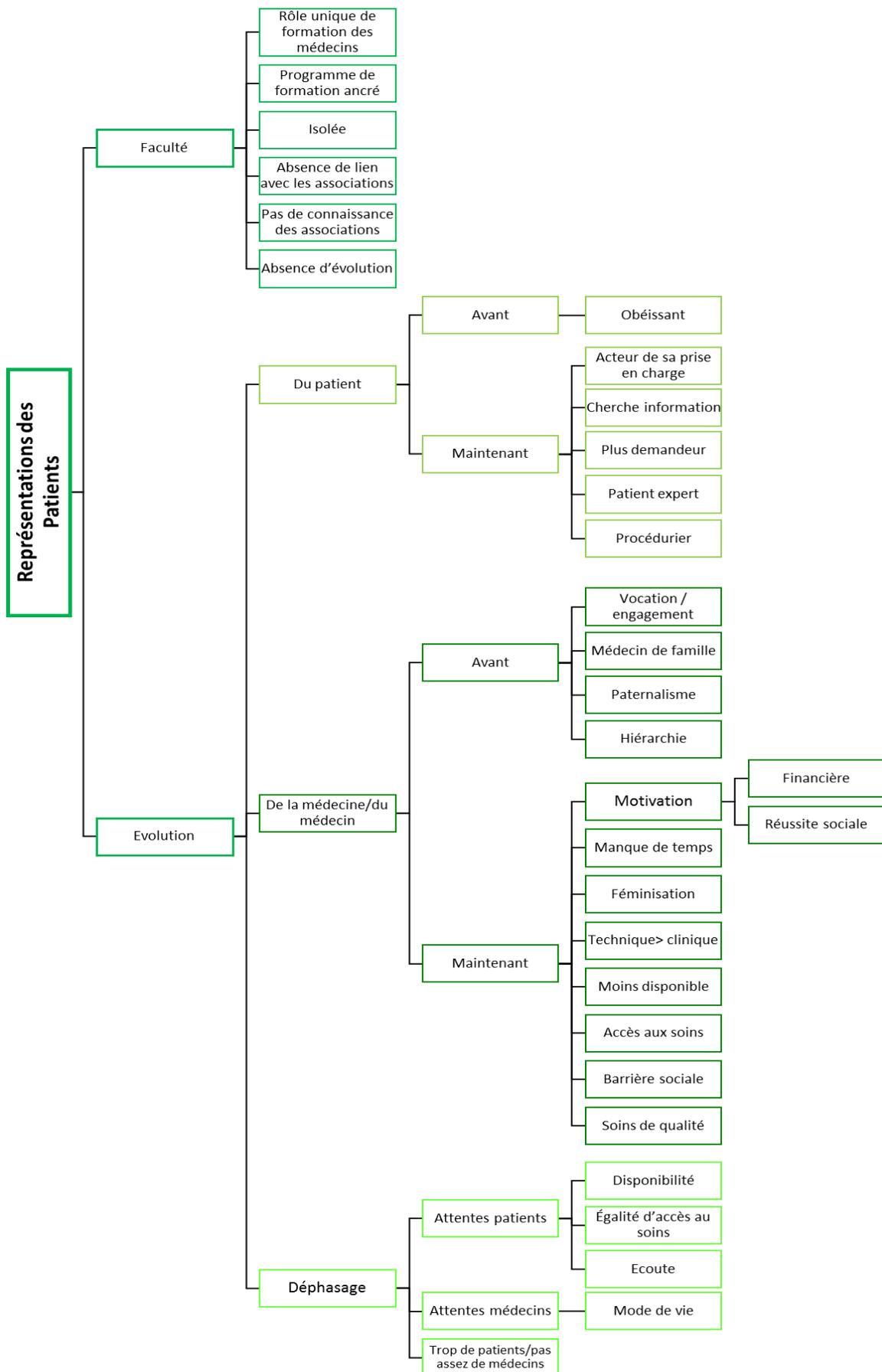
Ces résultats sont développés ci-après à l'aide d'arbres de résultats, ou cartes conceptuelles, et illustrés par les citations des verbatim.



**Figure 4 : Carte conceptuelle des résultats : l’avis des patients à propos de la responsabilité sociale des facultés de médecine.**

### **3.2.1- Représentations actuelles de la faculté de médecine et du système de soins par les patients**

L’analyse des entretiens de groupes a permis de dégager un premier grand thème sur le ressenti des patients à propos de la faculté de médecine et du système de soin actuel, en particulier de l’évolution des patients et de la médecine.



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

### 3.2.1-1. Représentation de la faculté de médecine

Pour toutes les personnes interrogées, la faculté de médecine a un rôle unique de formation des étudiants en médecine pour qu'ils puissent soigner les malades.

*1A- si on fait court, et bien c'est de former des médecins qui soient capables de répondre à ces besoins.*

*3B- ben de soigner tout le monde déjà.*

Cette formation est, selon les patients, déjà bien instaurée avec un programme fixe et chargé ne permettant pas l'ouverture à d'autres enseignements. Une évolution de l'organisation de la faculté et de ses missions est nécessaire.

*2B- parce que on pense que dans votre programme à la fac bon beh certainement qu'il y a peu de temps qui est réservé à cette formation là et puis que si c'est comme ça ben c'est que déjà ça doit être tout bien calculé et que il y a pas de place pour ça plus.*

*3 - parce que la faculté n'a pas évolué.*

Aux regrets des participants aux focus groups, aucun lien n'existe entre la faculté de médecine et les patients ou associations de patients. Il manque une connaissance de ces dernières au sein de la faculté de médecine.

*1I- mais ce qu'on a aussi, c'est qu'on a l'impression que la faculté de médecine c'est une omerta, c'est fermé. Vous ne vous ouvrez pas, à part exceptionnellement aujourd'hui. Mais la faculté de médecine n'est pas ouverte sur le grand public, ce n'est pas vrai.*

*1I- ouvrez, ouvrez les portes de la médecine déjà aux associations, aux personnes qui sont au contact...des personnes des associations qui ont suivi des formations et qui sont au contact des patients dans le milieu hospitalier tel que, vous avez des gens autour de la table ici. Ouvrez leurs vos portes et faites-vous connaître.*

*2A- non mais tout ce qui existe comme associations ne serait-ce qu'à Niort déjà. Est-ce que en fac de médecine ils les connaissent ? [...] nous on sait pas ce qui se passe à la faculté de médecine mais eux peuvent peut-être savoir ce que nous on fait.*

### 3.2.1-2. Représentation du système de soins actuel : évolution et déphasage

Les participants aux focus groups décrivent une évolution du patient vers une responsabilité plus grande : un patient qui était « obéissant » auparavant, est aujourd'hui acteur de sa prise en charge et plus demandeur d'une information qu'il ira chercher dans diverses ressources. Le patient devient ainsi expert de sa maladie.

*3G- parce que avant bon on se remettait un petit peu au médecin bon parce qu'il avait la connaissance et puis ben on n'avait pas trop d'autres repères, donc enfin voilà, on faisait confiance et puis point. On acceptait ce qu'il nous disait. Alors que maintenant je pense que le patient, on a des choses à dire.*

*3G- parce que le patient demande des informations, il a la possibilité aussi d'aller chercher l'information plus loin et puis je pense qu'il est de plus en plus acteur dans sa prise en charge, euh... qu'avant.*

*3D- il y a aussi une évolution des usagers du système de santé qui veulent connaître le pourquoi, le comment etc... en savoir beaucoup plus qu'il y a 40 ans ou 50 ans où le médecin il était presque de droit divin et il disait ça c'était la parole euh... et puis voilà.*

*3D- non mais c'est vrai que le patient aujourd'hui a beaucoup évolué. Rien que le monde des associations qui s'est structuré, où on est devenu pour certains... à notre AG\* il y avait le docteur M, de l'ARS, et il a dit « quand je parle avec certains d'entre vous j'ai presque affaire à des professionnels de santé ».*

*3D- mais nous certains beaucoup et de plus en plus veulent être acteurs de leur prise en charge, acteurs de leur santé. Et je crois que ça c'est un fait, c'est un fait nouveau, c'est l'évolution mais là c'est dans l'évolution du bon sens et il faut que la médecine et la faculté aillent dans ce sens aussi parce que c'est une aide aussi pour le médecin d'avoir un patient qui est acteur de sa santé.*

*\*AG : Assemblée Générale*

Les patients semblent donc plus exigeants. La judiciarisation de la profession est évoquée, les patients parlant d'une augmentation du recours à la justice.

*3H- après effectivement il y a un gros défaut aujourd'hui c'est que c'est le risque zéro, le risque zéro c'est absurde ça n'existe pas, or le patient lui-même veut le risque zéro donc là il y a vraiment un dilemme de... il y a quelque chose.*

*4B- qu'on ne se cache pas et puis qu'on arrête d'être des procéduriers. Maintenant pour le moindre truc qui part de travers, pouf on appelle au tribunal.*

Les patients ressentent une évolution de la médecine et des médecins généralistes. Alors qu'il y a quelques années le médecin choisissait son métier par vocation, aujourd'hui la motivation des étudiants serait principalement financière et sociale.

*1B- est-ce que les, les, les... étudiants en médecine aujourd'hui font médecine par vocation comme c'était sûrement le cas il y a quarante ans ou cinquante ans, ou il font médecine parce que ça fait bien, « je suis docteur », ça paye bien, hein ? [...] Sincèrement je crois que aujourd'hui les jeunes médecins euh, je m'excuse, je revenais à ce que je disais, ils font médecine, c'est bien, c'est bien payé, mais je le fais pas par engagement, parce que je veux être médecin, parce que je considère que c'est un beau métier, aller au-devant des autres etc. Ce n'est plus ça !*

*3D- et je crois que on parlait des anciens médecins. Les anciens médecins ils avaient la passion de leur métier. Et les heures qu'ils faisaient, alors c'est vrai, ils faisaient des heures c'était plus des heures c'était des... [...] ils étaient toujours... ils avaient cette passion, cette... de ce métier.*

*1B- on a l'impression qu'aujourd'hui, la médecine ça rime, c'est malheureux à dire, avec fric.*

*1I- que la santé devienne vraiment une affaire d'argent.*

*3D- je pense que il y en a certains qui font ça comme si c'était une réussite sociale, ça fait bien d'être médecin, et d'ailleurs j'écoutais un sondage à la radio aujourd'hui là ,la première profession qui est en avant c'est médecin.*

Les patients rapportent également un changement dans la pratique médicale : le médecin de famille paternaliste tendrait à disparaître ; une barrière sociale s'instaurerait ; l'accès aux soins devient plus difficile ; le médecin moins disponible par manque de temps ; et la féminisation de la profession aurait tendance à intensifier ceci par un changement du mode de pratique. En effet les femmes consacraient moins de temps à leur métier de médecin, en faveur de leur vie privée. Les patients se plaignent également d'une médecine plus technique qui prime sur la clinique.

*2B- oui mais moi maintenant, les vieux médecins qui ont soigné les grands parents, les parents, ils arrivent à la retraite. 2C-oui mais maintenant ça ne va plus exister.*

*2C- d'ailleurs ils se déplacent de moins en moins. 2B-ils se déplacent de moins en moins. Parce que il y a aussi... moi j'ai mon médecin qui est un ami, euh beh voilà hein, je peux dire tout ce qu'il fait, tout ce qu'il a envie de faire, tout ce qu'il peut pas faire.*

*2B- mais je pense qu'il y a un manque de temps aussi.*

*1A- peut-être qu'il faut redéfinir qu'est-ce que c'est qu'un médecin de famille. Voilà un médecin traitant ?*

*3D- c'était le médecin de famille et on se le transmettait de parents à enfants.*

*1B- euh, tu disais, médecin de famille c'est fini, c'est mort ça.*

*3A- parce que le médecin de famille il y avait pas de femme dans le passé.*

*3 - ils travaillent trois jours et demi par semaine maintenant.*

*3D- il y a eu une évolution vers... il y a beaucoup plus de femmes aujourd'hui qui sont médecins. [-voilà la profession s'est féminisée] On peut le comprendre, on peut très bien comprendre qu'un... femme médecin veut aussi s'occuper de ses enfants etc. on peut le comprendre. Mais il faut que derrière il y ait quelque chose.*

*1A- ils sont beaucoup dans la technique, c'est vrai que maintenant bon, on ne va pas revenir sur autrefois mais quand même parce que ça me paraît important [1B-mais il y a eu une évolution]. Ils sont quand même relativement... les médecins se basent beaucoup plus sur les examens que des fois sur l'aspect clinique et puis l'écoute du malade.*

*3H- oui je disais que je pense ça évolue à l'envers parce que en fait aujourd'hui on forme des techniciens. C'est pas des techniciens qu'on a besoin nous les malades et les patients. On a besoin de gens qui écoutent, qui comprennent et qui soient capables justement comme le disait M., de prendre du temps pour appréhender la chose.*

*4A- je pense que casser la barrière, pour la plupart des gens aller voir un médecin, enfin il y a une barrière institutionnelle enfin je sais pas comment dire, c'est comme franchir la porte de l'école pour aller voir la directrice. Il y a cette espèce de barrière...*

A contrario, certains participants avouent bénéficier d'une médecine de qualité.

*1J- l'évolution de la médecine dans les toutes dernières années ne permet pas au public, de, de, de comprendre complètement les... les forces de... des avancées qui ont été menées. Euh, donc, euh je crois qu'on est sur une médecine d'extrême qualité, y compris au niveau mondial, c'est reconnu d'ailleurs.*

*3B- quand on arrive en milieu hospitalier je pense que quand même maintenant... une meilleure prise en charge.*

Un certain déphasage se ressent donc entre les attentes des patients et celles des médecins. Les patients demandent une grande disponibilité des médecins dans l'accès aux soins et dans le temps dédié à la consultation, incompatible selon les participants avec le nouveau mode de vie désiré par les médecins.

*1B- les jeunes médecins qui sortent sont complètement déphasés par rapport à la réalité.*

*1G- il y a l'accès aux soins qui est compliqué et la continuité dans l'accompagnement.*

*1B- on comprend très bien, je pense, tous usagers que nous sommes, qu'un médecin n'a pas envie de passer quatorze heures...*

*3D- il faut pas non plus qu'on arrive le mercredi matin parce que c'est mercredi matin et qu'elle soit... euh il y a plus de médecin le mercredi matin. Dans certains cas c'est le cas. Euh moi j'ai un ami qui m'en a parlé, alors c'est en Auvergne mais ça doit se passer ailleurs, c'est pas la peine d'aller voir son médecin le mercredi, elle est fermée.*

Il en ressort un problème démographique : une inadéquation entre un nombre de patients grandissant et un nombre de médecins insuffisant.

*1B- euh avant euh il y avait quand même des médecins dans les campagnes, aujourd'hui euh... ils faisaient des grosses journées mais c'était... ça a changé. Aujourd'hui ils font des grosses journées mais parce que aussi ils prennent beaucoup plus de patients qu'avant.*

*2B- ben parce qu'il y a trop de patients.*

*2C- et pas assez de médecins.*

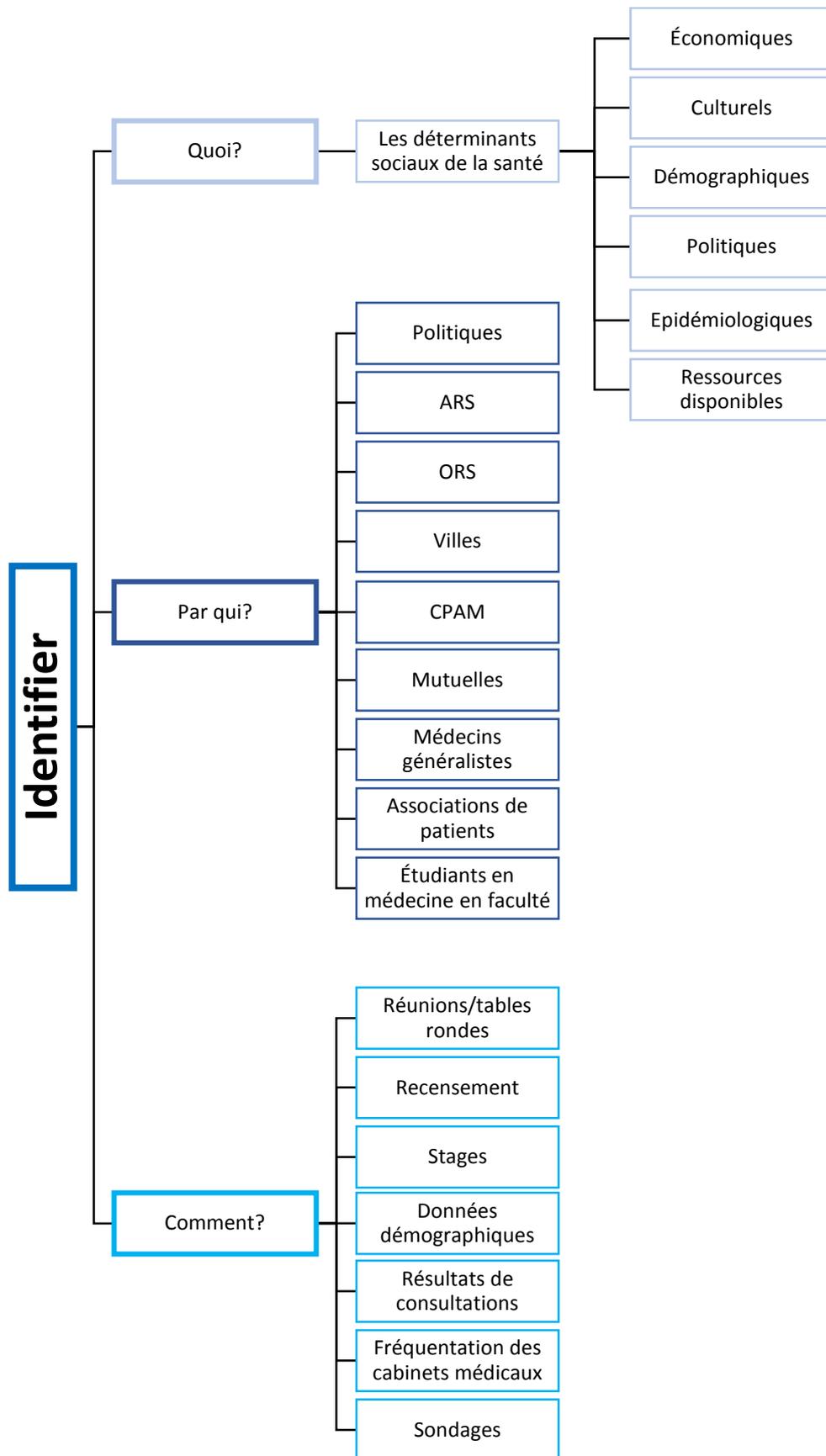
#### En résumé :

Représentations de la faculté de médecine et du système de soins actuel :

- Faculté isolée, ayant uniquement un rôle de formation, avec un programme chargé qui n'évolue pas.
- Patients plus exigeants, acteurs de leurs prises en charge et experts de leurs maladies.
- Médecins moins disponibles en termes de temps et d'accès aux soins.
- Médecine de qualité mais trop technique.
- Déphasage entre attentes des patients et attentes des médecins.
- Nécessité d'une évolution.

### **3.2.2- L'identification des besoins en santé de la population**

L'identification des besoins en santé de la communauté au sein de la région dans laquelle la faculté de médecine forme ses étudiants, est le premier point d'une démarche de responsabilité sociale.



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

### 3.2.2-1. Identifier quoi ?

Dans les propos des patients interrogés, on retrouve les déterminants sociaux de la santé qui doivent être identifiés pour la mise en place d'un système de soins égalitaire.

Ces déterminants sont :

- Economiques : les patients rapportent l'importance des conditions socio-économiques dans l'égalité d'accès aux soins.

*4A- on a le sentiment aussi la médecine n'est pas égale pour tous, pour tout le monde pareil. Il y a vraiment des inégalités dans chaque corps de médecine, quoi c'est vraiment, tout le monde n'est pas logé à la même enseigne quoi je veux dire. Quand on a la CMU c'est ce que vous disiez, on n'a vraiment pas...*

*4A- les spécialités je veux dire oui pardon. Le patient, les patients sont pas du tout considérés de la même façon selon leur statut social.*

- Culturels : la diversité des origines et habitudes culturelles des patients a une influence sur les soins dispensés.

*4B- et la population qui est à suivre dans le sud France ou dans l'ouest ou dans l'est ou dans le centre, et jusqu'en outre-mer. C'est un travail qui est totalement différent, un médecin qui est dans l'outre-mer a un travail complètement différent que celui qui va se trouver dans la région parisienne ou je sais pas allez Rochefort ou une ville ou Marseille ou je sais pas.*

*4H- non tout est dans l'éthique je dirais. Un africain, par rapport à un occidental, voilà, c'est différent. /4B-quelle est la différence ? / 4H-ben je dis ben par exemple... ça dépend, ça dépend il y a certains qui sont plus organisés que d'autres, certains ont plus l'habitude d'aller vers tel spécialiste que d'autres.*

- Démographiques : les patients soulignent l'importance d'identifier les facteurs démographiques pour l'organisation des soins. Ainsi la densité et l'âge de la

population dans la région devraient déterminer le nombre de médecins installés, les modes de pratique et le numéris clausus en faculté.

*4A- savoir si la population est jeune ou moins jeune.*

*4B- mais non il y a le numéris clausus. Il faut faire ôter le verrou de ça et former plus de médecins. On le sait très bien qu'aujourd'hui bon on l'enlève un tout petit peu, combien de médecins sont formés dans les facs en France et quel est le besoin de la population en France ? [...] Alors moi je pose la question, est-ce que l'état, les gouvernements, ne serrent pas la vis un peu trop fort et d'ouvrir un petit peu plus le numéris clausus ? De sorte qu'il y ait plus d'étudiants, d'étudiantes en fac de médecine pour pouvoir avoir des médecins demain et après-demain sur le marché et de ne pas attendre quatre, cinq, six mois pour aller voir un cardiologue, ou un ophtalmo.*

- Politiques : l'organisation des soins, et les aides à l'installation font partie des déterminants politiques de la santé.

*4B- quant à la désertification rurale c'est un autre domaine je crois. C'est un domaine politique. Politique et presque politicienne.*

*3B- bien sûr mais la désertification c'est un problème politique quand même.*

*1B- il signe une convention pour aller s'installer en milieu rural, on lui assure dans le cadre d'un contrat un minimum de, de...de complètement de salaire par rapport à ses... à ses revenus.*

*1B- l'ordre des médecins nous dit qu'il y a eu 7 jeunes médecins qui ont signé la convention pour venir s'installer en milieu rural, euh, les aides pour 7. 7 pour la région !*

*3G- mais est-ce que la faculté doit pas justement aussi se positionner par rapport à la formation de ces médecins, justement par rapport à la répartition.*

- Epidémiologiques : les données épidémiologiques sont à connaître pour déterminer les besoins en santé au sein d'une région.

*4A- les données qu'ils peuvent recueillir sur les patients, enfin par rapport à leurs consultations, les médicaments, les ordonnances...*

- Les ressources disponibles : elles sont également à prendre en compte et font partie des déterminants de l'organisation des soins, au sein d'une région ou d'un pays.

*4H- par exemple en Afrique, il y a des traitements qui... les médecins ne peuvent pas soigner certaines maladies par rapport à ici en Europe, et ça ça peut être aux besoins, [...] peut-être que c'est par rapport à la formation proposée ou c'est par rapport aussi au matériel qu'ils ont ou la possibilité... ben là-bas ils n'ont pas assez de moyens, ils sont restreints, là ils ont plus de moyens et donc ils ont l'ouverture et ils sont beaucoup plus avancés par rapport à certains soins, que d'autres.*

### **3.2.2-2. Identifier par qui et par quels moyens ?**

Selon les patients les acteurs mis en jeu dans l'identification de ces besoins sont :

- Les décideurs politiques, organismes régionaux comme l'Agence Régionale de Santé (ARS) et l'Observatoire Régional de Santé (ORS) en identifiant les données démographiques : population, installations des médecins, besoins en équipements sociaux et médicaux.

*4C- l'ARS qui a peut-être plus de données sur, voilà, dans quel quartier on a une population plus ou moins âgée donc a besoin de crèches, ou plutôt besoin de services pour les personnes âgées.*

*4B- il y en a d'autres. Il y a l'Observatoire Régional de Santé, l'ORS. Qui permet de pouvoir faire des ciblage par rapport à une demande, une donnée.*

- Les caisses d'assurance maladie et les assurances complémentaires de santé par l'analyse des résultats de consultations : données épidémiologiques, traitements prescrits.

*4A- la CPAM peut-être avec les données qu'ils peuvent recueillir sur les patients, enfin par rapport à leurs consultations, les médicaments, les ordonnances, enfin je sais pas, je suppose, ça peut être aussi une donnée intéressante. Les mutuelles de santé aussi.*

- Les villes et communes, par le recensement de la population donnant une information démographique (densité, âge de population).

*4C- les villes peut-être avec le recensement.*

- Les médecins généralistes qui peuvent faire remonter des informations recueillies auprès de leurs patients et la fréquentation de leurs cabinets médicaux. Les étudiants en médecine, étant en contact direct avec les patients pendant leurs stages, peuvent aussi jouer un rôle dans l'identification des besoins de la communauté et faire le lien entre les patients et la faculté de médecine.

*4A- simplement dans le cabinet, par la fréquentation des patients aussi. Un cabinet comme celui-ci où il y a beaucoup de médecins je pense que il y une bonne référence aussi.*

*4A- ils sont en contact avec les patients / 4F- les médecins savent quels sont les besoins.*

*4C- donc si vous avez par exemple des informations en masse qui vous proviennent de la part de tous les médecins traitants d'un territoire et qu'il vous faut des petites mains pour les traiter, pour faire des grands tableaux Excel® et sortir des statistiques de ça, à ce moment-là la fac de médecine peut être un vivier de bonne volonté et de voir même de stages...*

*4A- je pense que les étudiants en faculté justement par leurs stages ou leurs motivations ils peuvent avoir aussi la possibilité de savoir quelle population ils peuvent... je sais pas comment m'exprimer...Ils ont une petite idée aussi de quelle population ils vont rencontrer. Ça peut être aussi un moyen d'évaluer...*

- Les patients et associations de patients, qui peuvent identifier leurs propres besoins et les partager lors de réunions organisées ou via des sondages.

*4C- j'avais une question justement sur ce constat que vous faites, qu'il y a plus de diabétiques dans le nord Vienne, comment vous le savez ? C'est parce que vous avez plus d'adhérents ? / 4B-ben parce que on a d'abord des adhérents ça c'est certain. Mais depuis près de 10 ans on fait du contrôle capillaire.*

*4E- faire plus de réunions déjà. / 4B-échanger, quel que soit le secteur, faire plus de réunions, remonter les informations aux médecins qui ont en charge, les professeurs pardon, qui ont en charge les étudiants.*

*4A- je pensais à ça, enfin un sondage c'est un bon moyen aussi d'évaluer je pense.*

En résumé :

Identification des besoins en santé de la population :

- Identifier les déterminants sociaux de la santé :
  - économiques,
  - culturels,
  - démographiques,
  - politiques,
  - épidémiologiques,
  - et les ressources disponibles.
  
- Par de multiples partenaires à l'échelle nationale (politiques, caisses d'assurance maladie), à l'échelle régionale (ARS, ORS, communes) et à l'échelle individuelle (médecins, étudiants en médecine, patients).
  
- Grâce aux données démographiques, recensements, résultats de consultations, sondages, réunions ; et à travers la connaissance qu'ont les médecins de leurs patients.



### **3.2.3- La réponse aux besoins en santé de la population**

L'analyse des entretiens de groupes a permis de mettre en évidence quatre grands sous-thèmes évaluant la réponse de la faculté et du système de soins face aux besoins en santé de la population.

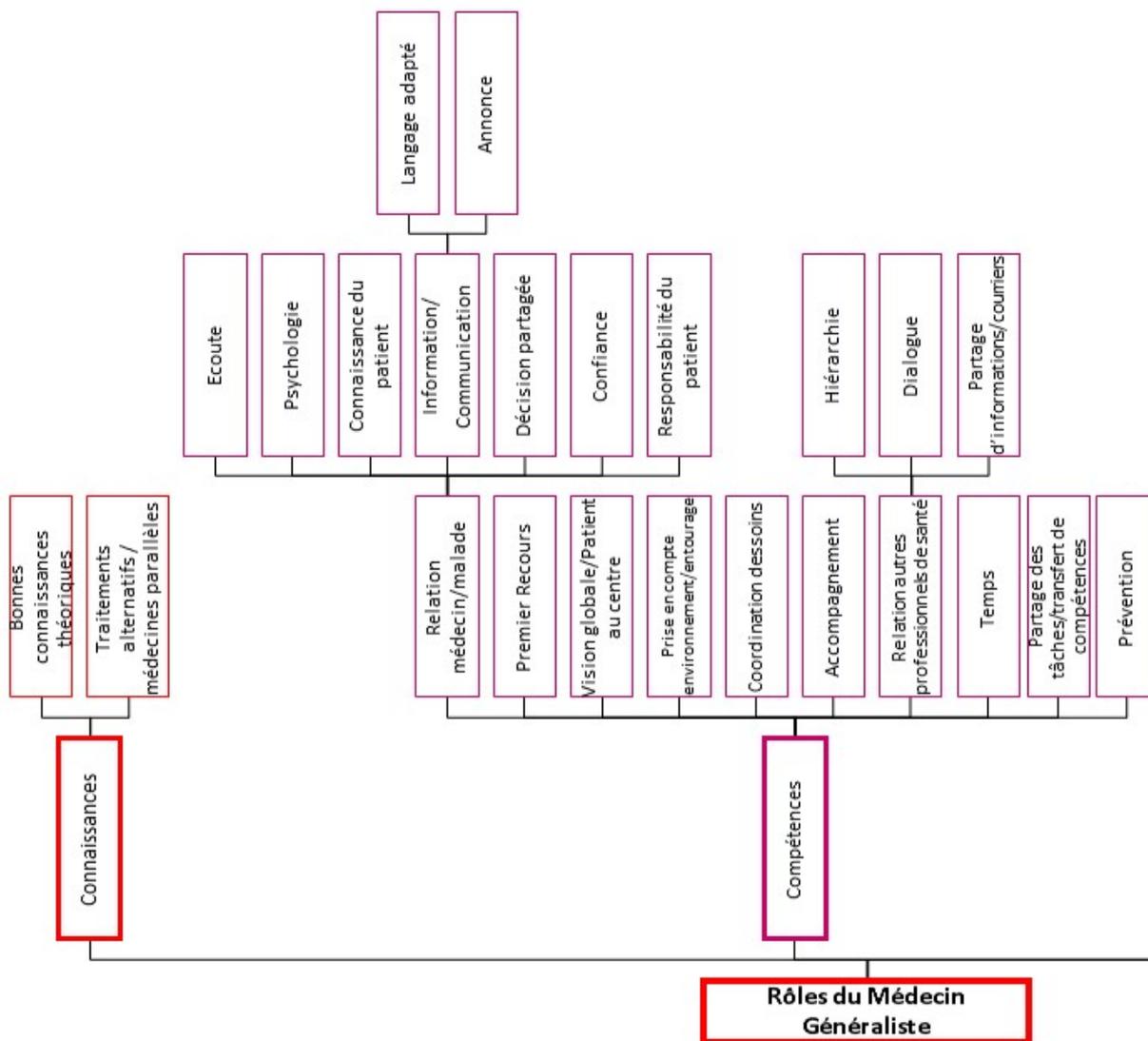
Ces sous-thèmes seront développés en plusieurs parties :

- Les rôles du médecin généraliste
- L'enseignement
- La démographie médicale
- La recherche

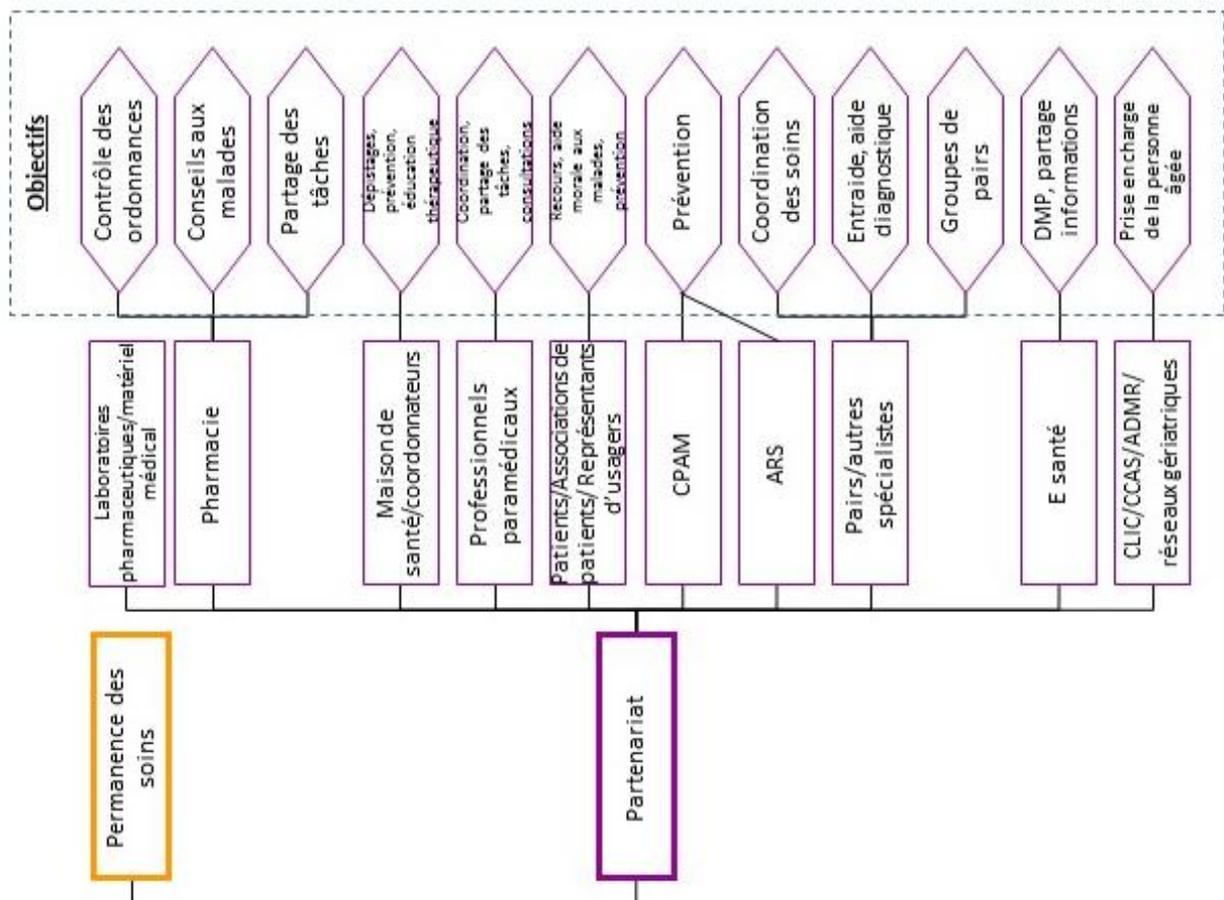
#### **3.2.3-1. Les rôles du médecin généraliste**

Selon le consensus mondial, une faculté de médecine devient socialement responsable en adaptant la formation de ses étudiants aux rôles nouveaux des médecins généralistes (Axe 3).

Lors des focus groups, les patients ont décrit leurs connaissances et leurs attentes à propos du rôle du médecin généraliste, ainsi que les partenariats impliqués auprès du médecin dans sa pratique. Les principes de ces partenariats et les améliorations à apporter ont été évoqués.



**Figure 7** : Carte conceptuelle de la branche « Rôles du médecin généraliste » de la réponse aux besoins en santé de la population.



A propos des **connaissances** du médecin généraliste, les patients s'accordent à dire que les médecins ont une bonne connaissance théorique. Ils aimeraient cependant une meilleure connaissance de certaines pratiques médicales comme les médecines parallèles et autres traitements alternatifs : homéopathie, médecine chinoise et orientale, sophrologie. Ils précisent que cela ne peut rester qu'une notion et une ouverture d'esprit sans pour autant devenir une pratique obligatoire.

*4H- la connaissance elle y est, maintenant c'est-à-dire que il y a le soin, il y a tout.*

*3G- moi je dis que c'est bien d'avoir un médecin justement très compétent d'un point de vue de la pathologie, d'un point de vue technique. De savoir que je peux avoir quelqu'un qui est bien au fait du...*

*3G- on peut essayer d'autres traitements alternatifs et il y a pas que la médecine traditionnelle qui peut marcher, il y a d'autres techniques qui peuvent, je ne veux pas parler de médecines parallèles mais je dirais c'est des techniques, et ça aussi il faut que les médecins puissent l'entendre et comprennent et puissent essayer de voir justement, de faire l'analyse, qu'est-ce qui a apporté du mieux ou du moins bien.*

*4H - mais on peut quand même soigner cette maladie par d'autres moyens beaucoup plus doux qui vont peut-être prendre du temps mais qui auront tel effet ou tel effet, c'est-à-dire évaluer les effets secondaires par rapport ...*

*4A- je pense qu'il faudrait trouver un système de... pour soigner les gens, différent que forcément avaler un médicament, que ce soit plus des alicaments, qu'on soigne plus avec la nourriture, la nutrition, faire plus simple...*

Plusieurs **compétences** du médecin généraliste sont développées par les participants :

- **La relation médecin-malade.** Pour les patients cette relation est primordiale. Elle comprend :
  - l'écoute

*1J- par contre il y a un point qui moi m'intéresse en tant qu'usager, en tant que patient c'est l'écoute. Est-ce que l'on aura toujours du temps pour écouter.*

*3G- écouter surtout ce que dit le patient.*

- la psychologie

*3H- je sais que c'est contraire à la vie d'aujourd'hui mais c'est un peu ça qui, je pense manque c'est-à-dire que on parlait de psychologie.*

- la connaissance globale du patient

*1A- déjà hyper important que le médecin connaisse bien son patient, parce que autant certaines personnes vont vous dire « ben écoutez, moi je veux le savoir, vous me dites tout » euh, on en parle parce que ils sont d'un caractère, euh « si il y a un problème, je vais le régler, voilà » et qui font ça, qui l'accepte bien, qui l'intègre bien. Puis il y a d'autres personnes qui vont faire semblant « oh ben moi je veux le savoir » [-et qui n'ont pas envie de savoir / - et là c'est catastrophique] et que, si on ne connaît pas son patient, si on n'a pas une petite idée de sa fragilité.*

- l'information et la communication. Elles doivent se faire de manière appropriée avec un langage adapté au patient. Les participants s'attachent notamment à la consultation d'annonce d'une maladie grave qu'ils trouvent inadaptée, faite par des médecins non formés et bien souvent désemparés.

*3D- alors voilà et puis on va dans le bon sens parce que on s'aperçoit que ce qu'on a besoin c'est des fois de dialogue.*

*4H- ben c'est-à-dire expliquer le produit qu'on propose, c'est comme partout, on prend pas, on met pas et puis tu t'en vas et plusieurs années plus tard, tu te rends compte que la chose qu'on t'a implantée c'était nocif pour ta santé et que tu savais pas. Le médecin tu lui fais confiance certes mais bon... moi je dis ce qu'il faut faire c'est plutôt expliquer, être plus en contact avec le patient, lui euh voilà...*

*1I- avec leur langage à eux. Que le langage descende au niveau du patient s'il vous plait.*

*1J- et arriver à relativiser cette annonce parce que l'annonce exapropto, comme elle est faite très souvent, euh, c'est ... on est en face le bazooka et quelqu'un vient de tirer, quoi, c'est à peu près ça.*

*2D- les annonces sont un peu cavalières et sans aucune précaution j'oserais dire. Alors vous voulez que je m'exprime plus loin ? À savoir que quand on dit à un patient après un examen on va lui dire : « oh beh écoutez monsieur voilà, ben vos examens sont pas bons, moi j'ai vu que vous aviez dix taches au cerveau, c'est des tumeurs ! » entre deux portes...*

- la décision partagée

1A- en général c'est vrai que c'est important d'écouter quelqu'un, surtout quelqu'un qui a une maladie surtout une maladie chronique. Ils se connaissent très bien et ils connaissent bien leur traitement et ils savent l'adapter etc. et souvent, euh, le médecin ne laisse pas suffisamment de place et de, comment dire, euh, le fait d'en parler ensemble et de prendre une décision ensemble.

3G- je crois que c'est ça surtout qui faut axer, c'est peut-être dire que le médecin n'est plus tout seul dans sa décision et dans sa proposition de soin, il doit faire avec le patient.

3G- et ce que j'apprécie c'est quand j'ai un médecin, et c'est ce qui se passe avec mon neurologue actuel, c'est que je peux discuter du bénéfice, du risque, des avantages, des inconvénients d'un traitement. Et si je lui dis ben non je suis pas d'accord, moi je veux pas le faire, il est capable de l'entendre.

- la confiance réciproque

2A- ben déjà euh... la confiance entre les deux. Entre le patient et son médecin. Une confiance réciproque.

3D- non mais un patient qui va voir son médecin, la relation est bonne, le dialogue est bon, c'est la confiance qui s'installe.

4C- si il y a pas de relationnel, il y a pas de diagnostic possible parce que on communique pas les informations.

- la responsabilité du patient

4B- la société civile comme vous dites il faut qu'elle aussi, elle arrête de dire c'est le médecin il doit se débrouiller de savoir ce que j'ai. / 4H- il faut que chacun prenne ses responsabilités.

La plupart des patients trouvent que les qualités de cette relation sont insuffisantes, et se dégradent depuis quelques années. Cependant certains patients ressentent une amélioration avec la jeune génération de médecins notamment en ce qui concerne l'écoute du patient.

*4G- oh ben les plus jeunes, moi j'ai eu affaire à une jeune ici et je trouve que c'est bien. / 4A-ils sont en contact. Ils ont beaucoup plus de communication.*

- **Le premier recours.** Les patients considèrent le médecin généraliste comme un interlocuteur de première ligne.

*3H- je vois pas d'ailleurs pourquoi un spécialiste entre nous soit dit au-dessus d'un généraliste parce qu'il en connaît beaucoup moins. C'est pas lui qui est en contact direct. C'est pas lui qui va pouvoir... il est en deuxième ligne.*

*1B- les médecins de premiers recours, celui de la ville, donc de ville, qu'il soit à la campagne ou dans la ville...*

- **Le patient au centre - vision globale.** Les médecins doivent prendre en charge le patient dans son intégralité, en tenant compte des aspects bio-psycho-sociaux. **La coordination des soins** doit s'articuler autour de lui, avec les différents partenaires médicaux, paramédicaux et sociaux, en tenant compte de son **environnement**. L'**entourage** du patient doit également faire partie intégrante de sa prise en charge. Les patients insistent sur la nécessité d'**accompagner** le malade. Ils évoquent notamment la prise en charge de la fin de vie.

1A- à partir du moment où vous prenez le patient, où vous le centrez, vous dites que c'est autour de lui que ça doit tourner et par rapport à lui, euh, vous savez automatiquement, votre équipe va automatiquement tomber d'accord sur la façon dont on va le prendre en charge.

3G- même il y a plus de 10 ans puisque moi j'ai commencé à travailler en 73 en tant qu'infirmière et là on a commencé à en parler justement, et toute ma carrière ça a été de mettre le patient au centre des soins.

1G- ce qui est important c'est le patient. C'est-à-dire qu'il faut qu'ils se coordonnent pour le bien du patient. C'est un véritable travail d'équipe. C'est vraiment passionnant quand même hein ?

3H- j'irais au-delà. Je pense que le rôle de médecin ce n'est pas simplement soigner le malade mais c'est de soigner le malade dans le cadre de son environnement qui peut être familial, qui... tout son environnement c'est-à-dire qu'on peut pas isoler je pense le malade de la maladie, on ne peut pas isoler la famille du malade, il faut prendre l'ensemble.

3G- oui dans les années soixante-dix, quatre-vingt jusqu'à quatre-vingt-dix, où là on était plus au patient central et tout le monde qui gravite autour et qui interfère, et tout le monde qui dialogue. Je me souviens avoir participé à des congrès où on avait des schémas où on avait le patient au centre et puis autour on avait les spécialistes, les généralistes, l'infirmière, l'assistante sociale etc. et puis des interactions entre tout le monde.

3E- un patient c'est une globalité. C'est pas seulement l'organe du coin qui est malade.

2C- c'est très très important d'être à l'écoute des aidants parce que le malade... bon ben bien sûr il va dire en vrac des choses mais euh... voilà. Etre à l'écoute de l'aidant, comprendre enfin le cheminement, pourquoi on en est arrivé là, à venir consulter.

1A- la fin de vie [-l'accompagnement] : savoir à quel moment le médecin, on va pas reparler de la loi Léonetti et de tout ce qui se dit, mais euh à quel moment le médecin doit basculer, non pas dans le soin en permanence et dans le traitement en permanence et dans justement, un peu dans l'accompagnement.

- **La relation avec les autres professionnels de santé.** La communication avec les autres médecins spécialistes et les professionnels paramédicaux est évoquée. Une relation hiérarchique, un manque de dialogue et une carence dans le partage d'informations sont déplorés.

*3H- selon dont on souffre c'est une espèce de relation hiérarchique. Alors il y a le spécialiste en haut, puis en dessous il y a le généraliste, puis en dessous l'infirmière puis en dessous il y a le patient. Rires. Je schématise mais je pense que le problème c'est cette forme de relation, de hiérarchie qui existe.*

*4C-...voilà je sais en tout cas, ma mère a passé 15 ans en milieu hospitalier en tant qu'aide-soignante. C'est le milieu le plus hiérarchisé que je connaisse. Et c'est hallucinant de voir que l'on se tire dans les pattes alors que on a le même but, les mêmes méthodes, les mêmes moyens, le même environnement de travail.*

*1D- par contre moi je reproche aussi beaucoup beaucoup beaucoup aux spécialistes hein mais c'est quand même aux spécialistes, quand ils ont une spécialité... que quand on veut s'adresser à son généraliste euh, ce spécialiste n'apprécie pas du tout. [...] Vous trouvez très difficilement un spécialiste qui donne ses comptes rendus à un généraliste, ou qui lui envoie, ou qui lui dit ce qui se passe. Il n'y en a pratiquement pas.*

*4B- oui moi je maintiens ce que je disais, vous n'avez pas assez de cohérence entre vous, d'échanges entre vous, pour être en présence d'un patient et parler d'une seule voix.*

- **Le temps.** Les patients souhaitent une amélioration du temps qui leur est consacré. Ils déplorent des consultations trop brèves et un manque de temps dans l'écoute et le dialogue. Ils reconnaissent cependant une charge de travail trop importante des médecins généralistes, ne permettant pas cet idéal.

*2C- oui ben que le médecin justement, il écoute plus le malade [-le temps]. Le malade et ses... qu'il accompagne plus, qu'il prenne le temps. Moi je reviens essentiellement là...[...] moi si il me pose la question, je lui dis : voilà moi ce que j'aimerais bien, c'est que je suis la malade, je suis dans un lit et bien j'aimerais bien qu'on prenne du temps.*

*2B- qu'ils auraient envie de le faire mais qu'il y a un manque de temps et que effectivement ils sont là, ils disent ce qu'il y a à dire et ils sont un peu à l'écoute mais je pense qu'ils auraient un peu plus de temps et peut-être que ce temps-là ou peut-être que dans ce domaine-là, il y a aurait peut-être à améliorer. Parce que je pense que quand ils sont avec leurs patients ils ont quand même un côté humain. [-certainement]. Et ils écoutent. Euh... ils accompagnent. / 2C- mais ils ont pas la possibilité de creuser un peu plus.*

*3D- puisqu'il faut en fait du temps pour parler et il faut pas prendre... quand je vois mon médecin généraliste qui m'a montré la dernière fois son carnet de rendez-vous euh... pfff, [rires], c'est pas possible, je vois pas comment elle va prendre cinq minutes de plus ou dix minutes de plus avec un patient qui a besoin de dix minutes.*

*4A- le constat qu'on en fait c'est vrai c'est que les médecins, ils le disent eux-mêmes c'est qu'ils ont très peu de temps avec les patients, souvent c'est en dix minutes il faut qu'il ait vu un patient.*

- **Le partage des tâches et le transfert de compétences.** Pour résoudre le problème de manque de temps, les patients proposent un transfert de compétences. Les professionnels paramédicaux, comme les infirmiers ou les aides-soignants, pourraient réaliser certaines tâches du médecin généraliste.

*1B- le partage du travail. Est-ce qu'on a besoin vraiment d'aller voir, alors qu'il y a un manque de médecins, aller voir un médecin pour renouveler les ordonnances comme c'est quelque chose de très classique. Est-ce qu'on a besoin d'aller voir un médecin pour ça ? Pas besoin d'aller voir un médecin...le partage des tâches.*

*1A- peut-être redéfinir le rôle du médecin. Et je pense que une personne âgée qui a beaucoup de mal à s'habiller, qui va mettre 10 min pour enfiler son corset etc. etc. peut-être que si quelqu'un la prend en charge, ces 10 min là, puisque les médecins en général c'est un quart d'heure, et bien au lieu d'avoir passé 25 minutes avec une personne âgée, ou une personne handicapée, je dis âgée parce que... [- oui alors une personne handicapée c'est encore plus longtemps], voilà, c'est, c'est long et ça peut être fait et parfaitement accepté par le patient.*

*4H- donner un peu plus d'autonomie à l'infirmier, lui donner un peu plus de responsabilités et que le médecin fasse la chose la plus importante. Que l'infirmier fasse des tâches c'est vrai que le médecin ne fait pas, mais il faudrait qu'il y ait un peu plus d'autonomie et de responsabilités.*

- **La prévention.** Pour les patients, la prévention est une compétence majeure du médecin généraliste. Ils doivent ainsi orienter leurs patients vers les dépistages et autres moyens de prévention adéquats.

*1A- c'est un rôle hyper important en terme de santé publique quand même. Toute la prévention, euh, sur le tabagisme, sur l'alcoolisme, sur l'obésité.*

*1B- les médecins de premiers recours, celui de la ville, donc de ville, qu'il soit à la campagne ou dans la ville, ça devrait être un acteur essentiel de la prévention. Sur le diabète, sur des tas de pathologies [-sur l'insuffisance rénale].*

*4A- moi je trouve que...pardon, excusez-moi... dans la médecine en général, moi ce que je souhaiterais c'est qu'il y ait une médecine plus préventive en fait.*

Les patients abordent aussi le problème de la **permanence des soins** qu'ils considèrent comme un devoir des médecins généralistes.

*3A- avec les gardes / 3D-avec des gardes ! Des tours de garde etc. euh aujourd'hui par exemple sur Angoulême, à 19h le vendredi soir c'est fini, c'est le 15. - 3E-oh beh à Châtellerauld pareil. - 3D-c'est pas possible. C'est pas possible. Alors après, oh ben les urgences... ben oui les urgences.*

Les patients interrogés considèrent que les médecins doivent s'entourer de **partenaires** dans leur pratique au quotidien. Ces partenaires sont :

- Les **laboratoires pharmaceutiques** et **entreprises de matériel médical**.

*4C-quand vous dites partenaires moi tout de suite j'entends cabinets pharmaceutiques et distributeurs de matériel médical.*

- Les **pharmaciens**. Ils ont un rôle dans le contrôle des prescriptions, les conseils aux patients et le partage des tâches (prise de tension artérielle, vaccination).

*4E- heureusement qu'il a regardé l'ordonnance. Il aurait pas regardé l'ordonnance, mon pharmacien, ben je serais peut-être pas là à vous parler. Donc là-dessus c'est bien aussi que les pharmaciens aussi de temps en temps ben ils prennent le temps aussi de regarder une ordonnance.*

*3D- beh les pharmaciens pourraient vacciner.*

*4B- vous savez comment on appelle ces gens-là, y compris les pharmaciens ? Moi je les appelle des acteurs de santé de proximité. Encore une fois le médecin fait son diagnostic, quand on a un petit souci, soit on en parle à l'infirmier, soit on va voir le pharmacien, on lui dit mais attendez j'ai mal à la gorge, je prends ce médicament, j'ai mal à l'estomac ou peu importe, qu'est-ce que fait le pharmacien ? Il fait le tour de son comptoir, il regarde il dit bon d'accord, ben quand vous verrez le médecin, vous lui direz qu'il change parce que vous avez ça. Et on ne va pas chercher le médecin, on ne va pas appeler le médecin pour cette chose-là, on se confie à l'infirmier ou au pharmacien. Je les appelle moi les acteurs de santé de proximité.*

- Les **maisons de santé pluridisciplinaires** et leurs **coordonnateurs** éventuels. Elles ont un rôle important pour la prévention, pour l'organisation de dépistages et de consultations spécialisées ainsi que pour l'éducation thérapeutique.

*1J- ...vraies maisons de santé oui bon ben qui... qui coordonnent. Cette personne là me paraît tout à fait opportun. Ils organisent dans des endroits qui sont euh souvent un peu... enfin vous connaissez certainement ça mieux que moi. Dans des, des déserts en l'occurrence, ils organisent des dépistages ? Par des cardiologues, néphro, etc.*

*1J- elles ont un projet sur le papier et notamment sur la prévention si je ne me trompe pas.*

*1B- elles devraient faire de la prévention et même de l'éducation thérapeutique.*

- Les **professionnels paramédicaux** (infirmiers, ostéopathes, nutritionnistes). Ils interviennent dans la coordination des soins, le travail en équipe et le partage des tâches. Certains patients proposent la mise en place de consultations infirmières pour l'éducation thérapeutique.

*1J- est-ce qu'il ne serait pas possible euh, intellectuellement, d'envisager que un tiers, euh, qui ait quand même une formation d'aide-soignant ou de, d'infirmière, puisse... ou d'infirmier pardon parce que il y a aussi beaucoup d'infirmiers, euh... puisse intervenir, euh, prendre la tension je pense qu'un infirmier est tout à fait apte à le faire, certains le font [- même la pharmacie]. Voilà. Euh, préparer la gamin pour que le médecin se consacre à justement [-à l'examen] à l'examen et au temps d'écoute.*

*1A- là aussi ça fait partie d'une coordination, si on sait que telle personne est... a les diplômes suffisants [1B- médecine parallèle]. Si on peut soigner un malade autrement que par des médicaments pourquoi pas.*

*3G- mais par contre je pense qu'il peut y avoir des moyens à mettre en place, comme on a mis en place dans les hôpitaux et dans certains services des consultations infirmières, pour relayer le médecin, pour avoir du temps pour expliquer au patient sa pathologie, son traitement etc...*

- Les **pairs et autres médecins spécialistes**. Ils sont partenaires dans la coordination des soins autour du malade, mais aussi pour l'entraide entre médecins sur la prise

en charge des patients. Les participants évoquent l'existence de groupes de pairs afin d'établir une discussion sur les problèmes posés en consultation.

*1J- ça me paraît tout à fait intéressant que les gens apprennent à travailler en équipe parce que même si, hein, euh vous êtes des scientifiques hein euh... les biologistes, des... etc. euh sont obligatoirement en équipe et...*

*1J- il y a une imagerie qui est faite, on la soumet à plusieurs personnes pour l'interpréter. Bon ça ça me paraît une voie qui est tout à fait intéressante parce que d'abord ça, ça permet au médecin, à celui qui prend la décision, même si il en a potentiellement tout à fait la capacité, mais ça permet de, d'ouvrir euh... en terme de diagnostic beaucoup plus large, de partage.*

*4A- et après au niveau des soins, moi je trouve, par exemple ce qu'il se fait ici, le fait qu'il y ait les généralistes, les infirmiers enfin le... je sais pas comment on appelle ça c'est le médecin qui s'occupe du souffle, enfin toutes ces petites... le fait de regrouper plusieurs corps de médecins ensemble, je trouve que c'est bien parce que ça évite justement au patient de courir partout, tout est sur le même lieu.*

*4H- sinon entre collègues aussi, discuter et communiquer entre collègues pour parler de cas compliqués ou autres. Comment est-ce qu'il a pu résoudre tel souci, comment est-ce qu'il a pu détecter tel... faire le diagnostic. Peut-être que chacun à sa manière de le faire donc c'est communiquer et donner des bonnes méthodes.*

- Les **associations de patients**. Elles peuvent, en complément des médecins, être une aide morale et un recours pour le patient. Les médecins généralistes doivent donc connaître ces associations pour informer leurs patients de leur existence. Les participants reconnaissent que les **représentants d'usagers** présents au sein de ces associations ou dans d'autres organismes, doivent être formés.

*1B- les associations elles ont un rôle aussi, un rôle important euh...en complément des médecins.*

*1C- un médecin peut se faire aider par une association.*

*1A- il existe des associations de diabétiques qui peuvent apporter une aide morale, hein ou parler ensemble de ces pathologies etc., et quand les personnes sont diagnostiquées, qu'ils ont un diabète etc., on va leur dire bon vous allez avoir... [...]Après la personne elle fait ce qu'elle veut, « mais je peux vous proposer une association qui peut, euh, qui pourra vous donner des contacts » parce que le médecin il ne peut pas avoir tout, il ne peut pas savoir nos contacts etc...*

*4C- la prévention doit surtout être du fait des associations en général et en ce sens on a la Croix Rouge juste à côté, ou monsieur.*

- Les **organismes d'assurance maladie** et **l'ARS**. Ils ont également un rôle dans la prévention auprès des patients, notamment par l'organisation de bilans de santé réguliers.

*1J- l'ARS a une mission de prévention entre autre.*

*1A- la prévention c'est euh, voilà, c'est peut être regrouper tous ces gens qui font de la prévention et puis pouvoir euh, dans leur coin et savoir faire une vraie politique de prévention. Qui serait enseignée dans les facs.*

*4h- moi avant de voir le médecin, avant que le patient aille voir, aille se soigner, la chose qu'il faut faire au préalable c'est prévenir d'abord, que ce soit par la CPAM, par les médecins généralistes, expliquer au patient que voilà, tous les deux ans ou je ne sais pas combien de temps, il faudrait que le patient fasse un bilan général ou fasse euh quoi que ce soit mais il faut prévenir, avant toute chose il faut prévenir, et après voir comment procéder pour soigner donc euh c'est plutôt ça.*

- Les **réseaux gérontologiques, les associations d'aides aux personnes âgées et les centres d'accueil et d'aide sociale**, tels que les CLIC, CCAS, ADMR. Ce sont des partenaires pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes et doivent être en lien avec les médecins généralistes.

*3G- toute la prise en charge de la personne âgée. Et bon on va avoir ça de plus en plus. [...] voilà donc c'est au médecin généraliste d'orienter la personne vers un service spécial ou de prendre contact avec le service en question, c'est ce qui se fait dans... il y a certains cabinets médicaux là justement dans les pôles de santé notamment, où il y a souvent une proximité avec les CCAS ou les CLIC et là bon souvent il y a ce partenariat bon ça se fait de plus en plus avec les réseaux gériatriques aussi.*

- **L'ASIP Santé et E Santé\***. Ces organismes doivent travailler avec les médecins pour la mise en place du Dossier Médical Personnel (DMP) qui doit permettre un partage des informations pour une meilleure prise en charge du patient.

*1J- donc la télémédecine moi elle me paraît, à la fois en terme de contrôle, d'échanges plus que de contrôle, avec des... d'autres professionnels me paraît tout à fait utile.*

*1J- alors le regret que j'ai c'est par rapport au dossier médical personnalisé, parce que lorsqu'on a des pathologies lourdes qui se croisent avec d'autres pathologies. [...]Bon par rapport à ces polyhandicaps, s'il y a pas un dossier de ... pour le patient, c'est une catastrophe. [...]Or dans certains dossiers ça me paraît fondamental si on veut un suivi à peu près correct du patient.*

\*ASIP Santé : organisation chargée d'élaborer et de mettre en œuvre une politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé. Responsable des services de la « e-santé ». Ici les participants évoquent le GSC Esanté Poitou-Charentes qui est un organisme de services numériques pour les acteurs de santé du Poitou-Charentes.

En résumé :

Réponse aux besoins en santé de la population :

➤ Les rôles du médecin généraliste :

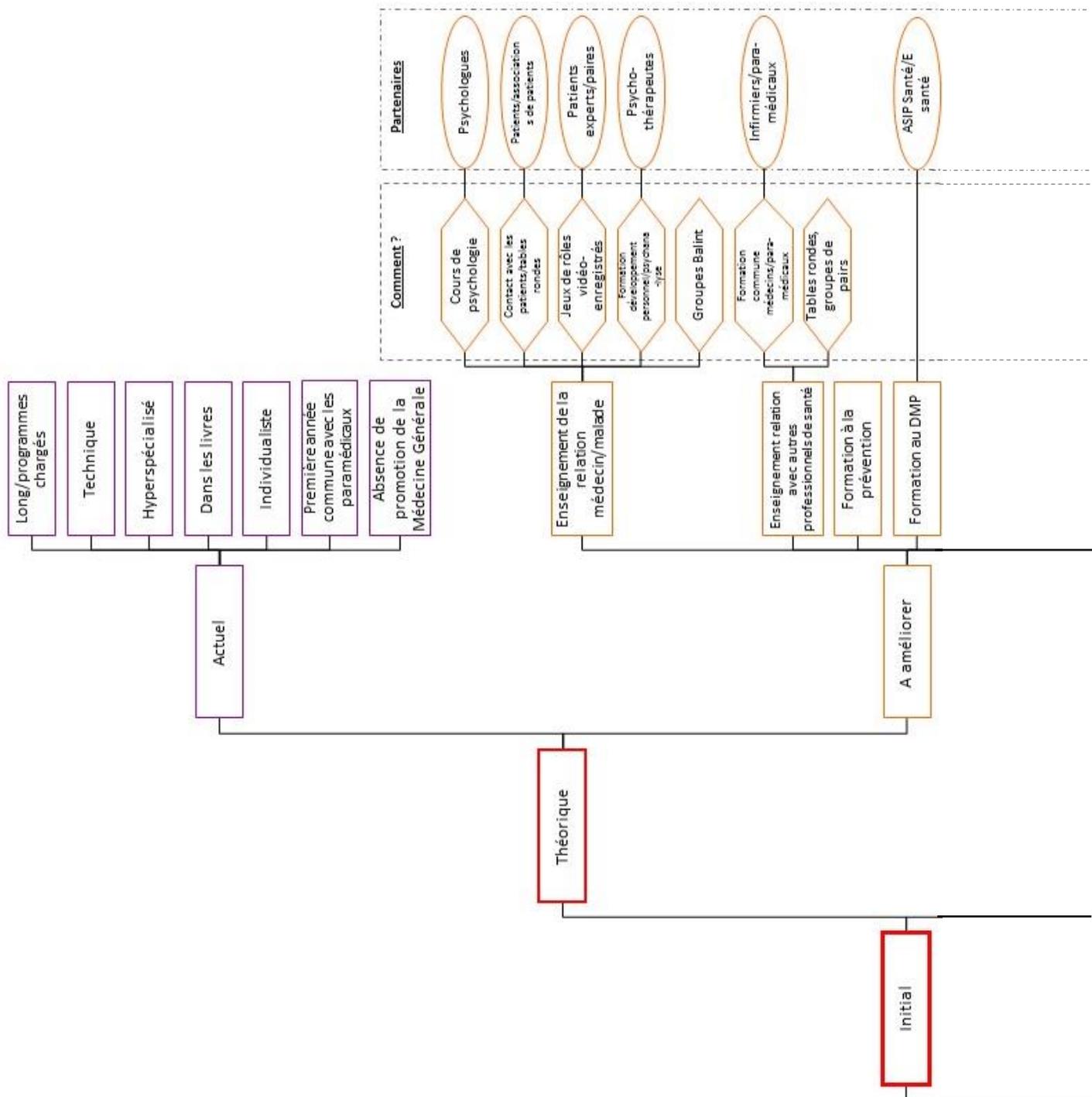
- Bonnes connaissances théoriques
- Compétences à améliorer :
  - Relation médecin-malade : écoute, psychologie, connaissance globale du patient, information, communication, décision partagée, confiance, responsabilité du patient.
  - Premier recours
  - Patient au centre – vision globale
  - Prise en compte de l'environnement
  - Coordination des soins
  - Accompagnement
  - Relation avec les professionnels de santé
  - Temps
  - Partage des tâches
  - Prévention
- Permanence des soins
- Création de partenariats avec les autres professionnels de santé (spécialistes, paramédicaux, pharmaciens), les associations de patients, les organismes sanitaires (assurance maladie, ARS, ASIP Santé) et les réseaux de soins.

Dans le but d'améliorer la pratique des médecins au quotidien et leurs compétences, pour une meilleure prise en charge des patients.

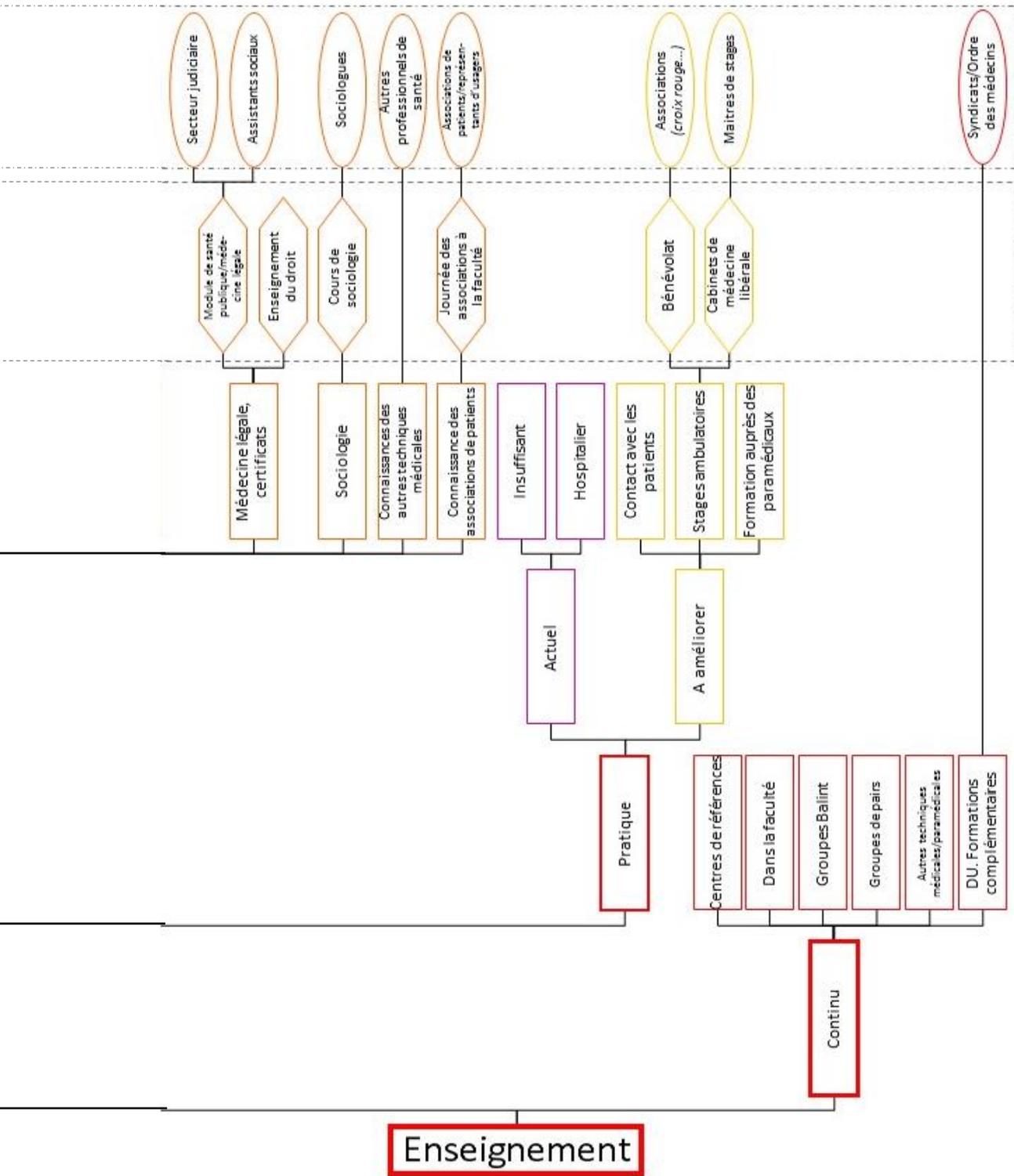
### **3.2.3-2. L'enseignement**

Pour répondre aux exigences de la responsabilité sociale, une faculté de médecine doit adapter la formation des étudiants en médecine en fonction des besoins et attentes de la société.

Ci-après seront développées les connaissances et attentes des patients en matière d'enseignement, ainsi que les moyens pour améliorer la formation des médecins et les partenaires impliqués.



**Figure 8** : Carte conceptuelle de la branche « Enseignement » de la réponse aux besoins en santé de la population.



## ***L'enseignement initial théorique***

Actuellement les patients connaissent peu de choses de la formation des étudiants en médecine et de l'enseignement prodigué au sein des facultés.

Pour eux la formation est longue. Le programme est volumineux et issu essentiellement des livres. Ils regrettent une formation trop technique, hyperspécialisée et individualiste.

*1J- il est évident qu'aujourd'hui l'enseignement euh, 1 est extrêmement long notamment si il y a spécialisation, 2 euh l'évolution de la médecine dans les toutes dernières années ne permet pas au public, de, de, de comprendre complètement les... les forces de... des avancées qui ont été menées.*

*1A- ils sont beaucoup dans la technique.*

*1J- donc si vous voulez il y a ce saucissonnage dans... dans la formation que vous avez, hein ? Tiens on prend le petit doigt gauche, on prend l'index de la main droite, on prend l'orteil machin etc., et ensuite on s'arrête, je suis complètement sidéré.*

*1B- je pense qu'aujourd'hui en faculté vous êtes très individualistes. Et on vous apprend à être individualistes. Je sais pas hein, C'est... moi je le sens comme ça. Vous êtes médecins libéraux, euh...vous êtes individualistes point final.*

Certains connaissent le nombre d'années de formation, le déroulement et l'existence d'une première année commune aux études de santé.

*3G- il y a les kinés et les dentistes, les sages-femmes je crois la première année, et après ça bifurque.*

Les participants déplorent l'absence de promotion de la médecine générale auprès des étudiants et l'incitation au choix d'une spécialité médicale ou chirurgicale.

*3B- mais celui qui sort premier, au départ il voulait être médecin généraliste, il sera quand même médecin généraliste si il veut ? non ? / 3H-ben c'est pas comme ça que ça se passe. En fait on les oriente quand même. On les oriente voyez ? / 3B-ah oui on les pousse ? ah d'accord. c'est pas un choix euh...*

*3E- on les forme surtout pour justement mais pas pour être... on les prédispose pour aller vers une spécialité.*

Pour les patients, des améliorations pourraient être faites sur :

- **L'enseignement de la relation médecin-malade.** Ils proposent la création de cours de psychologie dispensés par des professionnels (psychologues, psychothérapeutes). Un participant évoque l'intérêt d'une formation de développement personnel, voire d'une psychanalyse pour les médecins généralistes et les psychiatres.

*1G- est-ce qu'il existe des modules de formation, je dirais, sur la façon de relationner avec les patients. Est-ce que ça existe ? Ça pourrait être intéressant ça ? D'apprendre à fonctionner avec les patients, avec les familles, avec les autres spécialistes.*

*2B- est-ce qu'il y a des... enfin il y a un médecin qui m'a dit que au niveau de son cursus, au niveau psychologie, il n'avait presque pas d'heures sur la psychologie.*

*2B- les cours de psychologie ? Moi je pense que ça devrait être inclus dans les six années de formation. Au niveau de la faculté. [...] Un prof de psychologie vient dans un amphi. Il fait un cours de... enfin thérapie, psychologue... moi je préfère thérapeute que psychologue...*

*1G- ils font de la thérapie mais dans leur formation, il n'est pas question pour eux d'avoir abordé ce qu'était la thérapie pour eux personnellement, hein ? [...] Il est intéressant que cette personne-là ait fait un travail... moi je n'arrive pas à comprendre euh... que... un... un psychiatre euh, ça soit rien que au niveau du savoir et qu'il n'y ait pas toute une connaissance de sa propre personnalité dans la relation qu'il peut avoir avec l'autre.*

*3G- et des formations plus axées psychologie, sociologie euh... connaissance, connaissance de soi, par rapport euh déjà lui-même enfin le médecin, futur médecin ou futur professionnel.*

Les patients auraient aussi leur place dans cette formation, avec un apprentissage de la relation médecin-malade au contact direct des patients ou des associations de patients, par la mise en place de table rondes et réunions.

1C- demandez à ce que vous ayez à discuter avec des gens. Les associations peuvent vous apporter beaucoup de choses. Parce que nous, c'est vrai que nous, on voit des choses que quelquefois les médecins ne voient pas.

1G- en fait c'est l'histoire d'une rencontre entre des personnes qui ont un certain savoir théorique, donc les étudiants, et, euh je dirais, les patients ou les représentants de patients qui amènent la réalité d'un terrain. Et c'est quand même ce qui serait intéressant c'est d'arriver à un chemin de rencontre euh là. Pour pouvoir euh après communiquer, exercer correctement.

Les participants suggèrent l'instauration de jeux de rôles dans la formation, soit avec des patients « experts », soit avec des pairs.

3H- il me semble, en fait, qu'il faudrait qu'ils aient des séances de training avec voir télévisions, de façon à ce que ils se voient parce que quand on a vu les erreurs qu'on fait, en général après on a tendance à s'améliorer. [...]Donc je pense que au niveau de la formation, il me semble que la partie psychologique on pourrait l'avoir aussi presque sous forme d'études de cas. Vous avez un patient devant vous, ou vous avez une famille devant vous et puis vous devez annoncer la maladie grave d'un de vos enfants, d'un enfant. Comment faites-vous ? Et puis on le joue. / 3A-voilà des jeux de rôles / 3H-des jeux de rôles. On le joue, on le joue devant la télévision.

3A- des jeux de rôles. Des patients pourraient faire des petits jeux de rôles. Des petits jeux de rôles, entre eux, il y en a qui joue le patient, l'autre qui joue le grand chef et puis...

3H- ben dans les jeux de rôles ça peut être utilisé. Typiquement il faut pas laisser le jeu de rôles à la charge du médecin, il faut que ce soit des gens de l'extérieur.

- **Le développement des relations avec les autres professionnels de santé.** Les participants souhaiteraient la création d'une formation commune avec les professionnels paramédicaux.

3D- à mon avis il y a aussi leur apprendre le dialogue entre eux. Parce que parler entre eux hein on a la preuve, ils se parlent pas entre eux. Déjà qu'ils se parlent entre eux.

4C- oui à travers d'ateliers communs, de travailler en commun, d'apprendre... déjà ce qui crée le respect de l'autre c'est de connaître le métier de l'autre.

- **La formation à la prévention.**

*1A- qu'il y ait des modules par rapport à la prévention. [...] Ce qui me paraît important d'apprendre, enfin c'est mon ressenti, d'apprendre c'est d'une part la prévention qui doit faire partie intégrante mais vraiment, importante de l'apprentissage de la médecine.*

- **La formation au Dossier Médical Personnel.** Les participants suggèrent que les organismes responsables, comme l'ASIP Santé, interviennent à la faculté de médecine pour former les étudiants à l'utilisation du DMP.

*1B- on vous a jamais parlé du DMP donc là aussi à la faculté ça serait un lieu, une application, euh... de vous présenter ce qu'est le DMP, pour vous.*

- **L'enseignement de la médecine légale.** Celle-ci est insuffisante selon les participants car ils considèrent que les médecins sont mal formés à la rédaction des certificats (hospitalisation sans consentement, certificat initial descriptif et autres). Le module de santé publique devrait donc être développé. Un enseignement du droit médical devrait exister, réalisé par des professionnels du secteur judiciaire et social (juristes, préfets, UDAF, assistants sociaux).

*3A- je crois qu'il faut nous aussi patient, enfin je sais pas il faut aussi, il faut avoir des exigences, demander à la faculté de médecine de mieux former les médecins sur le plan relationnel, sur le plan des nouvelles lois, sur les droits des patients, hein.*

*3H- moi je dirais il y a peut-être une formation juridique mais vous l'avez peut-être déjà. Parce que aujourd'hui tout est juridique. Alors je sais pas si il y a une formation juridique effectivement, autrefois il y en avait pas, alors peut-être que maintenant il y en a et je pense qu'on ne peut pas exclure une formation juridique à minima, ne serait-ce que pour justement regarder ces problèmes qui sont complexes, de risques, de prises de risques.*

*1G- alors moi je pense aussi au préfet. Pour les hospitalisations d'office. Il y a toutes les hospitalisations aussi sur demande d'un tiers etc. il y tout un savoir à connaître quand même là dedans.*

*1B- qui mieux qu'un juriste peut parler des curatelles et des mises sous tutelles ?*

*3G- voilà. Savoir qu'il existe des assistantes sociales, des CLIC, des CCAS, des ADMR, enfin bon il y a tout un tas de panel.*

- **L'enseignement de la sociologie.** Pour connaître au mieux leurs patients et leurs habitudes socio-culturelles, les médecins devraient bénéficier de cours de sociologie délivrés par des professionnels métier (sociologues).

*3A- mais aussi j'avais envie de dire la sociologie aussi. il faut quand même quelques cours sur... qu'ils soient un petit peu plus informés sur certaines catégories socio professionnelles quoi. Qu'ils soient pas à l'aise qu'avec des patients qui font miroirs quoi, qui sont comme eux.*

- **La connaissance des autres techniques médicales et des médecines parallèles.** Les patients aimeraient qu'il y ait, dès la formation initiale, une information sur les techniques de soins alternatives.

*3H- c'est-à-dire qu'au niveau de la formation, vous ce que vous proposez, c'est qu'au niveau de la formation il y ait une ouverture sur autre chose que la médecine conventionnelle.*

*1G- est-ce que vous avez aussi des ostéopathes, par exemple, qui viennent vous parler. Parce que ça aussi, tout ce qui est de l'ordre de la médecine complémentaire, traditionnelle, médecine chinoise.*

*3G- ben il y a déjà tout ce qui est justement, bon vous avez je pense des cours d'homéopathie puisque vous avez des médecins qui enseignent l'homéopathie à la fac de médecine de Poitiers, vous avez des acupuncteurs mais après il y a toutes les techniques de relaxation par exemple, avec toutes les techniques de massage, les techniques de bien être, les techniques de...*

- **La connaissance des associations de patients.** Des journées pourraient être organisées à la faculté afin de faire connaître l'existence et les missions des associations de malades et représentants d'usagers.

*1I- ...journée portes ouvertes aux associations à la faculté de Poitiers.*

*1B- faire connaître les associations à la faculté de médecine. Organiser des journées, par euh... par pôle, sur la maladie psychiatrique, sur les maladies rares, sur le diabète. Pourquoi ne pas organiser ce type de journée à la faculté pour sensibiliser ?*

*2A- moi je pense que le... déjà au départ il faudrait dire à ces étudiants, en fin d'études, qu'il existe des associations telles que voilà...C'est ce que vous disiez tout à l'heure, là-dessus je vous rejoins. Le problème c'est au moins de leur faire connaître déjà les associations. A partir de là, si ils connaissent les associations, ils vont essayer d'aller plus loin, savoir ce que nous on représente, ce que vous vous représentez, je suis sûr que les 24-25 ans ils en ont jamais entendu parler.*

*1B- une association sur le diabète, elle va venir, elle va pouvoir venir en faculté parler de, euh, de la prévention pour le diabète. Euh...en maladie euh... [- psychique]... psychique aussi. Euh... en...en insuffisance rénale aussi. Euh... en maladie cardiovasculaire aussi. Euh... sur la fin de vie, il y a une association qui s'appelle, euh... association pour mourir dans la dignité, aussi, elle peut parler de la fin de vie. [...]  
Quand il y a des journées de dépistage comme certains font les associations. Pourquoi on n'irait pas à la faculté de médecine ?*

Les participants s'accordent à dire que cette formation théorique améliorée doit se faire tout au long du cursus universitaire des futurs médecins. Un participant se demande si le nombre d'années de formation ne devrait pas être augmenté.

*3D- il faut pas que cette formation, qui va être faite je pense hein, qui va être faite vis-à-vis de ces futurs médecins, il faut pas qu'elle soit faite sur une journée pendant toutes leurs études. Il faut que ça soit comme pour le restant, que ça soit perpétuel pendant toutes les études.*

*4B- est-ce que il ne va pas falloir augmenter les années de formation des médecins ?*

## ***L'enseignement initial pratique***

En plus de la théorie, les patients encouragent le développement de la formation pratique qu'ils jugent complémentaire et indispensable, mais actuellement insuffisante. Ils déplorent une formation pratique essentiellement hospitalière.

*1D- vous avez vos livres, vous apprenez vos livres, vous faites vos petits bazars sur les gens là, que vous avez dans les hôpitaux, dans vos internats, on vous largue et puis bonjour, et vous vous débrouillez sur le tas. Moi je pense que c'est plutôt comme ça, je me le représente comme ça.*

*1H- ils ont une formation qui est pratiquement exclusivement à l'hôpital et ils se retrouvent un petit peu dans la nature, dans leur petit coin.*

Selon les participants, il devrait donc y avoir une amélioration sur :

- **Le contact avec les patients.** Celui-ci doit être augmenté notamment par le développement des stages ambulatoires. Les participants ont conscience des difficultés que cela engendre particulièrement vis-à-vis du recrutement des maîtres de stages.

*4H- bon c'est vrai qu'il y a un manque de relationnel mais sinon comme dans chaque formation que ce soit en médecine ou autre, ce qu'il faut faire c'est être directement sur le terrain quoi. En contact. C'est plus le contact direct qu'il faut faire et après approfondir donc, approfondir le relationnel.*

*4B- je pense que les médecins, les futurs médecins, les internes soient sur le terrain à un moment donné avec leur maître.*

*4H- c'est comme il faut pratiquer. La théorie est bonne, mais c'est la pratique, donc la pratique c'est quand on est sur le terrain, quand on est en contact avec le patient. C'est comme chaque métier, on accumule des théories, donc quand on est sur le milieu, dans le milieu, ben à ce moment-là il faut le ressortir. Comment est-ce qu'on le ressort ? C'est en pratiquant.*

*3E- et alors les jeunes médecins là tu disais qui sont formés auprès des infirmières en centre hospitalier. Mais est-ce qu'ils vont aussi, on en entend pas beaucoup parler faire des stages aussi chez les généralistes...ces futurs jeunes médecins ?*

*1B- il manque des maîtres de stages par contre.*

Un participant suggère l'instauration de stages au sein d'associations sur le principe du bénévolat.

*1A- on peut peut-être aussi faire...quand il y a des journées, comme euh, la leucémie, pour les enfants, je crois les 28-29 mars. Ou des actions particulières sur telle ou telle maladie, peut-être aussi euh, que les étudiants puissent y participer quoi, qu'ils puissent se sentir concernés par ça.*

*4C- je sais pas si c'est le cas à l'heure actuelle, en tout cas c'est le cas à l'université générale on va dire, c'est-à-dire que le bénévolat est valorisé dans l'enseignement supérieur. [...] Ces deux heures là sont valorisées sous forme d'unité d'enseignement dans le parcours et on peut imaginer, je ne sais pas si c'est le cas à l'heure actuelle à l'université de médecine, de faire, de valoriser un étudiant qui ferait du bénévolat à la Croix Rouge, chez AIDES, chez... je sais pas la lutte contre le cancer.*

- **La formation auprès des autres professionnels de santé.** Les participants pensent que les étudiants peuvent apprendre des professionnels paramédicaux et souhaitent une généralisation de stages auprès de ceux-ci, appelés « stages satellites ».

*3G- je me souviens très bien d'avoir côtoyé des internes qui sortaient de services par exemple, en cancérologie, on avait une approche relationnelle assez poussée avec une approche aussi soins palliatifs et ils avaient des périodes où c'était très dur même pour eux. Parce que il y a eu des moments où ça se terminait, il y avait des matinées, des journées qui se terminaient dans les larmes même pour les médecins. Et je pense que eux ont fait cette approche grâce aux infirmières avec qui ils ont pu travailler.*

*4C- pas forcément en ayant pratiqué parce qu'on a pas tous le temps d'être à la fois aide-soignant, infirmier, médecin, urgentiste, tout ce qu'on veut, ambulancier dans une vie. Mais peut-être des stages dans les domaines plus variés, en parallèle...*

### ***L'enseignement continu***

La formation continue est aussi un moyen de répondre aux besoins en santé de la population, afin que les médecins s'adaptent à l'évolution de la médecine et de la population.

Les participants aux focus groups sont tous d'accord pour dire qu'elle est essentielle.

2A- à la fin de... bon la faculté de médecine, bon les examens ok mais ça ne veut pas dire que ce soit tout, que ce soit fini. Il y a une continuité quand même. [...] Ils vont pas en sortant de la faculté je suis désolée, tout savoir. Il y a quand même encore des choses à apprendre.

4H- ...et la formation continue également, c'est-à-dire c'est pas se contenter uniquement d'être médecin, mais tout le temps tout le temps revenir à découvrir d'autres méthodes.

Ils évoquent l'existence de Diplômes Universitaires (DU) et de formations complémentaires organisés, entre autres, par la faculté, les syndicats et l'Ordre des médecins.

4C- c'est-à-dire qu'elle avait repris une formation, un DU quelconque sur les médicaments, les nouveautés en termes de molécules etc...donc vraiment un médecin qui pour moi a encore un lien avec sa fac justement, qui a gardé cet esprit étudiant, cet esprit je me renseigne... et du coup cette curiosité elle se ressent dans le cabinet quoi.

4B- c'est ce qu'on appelle de la formation continue.[...] Et qui tout aujourd'hui ce que vous disiez tout à l'heure, les personnes qui veulent faire de la formation, se mettre au goût du jour, du médicament, du soin, du besoin de la population.

4B- alors c'est pour ça que je pense que l'ordre, les syndicats, la fac, l'Ordre des médecins, les syndicats des médecins, la fac, devraient à un certain moment imposer... ou imposer, c'est pas facile d'imposer quelque chose à quelqu'un... de leur offrir plus de formation et surtout laisser un petit peu plus de temps pour faire cette chose-là.

La faculté de médecine serait un lieu privilégié pour cet enseignement continu, mais des formations pourraient également s'organiser au sein de centres de références.

1J- ... que la fac de médecine, du fait de la proximité, serait quand même le... le centre important. Supposons qu'on ait sur Paris un centre de référence technique sur une maladie rare etc., euh, très peu développée, quelques cas en France et tout. Ça me paraît tout à fait logique qu'à ce moment-là il y ait des programmes de la fac de l'hôpital de référence, du centre de référence en tout cas, qui apportent ces éléments.

4C- l'université de médecine peut avoir un rôle à jouer, dans l'organisation je sais pas moi de modules pour médecins qui ont plus de 15 ans de pratique et qui voient leur patientèle partir, parce que il y a une raison. Quand un patient revient plus vous voir, il y a une raison.

Les patients citent les groupes de pairs et groupes Balint comme outils de la formation continue, permettant un échange de savoirs entre les participants.

*3A- moi je pensais aux groupes Balint qui existaient. Alors dans les années soixante-dix, mais on entend plus tellement parler. Est-ce que les jeunes médecins font ces groupes entre autres pour parler de leurs soucis avec les patients, parce que c'est vrai annoncer à quelqu'un qu'il a une maladie grave...*

L'enseignement des autres techniques médicales et paramédicales pourrait aussi faire partie de cette formation.

*3G- vous avez même des médecins qui vont se former au niveau de médecine traditionnelle chinoise par exemple, il y a des partenariats avec des établissements en Chine.*

En résumé :

Réponse aux besoins en santé de la population :

➤ L'enseignement :

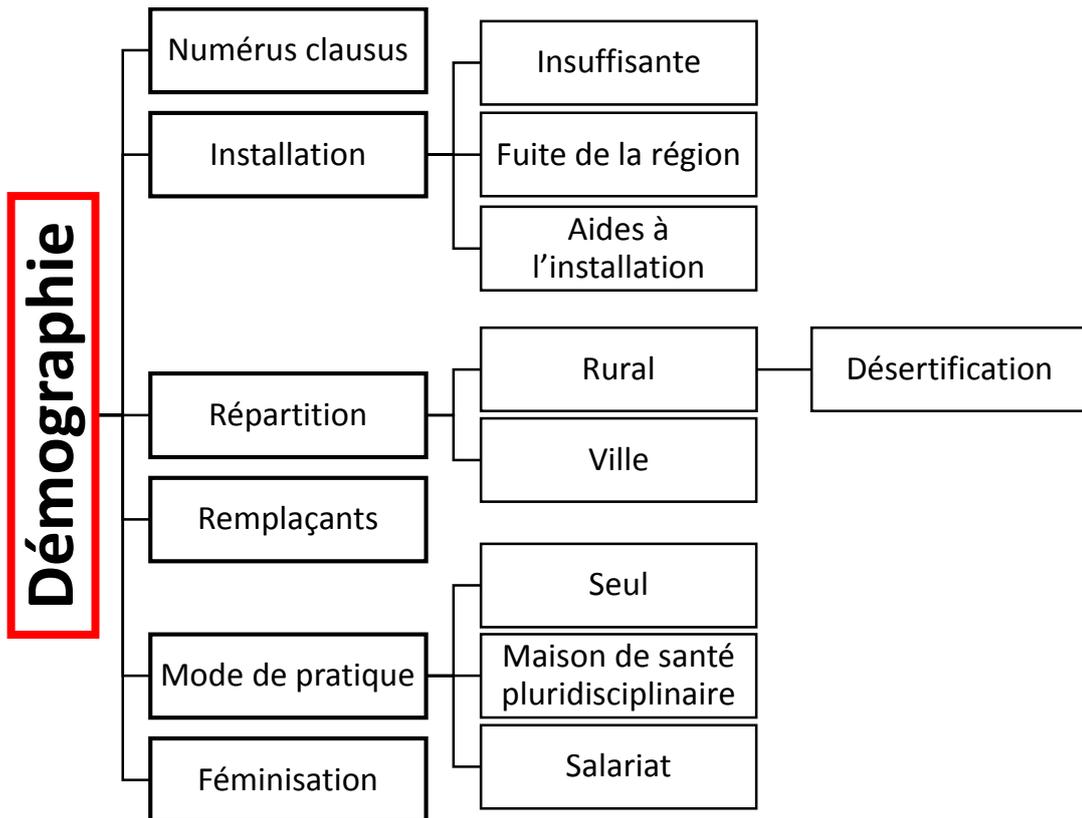
- Enseignement initial théorique long, hyperspécialisé et individualiste
- Enseignement initial pratique insuffisant et trop hospitalier
- Amélioration de l'enseignement sur :
  - La relation médecin-malade
  - La relation avec les autres professionnels de santé
  - La prévention
  - Le DMP
  - La médecine légale
  - La sociologie
  - Les autres techniques médicales et paramédicales
- Développement de la formation pratique en stages ambulatoires et auprès des autres professionnels de santé
- Amélioration de la connaissance des associations de patients
- Développement de l'enseignement continu
  
- Création de partenariats dans l'enseignement avec :
  - Les autres professionnels de santé, médicaux et paramédicaux
  - Les professionnels du secteur judiciaire
  - Les travailleurs sociaux
  - Les sociologues, psychologues et psychothérapeutes
  - Les patients et associations de patients
  - Les syndicats et Ordre des médecins

Pour :

- L'organisation d'enseignements spécialisés (psychologie, sociologie, médecine légale)
- L'amélioration de la formation pratique (stages satellites, bénévolat)
- L'apprentissage par compétences grâce au contact avec les patients, l'instauration de jeux de rôles, le développement des groupes Balint
- Le développement d'une formation commune avec les autres professionnels de santé
- La mise en place de DU et formations complémentaires

### 3.2.3-3. La démographie

Comme vue précédemment, la démographie médicale est un déterminant social de la santé que les patients considèrent comme un problème majeur de santé publique. L'adaptation de la démographie médicale aux besoins réels en santé de la population constitue donc également une réponse à ces besoins.



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

Les participants aux focus groups s'accordent sur le fait qu'il y a au sein de la région de réels problèmes de démographie médicale :

- Les patients rapportent une installation insuffisante des médecins généralistes dans le Poitou-Charentes notamment à cause de la fuite des jeunes diplômés vers des régions plus attractives.

*1B- sur 85 médecins qui sont sortis de la faculté, il y en a 9 qui sont restés en région.*

*4B- qu'est-ce que font les médecins après, soit ils partent faire une spécialité, soit après ils restent en milieu hospitalier, soit ils deviennent libéraux. Mais formés à Poitiers, ils peuvent très bien aller exercer leur profession dans le nord, dans le sud, dans l'ouest. Alors les facs, la fac de Poitiers et les autres, on peut leur apporter quelque chose, je pense que c'est minime, parce que vous ne maîtrisez pas le produit qui sort de la fac. Le médecin est libre d'aller soigner où il veut. En libéral ou en médecine hospitalière. Ou en établissement privé.*

- Certains participants connaissent l'existence d'aides incitatives à l'installation, mais ils regrettent qu'elles ne soient pas plus développées.

*1B- parce que quand j'entends le... le président des étudiants en médecine, l'autre fois à la télévision, qui dit dans la loi de santé il n'y a rien pour installer, euh... pour aider à l'installation des jeunes médecins.[...] Il signe une convention pour aller s'installer en milieu rural, on lui assure dans le cadre d'un contrat un minimum de, de...de complément de salaire par rapport à ses... à ses revenus.*

- Pour les patients, la faculté de médecine joue un rôle dans la démographie médicale, en particulier par la limitation du nombre de médecins formés dès la première année, conséquence du numérus clausus.

*3I- il y a un tri d'étudiants pour faire médecins, parce que si ils ont pas le temps c'est qu'il n'y a pas assez de médecins.*

*3A- il y a toujours beaucoup de candidats la première année, ils en prennent 15 à 20 %. Je veux dire c'est aussi un choix de la faculté de médecine, des ordres médicaux.*

*3G- il y a les numérus clausus aussi qui ont... de toute façon qui donnent les limites.*

*4B- mais non il y a le numérus clausus. Il faut faire ôter le verrou de ça et former plus de médecins. On le sait très bien qu'aujourd'hui bon on l'enlève un tout petit peu, combien de médecins sont formés dans les facs en France et quel est le besoin de la population en France ?*

*3G- mais est-ce que la faculté doit pas justement aussi se positionner par rapport à la formation de ces médecins, justement par rapport à la répartition. On a des expériences de pôles de santé où il y a des regroupements de médecins, il y a des... avec des infirmières et c'est peut-être là qu'il faut peut-être orienter la quantité...*

- Cependant certains patients pensent que le nombre de médecins est suffisant mais que c'est la répartition ville/campagne qui est inégale. Ils soulignent la désertification du monde rural.

*3D- on a assez de médecins. Il y a assez de médecins en France c'est la répartition qui est mauvaise.*

*3C- oui mais les médecins généralistes on va en manquer même en ville.*

*1B- euh quand on va dans des cam... euh surtout en milieu rural où il manque des jeunes, des médecins et il y a un cabinet qui ferme, un médecin qui s'en va à la retraite. Ben les patients qui sont, qui étaient dans ce cabinet, ils vont se reporter où ? Chez le médecin qui était à 2 km.*

*4A- et dans les campagnes c'est ... / 4E- dans les campagnes il y a plus de médecin non plus pratiquement. Tout le monde s'en va dans les campagnes c'est pareil.*

- Les patients rapportent un manque de médecins remplaçants en médecine générale, ne permettant pas une continuité des soins lors des congés des médecins installés.

*1D - il n'a pas trouvé de remplaçant pendant 2 mois. Donc il a fait les consultations comme il pouvait.*

*1D- ...que entre médecins, entre vous, vous n'arrivez pas à vous accorder pour venir remplacer l'autre quand il y a une demande, que ce soit à Poitiers, ailleurs, n'importe où. Donc il y a justement... / 1A-mais c'est qu'ils ne sont pas assez nombreux, parce que pour remplacer, il faut... / 1D-oui non mais il y a beaucoup de jeunes qui ne veulent pas venir remplacer parce qu'on habite la forêt, ou on habite euh ...*

- Les modes de pratique des médecins généralistes évoluent. Les médecins ne souhaitent plus exercer seuls et se regroupent au sein de maisons de santé pluridisciplinaires.

*1H- je pense qu'il y en a à qui ça fait vraiment peur et qu'ils n'ont plus envie d'exercer tout seul.*

*1B- ...mais que la maison de santé soit vraiment une maison de santé pluridisciplinaire.*

- De même la médecine libérale attire moins, au profit du salariat, ce qui limite l'installation des médecins en zones sous dotées.

*1B- qu'on sait très bien qu'il y a beaucoup d'étudiants en médecine, qui ne veulent pas s'installer aussi, qui veulent être salariés.*

- Enfin les participants pensent que la féminisation de la profession accentue ce problème démographique. Elles sont en effet plus attirées vers un exercice salarié leur permettant un mode de pratique plus souple, au niveau des horaires notamment.

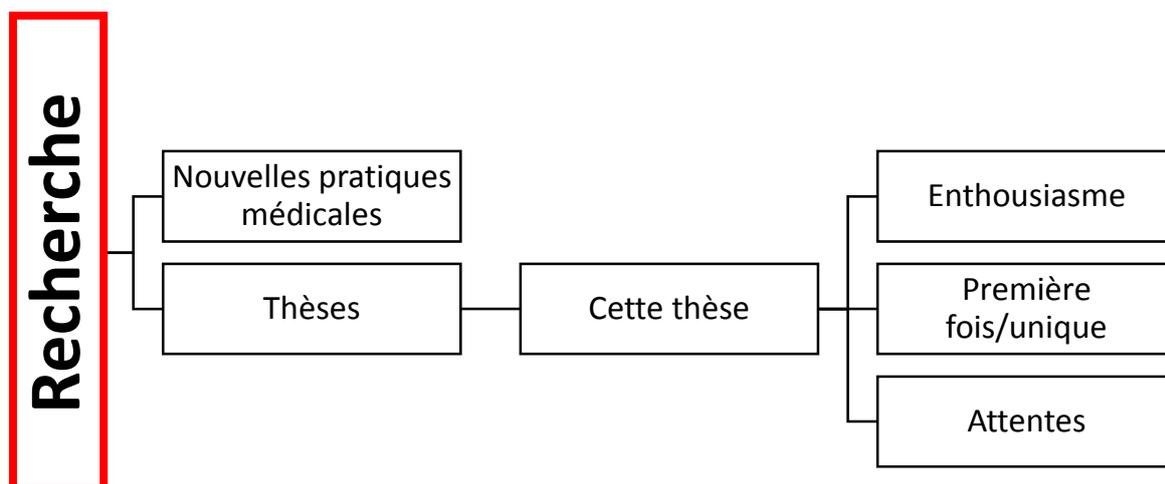
*3A-mais moi je crois que les femmes elles n'ont pas envie de faire... 3C-mais si mais je pense c'est dans les unités de santé où là elles sont un peu comme fonctionnaires. / -un peu comme salariées.*

En résumé :

Réponse aux besoins en santé de la population :

- La démographie :
  - Manque de médecins, conséquence du numéris clausus
  - Installation insuffisante des médecins généralistes
  - Zones déficitaires : répartition inégale ville/campagne
  - Nécessité de développement des aides à l'installation : rôle de la faculté de médecine
  - Changement des modes de pratique : maisons de santé, salariat
  - Conséquences de la féminisation de la profession

### 3.2.3-4. La recherche



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

Pour les patients, la réponse aux besoins en santé de la population se fait aussi par le biais de la recherche, notamment pour le développement de nouvelles pratiques médicales.

*3G- il y a la fonction de la recherche aussi.*

*3G- il y a d'autres techniques qui peuvent, je ne veux pas parler de médecines parallèles mais je dirais c'est des techniques [...] on peut aussi essayer de savoir qu'est-ce qui s'est passé pour que ça marche et il y a des fois ça peut aussi aider la recherche. [...] voilà je crois qu'il faut prendre en compte et chercher pourquoi peut-être ça a amélioré telle situation. / 3A-la recherche ? / 3G-voilà et ça peut peut-être donner d'autres pistes. Et pas que, qu'on ne soit pas axé vraiment que tradition.*

Les thèses de médecine sont également un moyen de répondre aux attentes des patients et d'aller vers une démarche de responsabilité sociale. C'est ce que montre l'enthousiasme des patients vis-à-vis de cette thèse et de leur participation.

*3- si votre thèse change quelque chose il faudra nous le dire quand même.*

*3- enfin en tous les cas la démarche est super.*

*3D- on a parlé de votre thèse et tout le monde était très intéressé.*

*3- c'est pas mal quand même... si tout ça, ça bouge wou !*

**En résumé :**

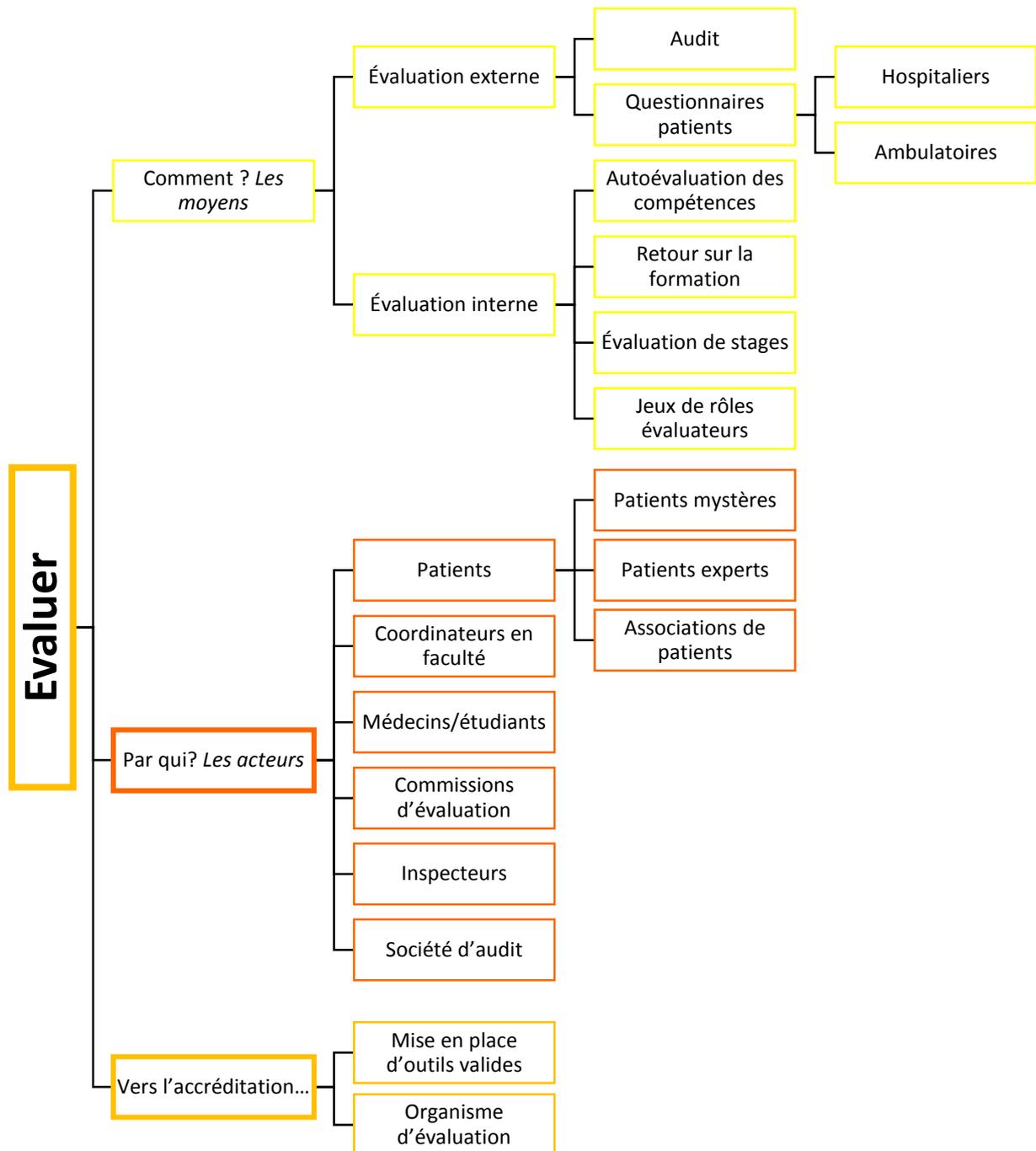
Réponse aux besoins en santé de la population :

➤ La recherche :

- Développement de nouvelles pratiques médicales
- Réalisation de travaux de thèses pour le développement de la responsabilité sociale à la faculté de médecine

**3.2.4- L'évaluation de la responsabilité sociale des facultés de médecine**

Pour qu'une faculté de médecine se dise socialement responsable, elle doit identifier les besoins en santé de la communauté et fixer des objectifs pour y répondre : objectifs en termes de formation, de démographie médicale, de recherche et de partenariat. L'atteinte de ces objectifs demande une évaluation régulière, en vue d'une potentielle accréditation future.



**Figure 11** : Carte conceptuelle de l'évaluation de la responsabilité sociale.

Les patients interrogés émettent plusieurs propositions à propos des moyens pour évaluer et des personnes impliquées dans cette évaluation.

### 3.2.4-1. Comment évaluer ? Les moyens proposés :

- Une évaluation externe par :
  - la mise en place d'un audit au sein des facultés de médecine ;
  - l'évaluation du ressenti et de la satisfaction des patients grâce au recueil de questionnaires-patients à l'hôpital et dans les cabinets médicaux.

*1D- donc pourquoi ne pas faire un audit justement sur la formation des médecins. Ce qui serait très très intéressant je pense, on apprendrait plein de choses.*

*2C- oui le questionnaire de satisfaction. / 2A- voilà mais ça par contre peut-être que vous pouvez l'ajouter, pourquoi pas ? Ce questionnaire ? Puisqu'on en parle là ? Moi je pense que ça pourrait être rajouté ça. Là, à la limite on pourrait le demander dans les cliniques.*

*4A- des questionnaires. Des petits questionnaires remis au patient, enfin un questionnaire avec des questions bien ciblées ou des... c'est pas évident d'ailleurs.*

*4H- remettre un questionnaire à quelques patients. C'est-à-dire tu fais une visite ponctuelle comme ça, tu regardes le nombre de patients qui passent, tu leur remets un questionnaire et à partir de ces questionnaires évaluer le médecin.*

- Une évaluation interne par :
  - une autoévaluation des compétences par les étudiants en médecine ;
  - un retour sur la formation théorique et pratique par les étudiants ;
  - les évaluations des stages hospitaliers et ambulatoires ;
  - des jeux de rôles évaluateurs.

*1G- je pense aussi qu'il y a des médecins qui ont des idées quoi de leur formation. « Ben voilà moi j'ai fait telle formation mais j'aurais aimé qu'on aille dans telle et telle direction » et qui ont aussi des choses à dire, eux.*

1A- par vos stages, ça pourrait aussi... euh, le moyen d'avoir un retour à la faculté, de toutes les questions que vous allez pouvoir vous poser, que vous n'avez pas évoquées pendant vos temps d'études etc... et que peut-être ça permettrait justement de travailler sur des points, des difficultés d'un jeune médecin qui arrive, qui est seul etc. Peut-être des questions que vous pouvez vous poser pour des choses qui n'arrivent pas tous les jours, les cas difficiles etc. [...] Et que peut-être ça permettrait justement de cibler un petit peu sur quoi, par rapport à votre expérience, sur quoi il serait bon de travailler un petit peu plus.

3G- quand vous êtes dans les services, tout au long de vos années, vous avez des évaluations, des validations de stages là, sur plus tout ce qui est on va dire technique, la connaissance médicale. Est-ce que vous avez cette évaluation sur la relation ?

3H- je pense que par contre ce qu'on peut faire c'est de faire, bon je reprends toujours la même idée des jeux de rôles, etc. il suffit de faire repasser un jeu de rôles et de voir si ça s'est amélioré. C'est simple, il n'y a pas de note, il y a que dalle mais on voit tout de suite si c'est passé ou si c'est pas passé.

### 3.2.4-2. Par qui évaluer ? Les acteurs de l'évaluation :

- **Les patients.** Afin d'évaluer les compétences, Les participants proposent l'implication de patients « mystères » lors de consultations avec les étudiants en médecine ou avec les médecins généralistes installés. Des patients « experts » pourraient également participer à des jeux de rôles évaluateurs. Les associations de patients auraient aussi leur place dans cette évaluation.

4C- ça dépend quelles compétences on veut évaluer. Je pense que si on veut évaluer les compétences relationnelles et de communication dont on parlait, le patient est peut être le mieux placé.

4C- des patients mystères.

4C- former quelqu'un pour répondre à un test rapide quoi, il faudrait peut-être pas... / 4D-c'est pas sot ça oui. /4B-patient expert, c'est ne peut être qu'expert de la maladie que l'on a.

3D- déjà avec la faculté, et ce jour-là pour voir si l'évaluation est bonne, avec la personne qui est venue, ou les personnes qui sont intervenues dans.... [-avec des usagers] Voilà. Pour voir si... voilà. Mais c'est à la faculté d'organiser ça, avec des intervenants qu'elle choisit pour voir, évaluer effectivement si c'est rentré... voilà mais je crois que ça s'arrête là.

- **Des coordinateurs dans les facultés de médecine**

*1B- à la faculté je pense qu'il faudrait qu'il y ait quelqu'un qui fasse la coordination de ça. Quelqu'un qui... qui participe à cette évolution des choses et qui fasse un suivi de l'évolution.*

- **Les médecins et étudiants en médecine.**

*4B- oui dans ce domaine je vous rejoins totalement et puis le reste ben c'est les pairs.*

*4B- tout le monde de la santé, oui les médecins, les spécialistes. Et puis je pense que demain ou après-demain, peut-être que du fait que on aura plus d'échanges entre les citoyens et les associations et les professionnels, peut-être que les pairs verront leurs enfants, c'est pas comme ça qu'on appelle ça hein, les futurs médecins, différemment et peut-être qu'ils apporteront un jugement différent.*

- **Des commissions d'évaluation.** Elles regrouperaient différents partenaires au sein des facultés de médecine.

*3D- c'est à la faculté de monter quelque chose pour voir si effectivement les objectifs sont atteints et dans cette... j'allais dire dans cette commission, comme on veut, il faut donner un nom, il faudra qu'il y ait bien entendu l'ass...enfin pas les associations mais la personne qui est intervenue pour voir si effectivement le message est bien passé.*

- **Des inspecteurs/évaluateurs.** Ils évalueraient les compétences des médecins généralistes.

*4A- est-ce que ça existe les inspecteurs en médecins. Enfin quelqu'un qui vient, qui se fait passer pour un patient justement et qui n'est pas tout patient. Qui vient pour vous contrôler, est-ce que ça existe ?*

*4A- un évaluateur. Voilà. / 4B-oui c'est plus gentil c'est moins sanctionnant.*

- **Une société d'audit.**

### 3.2.4-3. Un pas vers l'accréditation

Le but final de l'évaluation de la responsabilité sociale des facultés de médecine est la mise en place d'une accréditation.

Certains propos des patients interrogés évoquent ce désir de certification.

Ainsi les participants proposent la mise en place de normes, ou outils valides :

*3A- donner les outils après il faudra vérifier que les outils qu'on met en place sont valides, enfin sont intéressants, que la formation qui est donnée est bonne, les gens sont compétents...*

L'implication d'un organisme d'évaluation extérieur est soumise :

*4C- c'est l'idée d'un patient qui vient, alors pour une pathologie réelle déjà, mais qui a déjà en amont sa consultation, été en contact avec un organisme d'évaluation.*

Les patients appuient sur le fait qu'une évaluation ne doit cependant pas être sanctionnante pour les facultés de médecine et ses étudiants.

#### En résumé :

Evaluation de la responsabilité sociale des facultés de médecine :

- Evaluation externe (audit, questionnaires patients) et évaluation interne (autoévaluation, évaluations de stages, retour sur formation, jeux de rôles)
  
- Par différents partenaires :
  - Patients et associations de patients
  - Coordinateurs et commissions d'évaluation
  - Médecins et étudiants en médecine
  - Inspecteurs/évaluateurs
  - Société d'audit
  
- En vue d'une accréditation future

## 4. DISCUSSION

### 4.1. La méthode

Afin d'explorer le ressenti des patients vis-à-vis des facultés de médecine et de leur implication dans le projet Recherche Action-Responsabilité Sociale, la méthode des focus groups, ou entretiens de groupes, a été choisie.

Cette méthode par focus groups présente les avantages suivants :

- Les interactions existantes entre les participants lors de ces discussions sont fortes et recherchées car elles permettent l'émergence de nouvelles idées.
- Un volume d'informations important peut être obtenu dans un délai court.
- La reproduction d'une méthode similaire pour les thèses sur la responsabilité sociale des facultés de médecine, comme celle de Dr Vanessa Olariu et celle de Marion Bazile, permettra une mise en commun des résultats et une meilleure comparabilité.

Mais cette méthode présente aussi des inconvénients, avec un risque de biais :

- Les opinions individuelles peuvent être orientées et « contaminées » par l'opinion du groupe ou du leader.
- Le temps de parole peut être inégalement réparti, ne permettant pas une expression équitable des participants. Ceci peut être limité grâce à l'animateur de la discussion par une modération du propos des participants.

La mise en place des focus groups lors de cette étude a présenté plusieurs difficultés.

La première difficulté rencontrée a été le recrutement des patients. Afin d'assurer la validité de l'étude, le nombre de participants recherchés par focus group était de six à douze personnes. Pour les trois premiers focus groups, le recrutement a été organisé par le CISS-PC, via une lettre d'information adressée aux associations de patients du Poitou-Charentes. La thésarde n'a pas eu de regard sur ce recrutement et ne connaissait pas le nombre de participants avant la tenue des réunions. Le nombre de participants du focus group n°1 était de 11 patients, celui du focus group n°2 était de 5 patients et celui du focus group n°3 était de 9 patients. Ce recrutement paraît faible compte tenu du nombre d'associations contactées via

le CISS-PC (42 associations adhérentes). Ceci peut s'expliquer par le fait que les dates des réunions étaient fixées à l'avance et non pas en fonction des disponibilités de chacun. D'autre part, le concept de responsabilité sociale semble peu connu des patients et ceux-ci ne se sont probablement pas sentis concernés. De plus, il était convenu que le CISS-PC diffuse l'information à tous leurs adhérents or, seuls les membres actifs des associations et de leurs bureaux semblent avoir été contactés. Cela a donc réduit sensiblement la population source. Le focus group n°2 présentait donc un nombre insuffisant de participants, c'est pourquoi il a été décidé, de suite, d'organiser un quatrième focus group.

La représentativité de la population participante peut également être soumise à critique. En effet, les trois premiers focus groups ont réuni des participants tous adhérents d'associations (25/25). Certains d'entre eux étaient membres du bureau administratif de leur association (13/25). Or, cette étude veut évaluer le ressenti des patients en général. Dans ce but les critères d'inclusion étaient peu restrictifs et il n'y avait aucun critère d'exclusion. Afin de corriger ce biais de représentativité, un quatrième focus group a donc été organisé avec des patients non membres d'association (sauf pour un participant). Le recrutement des patients pour ce focus group a été réalisé directement par la thésarde. Ceci a permis d'obtenir un nombre de participants suffisant (neuf participants), moyennant de multiples relances téléphoniques. Les réponses des patients, lors de cette dernière réunion, sont concordantes avec celles des trois autres focus groups permettant la saturation des données souhaitée.

Le guide d'entretien semi-directif a été établi par la thésarde à l'aide des deux chefs de clinique de médecine générale. Pour éliminer tout biais, il a été soumis à une validation extérieure par un expert en méthodologie qualitative et un expert en responsabilité sociale. La difficulté de sa rédaction a été dans le choix des axes concernés, et dans la formulation des questions. Celles-ci doivent être intelligibles et suffisamment ouvertes pour ne pas orienter les réponses des participants. Malgré ces précautions, certaines difficultés de compréhension ont été ressenties lors des focus groups. La question cinq a été reformulée suite au premier focus group, mais gardait cependant une difficulté de réponse au cours des entretiens. Elle nécessitait en effet que les objectifs de formation aient été abordés au préalable. Le terme « société civile » de la question six a été remplacé ou précisé par « patients » au cours de tous les focus groups.

Le rôle du modérateur a été fondamental dans le déroulement de chaque focus group. Il s'agissait de quatre animateurs habitués des entretiens de groupes. Tous connaissaient le sujet responsabilité sociale et étaient impliqués dans le projet RA-RS. Pendant les discussions, la difficulté a été de recentrer le débat sur le sujet de la faculté de médecine et de la formation des professionnels de santé. Les patients avaient parfois tendance à beaucoup parler des médecins généralistes installés et de leurs propres expériences personnelles.

Le deuxième focus group a posé quelques difficultés. D'une part, il ne regroupait pas un nombre suffisant de participants selon les critères de validité des focus groups (cinq participants). D'autre part, les patients ont été, dès le début de la réunion, très opposants à la discussion car surpris par son déroulement et son objectif. Ils semblaient ne pas avoir été clairement informés au préalable, malgré la lettre d'information diffusée par le CISS-PC. Cependant, la non connaissance du sujet par les participants est souvent un critère de qualité des focus groups, permettant ainsi la spontanéité des participants. Grâce à l'animateur, un échange d'idée a été possible. Nous avons donc fait le choix d'intégrer les données dans l'analyse.

La transcription des entretiens (ou verbatim) a été réalisée intégralement par la thésarde. Elle peut constituer un biais par une perte des données, même si une retranscription la plus fidèle possible est recherchée. Certaines réponses des participants peuvent ne pas être audibles en raison de personnes parlant en même temps ou de bruits interférents. Afin de limiter cette perte, de multiples moyens d'enregistrements audio et vidéo ont été installés à différents endroits de la pièce, lors de chaque focus group.

La triangulation des résultats réalisée par la thésarde et les deux chefs de clinique de médecine générale a permis de limiter les biais d'analyse et d'interprétation.

## **4.2. Les résultats**

### **4.2.1- L'objectif principal**

L'objectif principal de cette étude est d'explorer le ressenti des patients concernant l'approche de la faculté de médecine pour répondre aux besoins en santé de la population et son implication dans la responsabilité sociale.

Les patients sont les premiers concernés par le projet Recherche Action-Responsabilité Sociale des facultés de médecine et font partie des partenaires cités dans le consensus mondial (6). Pourtant, le recueil de leur avis n'avait jamais été effectué jusqu'ici. Ce travail s'intègre dans la phase 1 qualitative du projet francophone RA-RS.

Les résultats montrent que les patients ont **des représentations plutôt négatives** du système de soins, de la faculté de médecine et de la formation des médecins. Une problématique de déphasage est soulevée entre les attentes des patients et le fonctionnement actuel de la médecine, ce qui prouve que les besoins de la communauté ne sont pas, ou peu, pris en considération.

C'est la dégradation de la disponibilité des médecins et de la qualité de la relation médecin-malade qui ressort le plus au cours des entretiens. Ces altérations sont ressenties par les patients d'après leurs propres expériences du système de santé actuel. Le vécu personnel des participants était très présent au cours des focus groups, ce qui impliquait parfois un effort de généralisation, afin de répondre à l'objectif de l'étude. L'âge moyen des participants au focus group était de 59 ans. Cette moyenne assez élevée peut avoir une incidence sur le ressenti des patients. Ils semblent ainsi avoir connu une autre pratique de la médecine et se plaignent d'une mauvaise évolution. Un sentiment de nostalgie pouvait ainsi se faire sentir lors des entretiens.

Du point de vue des patients, de nombreux efforts sont donc à faire pour améliorer le système de soins actuel, en premier lieu au niveau de la faculté de médecine, vivier de professionnels de santé.

Les patients ignorent le fonctionnement de la faculté de médecine et n'ont aucune connaissance de la formation des médecins généralistes. Le concept de responsabilité sociale

leur est inconnu et l'implication des facultés dans cette démarche leur est donc difficilement appréciable. Pourtant les attentes des participants, exprimées au cours de cette étude, peuvent être rapprochées de ce qui est fait actuellement dans la faculté de médecine de Poitiers et de ce qui devrait être réalisé dans une démarche de responsabilité sociale.

La première étape de la démarche de responsabilité sociale est d'**identifier des besoins en santé de la population**. L'axe 1 du consensus mondial, « Anticipation des besoins en santé de la société », indique qu'une faculté de médecine socialement responsable « reconnaît les déterminants sociaux de la santé et [...] oriente en conséquence ses programmes d'enseignement, de recherche et de prestation de services» (6). Les déterminants sociaux de la santé, dont le consensus mondial fait référence, sont définis par l'OMS comme « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie » (17).

Les patients reconnaissent que l'identification des besoins en santé de la communauté est essentielle. La problématique posée par cet objectif est de savoir comment et par qui identifier les besoins actuels et futurs de la société et quel est le rôle de la faculté de médecine dans ce processus. Les réponses des participants à ce sujet ont été peu nombreuses, ce point ayant surtout été abordé lors du dernier focus où la question a été plus clairement posée par le modérateur. Les patients proposent divers partenaires pour l'identification des besoins, dont la faculté de médecine. Celle-ci est impliquée d'une part via le *numerus clausus*, et d'autre part grâce à ses étudiants en médecine capables d'analyser les besoins de la population qu'ils soignent en stage.

Après avoir identifié les besoins en santé de la population, une faculté de médecine socialement responsable doit y **répondre en orientant ses missions d'enseignement, de recherche et de prestations de services**.

Concernant l'**enseignement**, les patients connaissent peu le programme actuel de la formation médicale. La plupart des participants aux focus groups appuient leurs réponses concernant la formation des médecins sur ce qu'ils perçoivent de leur propre médecin généraliste. Pour eux les **connaissances théoriques** des médecins sont bonnes et ils supposent donc que l'enseignement de ces connaissances est correct, bien qu'ils l'estime long et chargé. La connaissance et l'enseignement des médecines parallèles et autres techniques

paramédicales, telle que l'ostéopathie, ont été abordés par certains participants. Une information à leurs propos, plutôt qu'une formation, est souhaitée par les patients. Ils rapportent une méconnaissance par les médecins généralistes des vraies pratiques médicales de leurs patients. Sans les cautionner, connaître ces pratiques permettrait une meilleure prise en charge des patients. Ainsi ouvrir les yeux sur la réalité du quotidien fait partie de la responsabilité sociale.

Les patients souhaitent le développement et l'amélioration d'un certain nombre de **compétences du médecin généraliste**. Ces compétences comprennent notamment : la relation médecin-malade, les soins de premier recours, la vision globale du patient, la prise en compte de l'environnement, la coordination des soins, le transfert de compétences et la prévention. Les patients souhaitent que ces compétences soient enseignées dès les premières années des études médicales, avec l'implication de partenaires extérieurs. C'est ce que préconise l'axe 3 du consensus mondial : « la faculté de médecine forme des diplômés ayant une gamme de compétences cohérentes avec l'évolution des communautés qu'ils servent, le système de santé dans lequel ils travaillent et l'attente des citoyens. Les compétences sont définies en concertation avec les parties prenantes [...] » (6). Ces compétences font référence aux six grandes compétences du médecin généraliste définies par le Comité National des Généralistes Enseignants (CNGE), dont la marguerite est présentée en annexe 5 (18). Ces six compétences sont actuellement les fondements de l'enseignement du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale au sein des universités françaises, dont celle de Poitiers (19). Les compétences du médecin généraliste décrites par les patients lors des focus groups sont cohérentes avec les six compétences du CNGE et celles décrites dans le consensus mondial. Ceci montre que la faculté de médecine de Poitiers est dans une démarche de responsabilité sociale concernant l'approche par compétences du DES de médecine générale. Les premiers résultats de cet enseignement, dont bénéficient depuis quelques années les internes de médecine générale, se font probablement déjà sentir. En effet les participants aux focus groups reconnaissent une amélioration de la relation médecin-malade chez les jeunes médecins généralistes.

L'axe 3 du consensus mondial recommande aussi un encouragement des diplômés à s'engager dans les soins de santé primaires (6) (annexe 1). Les patients regrettent une absence de promotion de la médecine générale au profit des autres spécialités médicales et

chirurgicales. Pour être socialement responsable, une faculté de médecine doit donc orienter son enseignement théorique et pratique en faveur de la médecine générale de proximité. Cette volonté se développe au sein de la faculté de Poitiers par la création en 2011 des stages ambulatoires en médecine générale en cours du deuxième cycle des études médicales (externat). Au niveau national ces stages sont en théorie obligatoires depuis 1997. Chaque étudiant en médecine devrait, selon la loi, faire un stage chez un médecin généraliste pendant son externat. Mais cette application de la loi n'est pas effective dans toutes les facultés de France. De plus, tous les étudiants n'ont pas accès au choix de ce stage, ceci du fait notamment d'un manque de terrains de stages.

Concernant l'**enseignement pratique**, les patients encouragent un développement des stages permettant un contact étroit des étudiants avec les patients. Ils regrettent cependant que les stages soient principalement hospitaliers et non ambulatoires. Actuellement la maquette du DES de médecine générale comprend six stages de six mois, dont un seul obligatoire en médecine générale libérale, appelé stage de niveau 1. Les internes ont également la possibilité d'effectuer un Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS), mais ce stage n'est malheureusement pas accessible à tous les internes. Un stage mère-enfant en ambulatoire se développe également dans certaines facultés de médecine, comme c'est le cas à Poitiers. La faculté de médecine de Poitiers s'inscrit donc dans une volonté de développement des stages ambulatoires en médecine générale, mais ceci est rendu difficile du fait d'un manque de maîtres de stages. Leur nombre augmente pourtant depuis quelques années mais reste encore insuffisant pour permettre un accès aux stages ambulatoires pour tous les internes et externes. L'axe 4 du consensus mondial préconise qu'une telle formation soit intégrée dans toutes les disciplines (6) (annexe 1). Ceci signifie que les stages ambulatoires devraient également être instaurés au cours des DES des autres spécialités médicales et chirurgicales. A Poitiers, certains internes de pédiatrie peuvent bénéficier d'un stage de six mois auprès de pédiatres libéraux. Les internes en cardiologie peuvent également effectuer deux ou trois jours de stage en cabinet libéral. A ce jour, aucun autre internat de spécialité médicale ou chirurgicale n'a ouvert de terrain de stages en ambulatoire. Il serait donc souhaitable que ceux-ci se développent à l'avenir.

La démarche de responsabilité sociale doit se faire en collaboration avec des **partenaires**, « en vue d'améliorer la performance du système de santé et le niveau de santé

de la population » (6). L'axe 2 du consensus mondial recommande la « création de partenariats avec le système de santé et d'autres acteurs ». Ces partenaires regroupent : les gestionnaires et décideurs des politiques de santé, les services de santé, les associations professionnelles, les autres professionnels de santé et la société civile. On retrouve ces partenaires dans les réponses des participants aux focus groups, à la fois dans la pratique des médecins généralistes et dans l'enseignement prodigué au sein des facultés. Les patients proposent leur instauration en vue d'améliorer la réponse aux besoins en santé de la population. Certains partenariats évoqués existent déjà à la faculté de médecine de Poitiers. C'est le cas des autres professionnels de santé avec l'existence d'une Première Année Commune des Etudes de Santé (PACES) entre les médecins, kinésithérapeutes, sages-femmes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens. De même les « stages satellites » auprès des professions paramédicales se développent pendant l'internat de médecine générale. Ils permettent aux internes de passer quelques journées ou quelques heures aux contacts des professionnels paramédicaux. Ces « stages satellites » se déroulent lors du stage de niveau 1 chez le médecin généraliste mais ne sont organisés que de façon informelle et sporadique. Les internes n'en bénéficient pas de manière égalitaire car leurs réalisations dépendent de la motivation des internes, de leurs maîtres de stages et des professionnels paramédicaux. Les autres partenaires cités par les patients sont pour l'instant inexistantes au sein de la faculté de médecine de Poitiers. Leur propre désir d'intégrer la faculté de médecine et la formation des médecins est réel et fort. Les membres d'associations de patients en particulier souhaiteraient pouvoir partager leurs expériences afin d'améliorer les compétences des futurs médecins généralistes.

La problématique de la **démographie médicale** revient de nombreuses fois aux cours des entretiens. Or, elle constitue une réponse de la faculté de médecine aux besoins en santé de la population car la faculté doit produire « une diversité de spécialistes de qualité et en nombre suffisant », comme le précise l'axe 3 du consensus mondial (6). Les patients se plaignent d'une difficulté et d'une inégalité dans l'accès aux soins, liées surtout à une mauvaise répartition des médecins. Le monde rural souffre d'une désertification médicale. Cependant les déserts médicaux ne se trouvent pas exclusivement en campagne car certaines métropoles comme Paris et autres grandes villes recensent une diminution des médecins en activité (22). Les aides pour l'incitation à l'installation en zones sous médicalisées existent au niveau national et local depuis 2011. Elles peuvent être financières ou non (20). Certains des

patients interrogés connaissent leur existence mais regrettent que les jeunes médecins ne soient pas plus informés à leur propos. Selon l'ARS, 17 contrats de Praticiens Territoriaux de Médecine Générale (PTMG) ont été signés en Poitou-Charentes depuis la mise en place du dispositif en 2013 (21). Depuis l'instauration du Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) en 2011, 42 contrats ont été signés. La promotion de ces aides au sein de la faculté de médecine pourrait augmenter le nombre de contrats signés et donc l'installation de jeunes médecins en milieu sous-dense. Le numérus clausus est aussi souvent mis en cause dans la pénurie des médecins. Ses effectifs ont pourtant plus que doublé ces dix dernières années pour atteindre 7497 places en 2015 (22). A Poitiers il s'élève à 197 places en médecine. A l'échelle régionale la faculté de médecine n'a pas le pouvoir décisionnaire pour augmenter ce numérus clausus. Il est en effet fixé chaque année sur arrêté ministériel. La féminisation et les nouveaux modes d'exercice tel que le salariat sont également identifiés par les patients comme facteurs influençant la démographie médicale. En effet, les femmes aspireraient à un nouveau mode de vie et une nouvelle organisation de leur temps de travail. Ceci les rendrait donc moins disponibles auprès des patients. De même, de plus en plus de médecins opteraient pour un exercice salarié. Cette tendance est confirmée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). Dans la nouvelle édition 2015 de l'Atlas de la démographie médicale (22), l'ordre indique que : « les femmes médecins sont beaucoup plus nombreuses que les hommes chez les moins de 45 ans et 58 % des nouveaux inscrits [au tableau] sont des femmes ». Il précise cependant que « cette féminisation avérée de la profession profite largement au secteur libéral : 60% des médecins généralistes libéraux mixtes âgés de moins de 40 ans sont des femmes. Si l'on dénote une tendance de fond chez les nouvelles générations de médecins, hommes comme femmes, de pouvoir concilier vie professionnelle et vie privée, cela ne veut pas dire que les jeunes générations ne souhaitent plus exercer en libéral : lors de leur première inscription à l'Ordre, 15% des jeunes médecins choisissent l'exercice libéral/mixte en première intention, mais cinq ans plus tard ils sont 40 % à s'orienter vers ce mode d'exercice ».

Le développement de la **recherche** au profit de la santé de la population est souhaité par le consensus mondial pour qu'une faculté de médecine devienne socialement responsable. Il est ainsi indiqué dans l'axe 1 que « la vision et la mission d'une faculté de médecine sont essentiellement inspirées des besoins actuels et futurs de la société pour développer l'enseignement [...], la recherche (fondamentale et appliquée) et les prestations

de services » (6). Ce point a été peu évoqué par les patients au cours des focus groups. Leur enthousiasme pour la participation à cette étude, en particulier de la part du CISS-PC, montre que les travaux de recherche sur la responsabilité sociale via les thèses, doivent se multiplier afin que la faculté de médecine de Poitiers progresse dans sa démarche de responsabilité sociale.

Enfin, **l'évaluation de la responsabilité sociale** d'une faculté de médecine doit se faire tout au long du processus afin de valider les objectifs fixés et les moyens mis en œuvre pour y parvenir. La faculté de médecine doit donc vérifier que ses missions aient une répercussion positive sur la santé de la population, comme le préconise l'axe 4 du consensus mondial « Education basée sur les résultats escomptés » : « 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 » (6). Les réponses des patients à ce propos sont orientées sur l'évaluation des médecins et des étudiants en médecine en termes de compétences dans leur pratique médicale. Mais cette évaluation est une première étape dans l'évaluation de la responsabilité sociale. Ainsi l'alinéa 4.6 du consensus mondial indique que « la faculté de médecine évalue régulièrement la performance des étudiants dans l'acquisition de l'ensemble des compétences comme décrit dans l'axe 3 » (6). Cette évaluation par compétences est déjà utilisée à la faculté de médecine de Poitiers lors de la validation du DES de médecine générale et la soutenance du Dossier De Réussite (DDR). Les patients proposent une double évaluation interne et externe. L'évaluation interne comprend le retour des étudiants et enseignants à propos de la formation, ce qui est cohérent avec l'alinéa 4.7 du consensus mondial : « les méthodes et stratégies éducatives sont périodiquement révisées et actualisées en accord avec [...] les expériences des médecins en pratique et le retour d'information de la part des étudiants et autres parties prenantes du système de santé » (6). Ces autres parties prenantes du système de santé évoquées sont des partenaires devant aussi exister dans l'évaluation. Les patients proposent des évaluateurs à la fois en interne (coordinateurs en facultés, étudiants, commissions d'évaluation) et en externe (société d'audit, inspecteurs). La société civile fait également partie des partenariats envisagés (patients « experts », patients « mystères »). Pour l'instant ceux-ci n'existent pas au sein de la faculté de médecine de Poitiers. Au cours des DES actuels, les internes sont uniquement évalués par leurs pairs, médecins enseignants, sur le plan pratique avec les évaluations de

stages, et sur le plan théorique avec la validation du mémoire de DES. L'évocation de normes et outils validés, et de la participation d'un organisme extérieur pour l'évaluation des facultés de médecine peut montrer le désir, non formulé par les patients, d'une certification des facultés de médecine. Ceci est un des objectifs majeurs du projet RA-RS.

#### **4.2.2- Les objectifs secondaires**

##### **4.2.2-1. Identifier les premiers indicateurs permettant d'évaluer et d'améliorer le niveau de responsabilité sociale de la faculté**

La démarche de responsabilité sociale est un processus continu pendant lequel la faculté de médecine évalue et améliore régulièrement la qualité de ses missions visant à répondre de façon efficiente aux défis et besoins en santé de la société. Selon le consensus mondial, elle doit définir des normes et critères d'évaluation, en concertation avec les principaux acteurs du système de santé. Ces normes doivent être constamment révisées et enrichies. L'axe 6 du consensus mondial énumère les normes relatives aux programmes d'éducation, les normes relatives aux résultats et à l'impact de l'éducation et celles relatives à la gouvernance d'une faculté de médecine (6) (annexe 1). Pour évaluer son impact sur la santé de la population, la faculté de médecine met en place « 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 » (axe 7 du consensus mondial) (6).

Lors des focus groups réalisés, la définition de normes et critères d'évaluation n'a pas été clairement exprimée dans les réponses des participants. Certains indicateurs d'évaluation de la responsabilité sociale des facultés de médecine peuvent néanmoins être identifiés, tels que :

- **L'enseignement par compétences dans la formation des médecins et professionnels de santé.**
- **La mise en place d'un système d'évaluation :**
  - l'évaluation continue des étudiants sur l'acquisition des compétences
  - l'évaluation et la certification des médecins généralistes installés
  - la mise en place d'un système d'évaluation interne et externe

- **La création de partenariats dans l'enseignement et l'évaluation :**
  - avec les professionnels médicaux et paramédicaux
  - avec les décideurs politiques nationaux et régionaux
  - avec la communauté
- **Le retentissement sur la démographie médicale :**
  - le nombre de médecins formés dans les différentes spécialités médicales et chirurgicales, en adéquation avec les besoins en densité médicale du territoire
  - le taux d'installation des médecins au sein de la région et leur répartition, reflétant les mesures incitatives mises en place par la faculté pour orienter le choix de carrière des étudiants

#### **4.2.2-2. Mise en place de projets futurs pour la phase 2 du projet RA-RS- Expérimentation**

La phase 2 du projet francophone Recherche Action-Responsabilité Sociale vise à émettre des propositions de thématiques permettant d'envisager la mise en œuvre de la RS aux seins des facultés de façon concrète.

Pour rappel, le COPIL a défini les thèmes suivants :

- Contrat faculté/territoire
- Première ligne de santé
- Population vulnérable
- Choix et finalité des spécialités
- Adaptation de la formation
- Recherche orientée vers les besoins de santé
- Interdisciplinarité
- Autres

La faculté de médecine de Poitiers a choisi de mettre en place des projets d'expérimentation autour des thèmes « contrat faculté/territoire » et « première ligne de santé ».

A partir des réponses des patients, des propositions de projets peuvent être faites :

- **Projets autour de la démographie médicale :**
  - Développement au sein de la faculté de médecine de Poitiers de l'information à propos des aides à l'installation. Création d'un module « installation ». Partenariat avec l'ARS.
  - Développement des terrains de stages en zones sous médicalisées.
  
- **Projets autour de l'enseignement :**
  - Développement de l'enseignement des compétences, en particulier de la relation médecin-malade par : la création de cours de psychologie et de sociologie dispensés par des professionnels non médecins ; l'instauration de jeux de rôles vidéo-enregistrés, avec la participation de patients « experts » ; le développement des groupes Balint dans la formation obligatoire initiale.
  - Création de nouveaux partenariats pour l'enseignement : professionnels paramédicaux, travailleurs sociaux, psychologues et société civile. Une priorité pourra être donnée à la collaboration avec la communauté, par l'intervention des patients et associations de patients au sein de la faculté de médecine ou sur les lieux de stages.
  - Création de modules d'enseignements communs avec les étudiants des professions paramédicales. Développement des « stages satellites », obligatoires pour chaque interne.
  
- **Projets autour de l'évaluation :**
  - Implication des partenaires dans l'évaluation des étudiants en médecine : participation de professionnels paramédicaux et de patients dans le jury de validation de DES par exemple.

#### 4.2.3- Ouverture

- Les projets RA-RS en France et dans le monde

Certaines facultés de médecine en France et dans le monde sont plus avancées dans la deuxième phase du projet RA-RS.

Pour développer les expérimentations à Poitiers, nous pourrions nous inspirer de certains projets francophones.

La faculté de Tours, s'inscrit dans la thématique « contrat faculté/territoire ». Elle s'appuie sur les inégalités territoriales de santé au sein de la région Centre, pour développer des projets visant à corriger les problèmes démographiques : incitation vis-à-vis du lieu d'installation ; orientation des lieux de stages ; innovations organisationnelles et techniques (télésanté) ; harmonisation des formations professionnelles sur le territoire régional (formations infirmiers...) (23).

Plus concrètement, la faculté de médecine de l'université Paris 13 à Bobigny, a instauré depuis 2012, une Année Préparatoire aux Etudes de Santé (APES). En effet, des études ont montré que les étudiants en médecine originaires de Seine-Saint-Denis auraient tendance à s'installer d'avantage au sein de ce département que les étudiants originaires des autres départements. L'objectif de l'APES est donc de favoriser l'accès et la réussite au concours de PACES, aux étudiants originaires du département de Seine-Saint-Denis. Cette année préparatoire est accessible uniquement aux lycéens de ce département (24).

Cette « sélection » des étudiants en médecine, selon leurs origines géographique et sociale, existe également au Canada. L'université d'Alberta a établi depuis 1988 un programme pour recruter et retenir les étudiants autochtones (première population canadienne : Métis et Inuits), afin que toutes les communautés canadiennes soient représentées dans le système de santé, et pour répondre au mieux aux besoins de santé de ces populations (11). Cette représentativité des étudiants en médecine, issus de tous les milieux socio-économiques, a été sollicitée par une participante lors d'un focus group. Ne faisant pas partie de notre culture, une sélection ethnique ne peut être envisagée en France. Sur le plan socio-économique, une aide financière pour l'accès aux études médicales pourrait

être créée afin de favoriser l'entrée en faculté de médecine aux étudiants issus de milieux défavorisés. Sur ce principe, des bourses d'enseignement supérieur existent déjà au niveau national. D'un point de vue géographique, la plupart des étudiants entrant en première année de médecine sont originaires de la région. Une « sélection » lors de l'internat serait plus intéressante et aurait un impact sur l'installation des médecins. On peut en effet supposer que les internes originaires de la région auraient plus tendance à s'installer dans le Poitou-Charentes, que les autres internes qui quitteraient la région à la fin de leur internat. Ceci a été confirmé par le Comité Régional de Poitou-Charentes des Internes en Médecine Générale (CRP-IMG) qui a étudié en 2012 la provenance géographique des internes en médecine générale à Poitiers et leur désir d'installation en Poitou-Charentes (25). Mais ce type de recrutement géographique des internes n'est pas réalisable compte tenu du déroulement actuel de l'Examen National Classant et des choix de spécialité au niveau national. En 2013 46,1% des étudiants ayant choisi médecine générale à l'internat ont quitté leur subdivision d'origine (26). Un travail à faire serait d'encourager les étudiants en sixième année de Poitiers, à choisir leur poste d'interne en Poitou-Charentes, dans l'hypothèse qu'ils choisissent ensuite une carrière médicale dans leur région ou département d'origine.

Un autre exemple de projet « contrat faculté/territoire » est celui de l'université de Tunis où une partie du campus a été délocalisée vers une zone sous médicalisée, afin de permettre l'accès aux études médicales pour les étudiants originaires de cette région (27).

En ce qui concerne la place des usagers au sein de l'enseignement universitaire en faculté de médecine, l'université de Tours commence à impliquer les patients dans la formation des étudiants en médecine. Plusieurs projets sont en place : participation de « patients ressources » ou de « patients experts » au sein des enseignements et des formations destinés aux professionnels de santé ; implication de représentants des usagers dans la réflexion des cursus pédagogiques ; participation des enseignants chercheurs de la faculté de médecine à la formation des représentants des usagers (23). Ces projets sont cohérents avec les souhaits des patients identifiés dans cette thèse et pourraient être une piste pour la mise en place d'un partenariat entre la faculté de médecine de Poitiers et la communauté.

- Les autres thèses à Poitiers

Deux travaux de thèse sur la responsabilité sociale des facultés de médecine ont déjà été réalisés à Poitiers. Une comparaison des résultats peut être effectuée.

Dr Benoit Tudrej explore dans sa thèse la connaissance des enseignants et étudiants en médecine générale à propos de la responsabilité sociale, ainsi que leur avis à propos du consensus mondial et de son application par la faculté de médecine de Poitiers (9).

Dr Vanessa Olariu analyse dans son travail le ressenti des internes de médecine générale à propos de la responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers (10).

Parmi les principaux résultats de ces deux thèses, certains sont comparables avec ceux recueillis auprès des patients dans cette thèse. Ils concernent principalement les indicateurs permettant d'améliorer la réponse aux besoins en santé de la population :

- adaptation de la répartition des spécialités médicales dans la région ;
- apprentissage par compétences ;
- favorisation de l'enseignement pratique, développement des stages ambulatoires en médecine libérale et dans le secteur paramédical ;
- promotion de la médecine générale dès l'externat ;
- formation transdisciplinaire ;
- encouragement des nouveaux enseignements : interdisciplinaires, travail en équipe, éthique, prévention ;
- développement de la formation continue ;
- coordination avec les institutions locales ;
- création de partenariats dans l'identification et la réponse aux besoins en santé.

Cette comparaison des résultats des différents travaux de thèse sur la responsabilité sociale des facultés de médecine devra faire l'objet d'une étude ultérieure, après avoir recueilli l'avis de l'ensemble des partenaires de la faculté de médecine. Une thèse sur le ressenti des professionnels paramédicaux a été réalisée dans le même temps que cette étude, par Marion Bazile (28). Certains de ces résultats peuvent être rapprochés de ceux de la présente thèse. Ils concernent :

- la méconnaissance du cursus médical par les professionnels paramédicaux ;
- la formation des étudiants en médecine : enseignement théorique de bonne qualité, programme long et chargé, formation hyperspécialisée, formation inadaptée par rapport à l'évolution de la société ;
- l'enseignement pratique : stages principalement hospitaliers, nécessité de développement des stages en médecine libérale, développement des « stages satellites » ;
- la relation médecin-patient : écoute du patient, coordination autour du patient, prise en compte de l'entourage, nécessité de développer la prise en charge bio-psycho-sociale du patient ;
- le partenariat : implication des professionnels paramédicaux dans la formation théorique et pratique, reconnaissance du rôle de chacun, amélioration de la communication entre professionnels de santé ;
- l'implication de la société : témoignages de patients « experts », évaluation des compétences du médecin par les patients.

Des thèses explorant l'opinion des internes des autres spécialités médicales et chirurgicales, des maîtres de stage ambulatoires et hospitaliers, des membres de l'administration de la faculté et de l'ARS sont actuellement en cours.

## 5. CONCLUSION

La faculté de médecine de Poitiers participe au projet RA-RS depuis sa création. La démarche de responsabilité sociale des facultés est aujourd'hui encore méconnue de tous les partenaires impliqués. Pourtant la diffusion des principes de responsabilité sociale a été initiée à Poitiers depuis 2013, en partie grâce aux travaux de thèses réalisés. On peut souhaiter que l'appropriation de ces principes augmente suite à cette thèse sur le ressenti des patients à propos de la responsabilité sociale de la faculté de médecine.

Les patients ont ainsi donné leurs opinions quant à l'implication de la faculté de médecine dans la réponse aux besoins en santé de la population.

La faculté de médecine de Poitiers est déjà entrée dans le processus de responsabilité sociale selon les principes qualité, efficience, pertinence, équité. Son enseignement par compétences lors du DES de médecine générale en est la meilleure preuve. Il est en adéquation avec les désirs des patients exprimés dans cette thèse.

Cette thèse s'intègre dans la phase 1 qualitative du projet RA-RS. Ses résultats pourront être mis en commun avec les autres thèses en cours, explorant l'avis de l'ensemble des partenaires de la faculté de médecine. Par la suite, des projets concrets de responsabilité sociale pourront être expérimentés (phase 2 du projet RA-RS). Des normes pourront alors être soumises pour l'évaluation des facultés de médecine francophones (phase 3 du projet RA-RS), en vue d'une certification, marqueur de l'excellence académique.

## BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Réorienter l'enseignement de la médecine et la pratique médicale en faveur de la santé pour tous. Résolution WHA 48.8 de l'Assemblée mondiale de la santé. Genève; 1995.
2. Boelen C, Heck JE. Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine. Organisation Mondial de la santé. 1995.
3. Boelen C. À quand une université socialement responsable ? Le cas de la faculté de médecine. Presse Médicale. déc 2012;41(12, Part 1):1165-7.
4. Boelen C. Vers l'Unité pour la santé. Défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé. 2001.
5. Boelen C, Woollard B. Social accountability and accreditation: a new frontier for educational institutions. Med Educ. sept 2009;43(9):887-94.
6. Comité de pilotage international, SIFEM. Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine. Pédagogie Médicale. 2011;12(1):37-48. **(Annexe 1)**
7. COPIL RA-RS, SIFEM, CIDMEF. Préparation de la phase 2 du projet : l'expérimentation (émergence de normes). Document de travail.
8. COPIL RA-RS, SIFEM, CIDMEF. Projet de recherche-action international des facultés de médecine francophones. Améliorer l'impact sur la santé par la démarche de responsabilité sociale. Contributions des facultés de médecine. Approche stratégique 2015-2020. Document de travail. 2015.
9. Tudrej B. Responsabilité Sociale des facultés de médecine, Poitiers dans une démarche internationale : une recherche action. [Thèse d'exercice] Université de Poitiers; 2013.
10. Olariu V. Responsabilité sociale de la faculté médecine de Poitiers : le ressenti des internes de médecine générale. [Thèse d'exercice] Université de Poitiers; 2013.
11. Base de données sur les initiatives en matière d'imputabilité sociale | Éducation médicale | AFMC [Internet]. [cité 24 juin 2015]. Disponible sur: <http://70.38.66.73/social-initiatives-database-f.php>
12. Van der Veken J, Valcke M, De Maeseneer J, Schuwirth L, Derese A. Impact on knowledge acquisition of the transition from a conventional to an integrated contextual medical curriculum. Med Educ. 1 juill 2009;43(7):704-13.
13. Jha V, Quinton ND, Bekker HL, Roberts TE. Strategies and interventions for the involvement of real patients in medical education: a systematic review. Med Educ. janv 2009;43(1):10-20.

14. Université des Patients | [Internet]. [cité 24 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.universitedespateurs.org/>
15. Hervé C. De l'étudiant médecin au médecin responsable. Formation de Paris Descartes sur l'initiative et la responsabilité. Document ppt ; 2011.
16. CISS-Poitou-Charentes | CISS - Collectif Interassociatif Sur la Santé [Internet]. [cité 30 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.leciss.org/ciss-poitou-charentes>
17. Organisation Mondiale de la Santé. OMS | Déterminants sociaux de la santé [Internet]. WHO. [cité 11 août 2015]. Disponible sur: [http://www.who.int/social\\_determinants/fr/](http://www.who.int/social_determinants/fr/)
18. Collège National des Généralistes Enseignants. Présentation du D.E.S [Internet]. [cité 11 août 2015]. Disponible sur: [http://www.cnge.fr/la\\_pedagogie/presentation\\_du\\_des/](http://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/)
19. Compagnon L, Bail P, Huez J, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2013;(108):148-55.
20. InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (Prénom). Aides à l'installation - Guide [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://www.isnar-img.com/content/aides-%C3%A0-l'installation-guide>
21. Agence Régional de Santé. Les praticiens territoriaux de médecine générale - PTMG [Internet]. Disponible sur: <http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/Les-praticiens-territoriaux-de.161259.0.html>
22. CNOM. Atlas de la démographie médicale 2015 | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1607>
23. Guillon L. Présentation du projet responsabilité sociale à Tours lors du congrès de la SIFEM à Bruxelles [Internet]. 2015 avr 27; Bruxelles. Disponible sur: <http://podcast3.mede.ucl.ac.be/podicampus-web-prod/detail.php?category=podiconf&id=91>
24. La démarche de responsabilité sociale dans les facultés de médecine. présentation de projets de phase 2 au niveau local. [Internet]. [cité 11 août 2015]. Disponible sur: [http://udsmed.u-strasbg.fr/aufemo/PDF/actualites/Responsabilite\\_sociale\\_JEFAC\\_2015.pdf](http://udsmed.u-strasbg.fr/aufemo/PDF/actualites/Responsabilite_sociale_JEFAC_2015.pdf)
25. CRP-IMG. Analyse du choix de l'internat de Médecine Générale en Poitou-Charentes, ECN 2012. 2013;
26. Bachelet M. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales. 2014 [cité 23 août 2015]; Disponible sur: <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/24799>

27. Maheri A. Présentation du projet responsabilité sociale à Tunis, lors du congrès de la SIFEM à Bruxelles [Internet]. 2015 avr 27; Bruxelles. Disponible sur:  
<http://podcast3.mede.ucl.ac.be/podicampus-web-prod/detail.php?category=podiconf&id=91>
28. Bazile M. Responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers: le ressenti des professionnels paramédicaux. [Thèse d'exercice]. UFR Poitiers Médecine-Pharmacie; 2015.

## ANNEXES

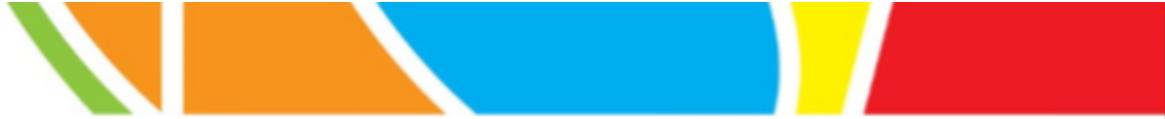
### Annexe 1 : Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine



Global Consensus for  
**Social Accountability**  
OF MEDICAL SCHOOLS

Consensus Mondial  
sur la Responsabilité Sociale  
des Facultés de Médecine

Décembre 2010



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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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



## Introduction

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

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

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

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

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

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

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

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

Axe 4 : Education basée sur des résultats escomptés.

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

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

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

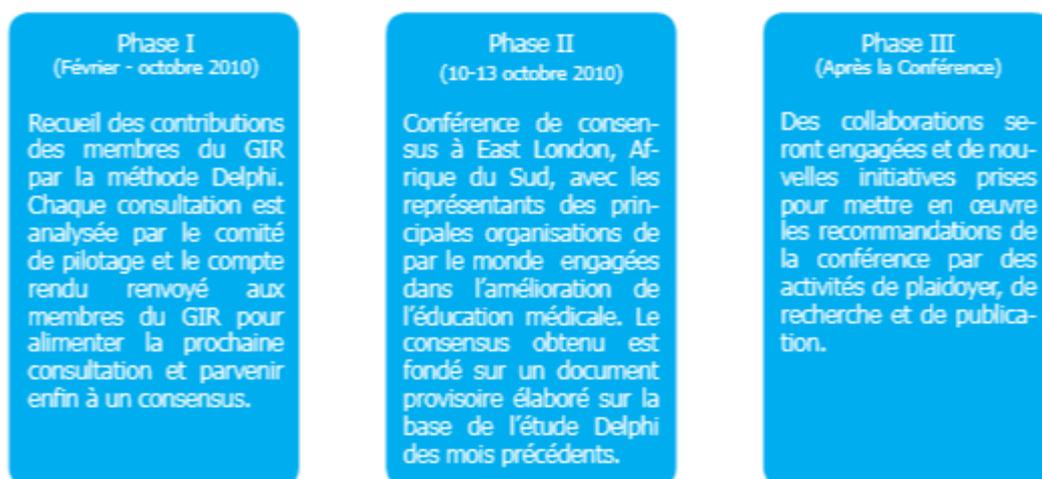
Axe 8 : Institutionnalisation de mécanismes d'accréditation.

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

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

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

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



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

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



## 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 ESCOMPTES**

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

4.2 L'éventail complet des interventions éducatives incluant le contenu et la structure du programme, l'attribution des ressources d'apprentissage, les méthodes d'enseignement, l'évaluation de l'étudiant, le développement professionnel des enseignants et les systèmes d'évaluation sont construits pour répondre aux besoins individuels et 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 efficiente aux priorités de santé, l'amélioration de leurs conditions de travail, leur contribution à l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population, dans le territoire où la faculté est implantée.

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **AXE 8. INSTITUTIONNALISATION DE MECANISMES D'ACCREDITATION**

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

## AXE 10. PRISE EN COMPTE DU RÔLE DE LA SOCIÉTÉ

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

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

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



## Steering Committee

**Magdalena Awasics**

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

**Rebecca Bailey\***  
**Charles Boelen,**  
Co-chair \*  
**Marlo Dal Poz**  
**Moses Galukanda\***

HRH, WHO Geneva  
Formerly with HRH, WHO

**Jorge Eduardo**  
**Gutiérrez Calviá**

HRH, WHO Geneva  
Makerere University and International Medical Group  
Asociación Costarricense de Facultades y Escuelas de Medicina (ACOFEMED)

**Dan Hunt**

Liaison Committee on Medical Education (LCME)

**Jehu Iputo\***  
**Yusuf Irawan**  
**Ahmed Kafajel**

Walter Sisulu University  
Hasanuddin University  
Jordan University of Sciences and Technology

**Joël Lachner\***  
**Sam Leinster\***  
**Stefan Lindgren\***

Université de Rouen  
University of East Anglia  
World Federation for Medical Education (WFME) and Lund University

**Khaya Mfenyana\***  
**Tewfik Nawar\***  
**André-Jacques**  
**Neusy\***  
**Björg Pálsson\***  
**Jean Rochon**  
**Robert Woollard,**  
Co-chair\*

Walter Sisulu University  
Université de Sherbrooke  
Training for Health Equity Network (THEnet)  
THEnet  
Université Laval  
University of British Columbia

## International Reference Group

**Mohamed Elhassan**  
**Abdalla\***

Jazan University

**Ibrahim Abdulmelni**

Registrar of the Medical and Dental Councils of Nigeria

**Walid Abubaker\***  
**Liliana Arias**

WHO/EHRD  
Columbian Association of Medical Schools, Member of Admin Committee at PAFAMS

**Carol Aschenbrenner**

American Association of Medical Colleges (AAMC)

**Makonnen Asefa\***

Ethiopian Public Health Association/ World Federation of Public Health Associations (WFPHA)

**Sébastien Audette**  
**Djona Avokoume**

Accreditation Canada  
HRH, WHO Regional Office for Africa

**Ibrahim Banihani**

Association of Medical Schools in the Eastern Mediterranean Region

**Rashed Barsoum**

Supreme Council of Egyptian Universities  
LCME

**Berbara Barzansky**  
**Mourad Belaceno**

Asociación Brasileña de Educación Médica, ABEM  
Ben Gurion University

**Dan Benor**  
**John Bilgh**  
**Dan Blumenthal\***  
**Bettina Bortsch**  
**Rosa Maria**  
**Borrell-Bentz**

Academy of Medical Educators  
Morehouse School of Medicine  
WFPHA, Geneva

**Nick Busing**

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

**David Buso\***  
**Jim Campbell**  
**Emmanuel**  
**Caspiatis**

Association of Faculties of Medicine of Canada (AFMC)  
Walter Sisulu University

Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG)



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

**Francesca Celetti**  
**Angel Centeno\***  
**Lincoln Chen**  
**Shakuntala**  
**Chhabra\***  
**Jan Couper\***  
**Manuel Dayrit**  
**Milton de Arruda**  
**Martins**  
**Eric de Roodenrys**

HRH, WHO Geneva  
Austral University  
China Medical Board  
MG Institute of Medical Science (MGIMS)  
University of Witwatersrand  
HRH, WHO Geneva  
University of Sao Paulo

**Jean-Francois**  
**Deneff\***

International Hospital Federation (IHF-FIH)

**Horacio Deza**

SIFEM International French Speaking Society for Medical Education  
Association of Medical Schools of the Argentine Republic (AF-ACIMERA)

**Mohenu Isidore**  
**Jean-Marie**  
**Diomande**  
**Robert Duvivier**

UPR Sciences Médicales d'Abidjan

**Tebanye Ekpe\***  
**Amel Elouazzani\***  
**Mohamed**  
**Elsanousi\***  
**Julian Fisher**  
**Antoine Fishaut**

International Federation of Medical Student Associations  
Youvoute Faculty of Medicine  
Hassan II University  
University of Gezira

**Cristobal Fortunato**

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

**Jean-Paul Francke**

Ateneo de Zaboanga University  
International Association of Deans of Francophone Medical Schools (CIDIMEF)

**Tabeh Freeman**  
**Sobie Frehywot**  
**George Gage**

Liberia Medical School  
George Washington University  
Afro European Medical and Research Network

**Jacob Gayle**  
**Grace George\***  
**Trevor Gibbs**  
**Charles Godue**

The Ford Foundation  
Walter Sisulu University

**Joana Gogneau\***

Human Resources for Health Development, WHO Regional Office for the Americas/PAHO

**Rajesh Gogoi\***

International Federation of Medical Students Associations (IFMSA)

**David Gordon\***

Patan Academy of Health Sciences, Patan Hospital  
Association of Medical Schools in Europe (AMSE)

**Arceidi Gual**  
**Edvard Gyader\***

Fundacion Educacion Medica  
School of Medicine and Health Sciences, Ghana  
UNESCO

**Georges Haddad**  
**John Hamilton\***  
**Bashir Hamad\***  
**Jason Hilliard**  
**Yiqun Hu**  
**Manuel Huaman**

University of Newcastle  
University of Gezira  
University of Colorado  
Shanghai Jiaotong University

**Muzaherul Huq**

Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPERAM)

**Yojiro Ishii**

HRH, WHO Regional Office for South-East Asia  
Japan International Cooperation Agency

**Marian Esile**  
**Jacobs\***

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

**Susan Johnson\***

National Board of Medical Examiners (NBME) and University of Iowa

**SAS Kargbo**

Ministry of Health, Sierra Leone  
Afro European Medical and Research Network

**Geoffrey Kasembell**  
**Zulfqar Khan\***  
**Michael Kidd**

WHO Pakistan  
WONCA working party on Education

**Khunying Kobchitt**  
**Limpaphayom\***

South East Asian Regional Association on Medical Education

**Joseph Kolars**  
**Jan Maeseneer**

Bill and Melinda Gates Foundation  
The Network Towards Unity for Health (Network TUH)  
American Society of Health-System Pharmacists  
University of Witwatersrand  
McGill University  
General Medical Council (GMC) Undergraduate Board  
NBME  
Former HRH, WHO  
University of Malawi

**Henri Manasse Jr.\***

Ministry of Health and Medical Education  
Global Health Dialogue  
George Washington University  
Australia  
International Alliance of Patients' Organizations

**Dianne Manning\***  
**Maurice McGregor\***  
**Jim McKillop**

WFPHA, Uganda

**Donald Melnick**  
**Hugo Mercor**  
**Nwapatza Hiyendo\***  
**Nader**  
**Mombazmanesh\***  
**Gottlieb**  
**Monekosso\***  
**Fitzhugh Mullan**  
**Richard Murray\***  
**Jeremiah Mwangi**

Chulalongkorn University  
North-eastern Ohio Universities and Colleges of Medicine and Pharmacy and ICME  
Foundation for Advancement of International Medical Education and Research (FAMIER)

**Rose Chalo**  
**Nabliye\***  
**Sophon Napathorn\***  
**Lois Nora\***

Asociación Mexicana de Facultades de Medicina (AMFEM)  
HRH, WHO Regional Office for the Western Pacific  
Inter-University Council for East Africa (IUCEA)

**John Norcini\***

African Center for Global Health and Social Transformation  
Fundacion Educacion Medica  
WHO Tanzania  
Global Healthcare Information Network  
Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM)

**Jesus Noyola**

Association for Medical Education in Europe (AMEE)  
Country Policies, Systems and Services, WHO Regional Office for Europe

**Ezekiel Nukuru**

SIFEM  
Flinders University  
Pan American Federation of Associations of Medical Schools (PAFAMS/PEPAMF)

**Chacha Nyalgotti-Chacha**  
**Francis Omaswa**

WONCA President elect  
Hurbert Kaliruki Memorial University  
Global Health Workforce Alliance (GHWA)

**Alberto Oriol Bosch**  
**Martins Ovberedjo\***  
**Neil Pakenham-Walsh**  
**Jorgi Pales**

University of the Philippines  
Academy of Medical Educators  
Institute for International Medical Education  
Northern Ontario School of Medicine

**Maddalena Patrício\***

University of KwaZulu Natal  
IntraHealth International  
Russian Academy of Advanced Medical Studies  
Global Health Education Consortium  
University of Pretoria

**Galina Perfilieva**

IFMSA  
Foundation for Professional Development  
University of Pretoria  
Flinders University  
UNESCO

**Dominique Pestiaux**  
**David Prédoux\***  
**Pablo Pulido**

Association of Medical Schools in the Western Pacific Region

**Rich Roberts**  
**Paschalis**  
**Ruganzam\***  
**Mubashar Sheikh**

Association of Medical Schools in Europe (AMEE)  
Country Policies, Systems and Services, WHO Regional Office for Europe

**Juste Siega-Sur\***  
**Leslie Southgate**  
**David Stern**

University of Pretoria

**Roger Strasser**

University of Witwatersrand

**Navin Sunderland\***  
**Kate Tulenko**  
**Felix Vartanian\***

University of Witwatersrand

**Anver Veig\***

University of Witwatersrand

**Kuku Voyi**  
**Margot Weggemans**  
**Gustaaf Wolvaardt\***

University of Witwatersrand

**Liz Wolvaardt\***  
**Paul Worley**  
**Akemi Yonemura**  
**Toshimasa Yoshioka**

University of Witwatersrand

**Liiz Wolvaardt\***  
**Paul Worley**  
**Akemi Yonemura**  
**Toshimasa Yoshioka**

University of Witwatersrand

**Liiz Wolvaardt\***  
**Paul Worley**  
**Akemi Yonemura**  
**Toshimasa Yoshioka**

University of Witwatersrand

**Liiz Wolvaardt\***  
**Paul Worley**  
**Akemi Yonemura**  
**Toshimasa Yoshioka**

University of Witwatersrand

**Liiz Wolvaardt\***  
**Paul Worley**  
**Akemi Yonemura**  
**Toshimasa Yoshioka**

University of Witwatersrand

**Liiz Wolvaardt\***  
**Paul Worley**  
**Akemi Yonemura**  
**Toshimasa Yoshioka**

University of Witwatersrand

**Liiz Wolvaardt\***  
**Paul Worley**  
**Akemi Yonemura**  
**Toshimasa Yoshioka**

University of Witwatersrand

**Liiz Wolvaardt\***  
**Paul Worley**  
**Akemi Yonemura**  
**Toshimasa Yoshioka**

University of Witwatersrand

**Liiz Wolvaardt\***  
**Paul Worley**  
**Akemi Yonemura**  
**Toshimasa Yoshioka**

University of Witwatersrand

**Liiz Wolvaardt\***  
**Paul Worley**  
**Akemi Yonemura**  
**Toshimasa Yoshioka**

University of Witwatersrand

**Liiz Wolvaardt\***  
**Paul Worley**  
**Akemi Yonemura**  
**Toshimasa Yoshioka**

University of Witwatersrand

**Liiz Wolvaardt\***  
**Paul Worley**  
**Akemi Yonemura**  
**Toshimasa Yoshioka**

University of Witwatersrand

**Liiz Wolvaardt\***  
**Paul Worley**  
**Akemi Yonemura**  
**Toshimasa Yoshioka**

University of Witwatersrand

**Liiz Wolvaardt\***  
**Paul Worley**  
**Akemi Yonemura**  
**Toshimasa Yoshioka**

University of Witwatersrand

**Liiz Wolvaardt\***  
**Paul Worley**  
**Akemi Yonemura**  
**Toshimasa Yoshioka**

University of Witwatersrand

**Liiz Wolvaardt\***  
**Paul Worley**  
**Akemi Yonemura**  
**Toshimasa Yoshioka**

University of Witwatersrand

**Liiz Wolvaardt\***  
**Paul Worley**  
**Akemi Yonemura**  
**Toshimasa Yoshioka**

University of Witwatersrand

**Liiz Wolvaardt\***  
**Paul Worley**  
**Akemi Yonemura**  
**Toshimasa Yoshioka**

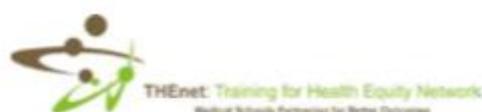
University of Witwatersrand

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

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



a place of mind



The  
ATLANTIC  
Philanthropies

SIFEM  
Société Internationale Francophone d'Éducation Médicale

wfme  
WORLD FEDERATION FOR  
MEDICAL EDUCATION



---

Rendez-vous sur le site :

[www.healthsocialaccountability.org](http://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](mailto:gcsa@familymed.ubc.ca)

Charles Boelen, Co-président du comité de pilotage

[boelen.charles@wanadoo.fr](mailto:boelen.charles@wanadoo.fr)

Bob Woollard, Co-président du comité de pilotage

[woollard@familymed.ubc.ca](mailto:woollard@familymed.ubc.ca)

---

## Annexe 2 : Fiche de recrutement des patients diffusée par le CISS-PC



# **FOCUS GROUPE** *Entretien de groupe* **MERCREDI 25 MARS 2015**

13 heures 30 – 16 heures 30

ADMR

60 avenue de St Jean d'Angély – 16710 SAINT YRIEIX SUR CHARENTE

A la demande de Anne Lise MAILLARD, médecin généraliste et du Dr Benoit TUDREJ Chef de clinique de médecine générale de collaborer à une thèse en recueillant les avis des associations d'usagers sur le thème suivant « *la responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers d'appréhender les besoins de santé de la population afin d'adapter la formation des futurs médecins* », le Conseil d'Administration du CISS Poitou-Charentes a donné son accord pour adresser une proposition de participation aux associations aux 3 réunions organisées une à Angoulême, une à Niort et une à Poitiers.

Par cette collaboration, l'objectif recherché par le CISS Poitou-Charentes est d'instituer un partenariat avec la faculté de médecine et le CHRU de Poitiers

*Cette réunion d'une quinzaine de personnes a pour objectif de débattre d'un sujet en profondeur, de manière à collecter des informations ... avec la présence d'un animateur*

### Bulletin d'inscription

A retourner au plus vite par mail : [poitoucharentes@leciss.org](mailto:poitoucharentes@leciss.org)

Par courrier : 28 rue Mirabeau – 16000 Angoulême

NOM de l'ASSOCIATION : .....

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Mail : .....

Téléphone : .....

ADMD 86 (Droit de Mourir Dans la Dignité), ADMR, AFA (Crohn), AFDPC (Diabétiques), AFSEP (sclérose en plaques), AFM(myopathies), AFP(polyarthrites), AFTC(traumatisés crâniens),AFVD (Vaincre les Douleurs), AIDE A LA VIE, AIDES, AIRENAUX PC, AIRESPIRATOIRES PC, ALMV PC (Mutilés de la Voix), AMR(Maladies rares), APCharente (Parkinson), APF (Paralysés de France),APLCP (Lutte contre le Psoriasis), AREDETA (Maladies Bipolaires), ARUCHR (RU Centre Hospitalier Rochefort), ASBH(Spina Bifida), CROQUONS LA VIE, (Jeunes Diabétiques), EPILEPSIE France, FAMILLES RURALES 86, FIBROMYALGIE FRANCE, FLEUR D'ISA, FMH (Malades et handicapés), FNATH, France ADOT 86, FRANCE ALZHEIMER 86, France PARKINSON PC, France Spondylarthrites PC, GMPC (Génération Mouvement *Aînés Ruraux*),ILCO 16/ASAS 17-79(stomisés), Le LIEN (lutte infections nosocomiales), LIGUE CONTRE LE CANCER, L'OASIS FLEURIE, TRANSHEPATE BRETAGNE-OUEST,UNAFAM (Familles Malades psychiques), UNRPA 17 (Retraités), VAINCRE LA MUCOVISCIDOSE, VMEH (Visiteurs de Malades)

Adhérent au Collectif Interassociatif Sur la Santé - 10 villa Bosquet 75007 PARIS Tél : 01 40 56 01 49

Le CISSPC est agréé pour représenter les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique de la région Poitou-Charentes par arrêté du 12 février 2007 renouvelé sous le n° 2011/001330 en date du 12 octobre 2011/ARSPC

## Annexe 3 : Formulaire d'information et de consentement des patients

Formulaire d'information et de consentement à la participation à une recherche non interventionnelle destinée aux patients participant à des focus groups.

### Participant au focus group

**Homme / Femme** (*razer la mention inutile*)

**Année de naissance :** .....

**Nom de l'association :** .....

**Adhérent de l'association :** .....

**Membre du bureau de l'association :**       **Oui**       **Non**

---

Anne-Lise Maillard, médecin généraliste et médecin investigateur m'a proposé de participer à une recherche non interventionnelle soutenue par le Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS Poitou Charentes).

**OBJET DE L'ETUDE ET PROTOCOLE :**

Ce travail de recherche est réalisé dans le cadre de la validation du diplôme de Docteur en Médecine de Mademoiselle Anne-Lise Maillard, à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers. Le Directeur de thèse est Monsieur Benoit Tudrej, médecin généraliste au 115 rue des Couronneries, 86000 Poitiers.

Ce travail s'intéresse à recueillir l'avis des patients sur la place de la faculté dans l'organisation de la santé.

Sont inclus dans cette étude tous les représentants de patients volontaires pouvant se déplacer pour des Focus Groups, en contact avec le CISS Poitou-Charentes.

Nous réalisons donc des entretiens de groupes appelés Focus Groups qui ont pour but de faire émerger les avis des participants sur un certain nombre de sujets donnés. L'objet de cette technique méthodologique n'est pas d'être représentatif du groupe étudié, mais de recueillir le plus largement possible les avis du groupe étudié. Ces entretiens sont organisés autour d'un animateur et d'un observateur.

Ces entretiens sont enregistrés (audios) et filmés (vidéos). L'objectif est la retranscription intégrale des échanges. Cette retranscription sera entièrement anonymisée. Ne seront conservées sur chaque participant que les informations suivantes : sexe, année de naissance, nom de l'association représentée, appartenance au bureau ou non de l'association. L'enregistrement audio sera détruit dès la fin de la rédaction de la retranscription. A l'issue de la retranscription, les enregistrements audios et vidéos seront supprimés définitivement.

A tout moment au cours du focus group, les participants peuvent décider de ne plus participer à la recherche et sur simple demande auprès de l'investigateur, les données déjà enregistrées avant anonymisation ne seront utilisées dans la recherche.

Seules les données anonymisées seront conservées sur l'ordinateur de l'investigateur et une copie sera sauvegardée sur un disque dur externe de l'investigateur.

La retranscription individuelle pourra être communiquée aux participants interrogés s'ils en font spécifiquement la demande auprès de l'investigateur avant son anonymisation.

Une partie ou la totalité des retranscriptions pourront être supprimées à la demande des personnes interrogées s'ils en font spécifiquement la demande auprès de l'investigateur avant son anonymisation.

Les résultats de l'étude seront transmis aux participants interrogés à l'issue de la rédaction de la thèse, sur demande et une copie fournie au CISS Poitou-Charentes.

J'ai pu poser toutes les questions que je souhaitais, j'ai reçu des réponses adaptées et j'ai pu disposer d'un temps de réflexion suffisant entre l'information et ma décision de participer à cette étude.

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles et seront rendues anonymes.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment sans avoir à me justifier et sans conséquence.

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche non interventionnelle.

Mon consentement ne décharge pas l'investigateur et le promoteur de leurs responsabilités à mon égard.

Fait à ....., le...../...../2015.

En deux exemplaires originaux

Nom Prénoms du Participant

A.L. Maillard, Médecin investigateur

.....  
Signature (*Précédée de la mention : Lu, compris  
et approuvé*) :

Signature :

## Annexe 4 : Caractéristiques des participants à chaque focus group

Participant	Sexe F/H	Age	Adhérent association O*/N**	Membre du bureau O*/N**
1A	F	70	O. CASA	N
1B	H	69	O. AIRPC	O
1C	F	78	O. UFC/ADMD	O
1D	F	60	O. AIRPC	O
1E	F	57	O.CISSPC	N
1F	F	55	O. CISS PC	O
1G	F	67	O. UNAFAM	N
1H	F	63	O. ILCO 16	O
1I	F	67	O.APF	O
1J	H	65	O. CSA/ ASBH	O
1K	F	63	O. VMEH	sans réponse
<b>Total 11</b>	<b>9F / 2H</b>	<b>Moyenne : 64,90909091</b>	<b>11O / 0N</b>	<b>7O / 3N /1SR</b>
		<b>Médiane : 65</b>		

**Tableau 1 : Caractéristiques des participants au focus group de Saint-Yrieix-sur-Charente le 25/03/2015 \*O : Oui ; \*\*N : Non**

Participant	Sexe F/H	Age	Adhérent association O*/N**	Membre du bureau O*/N**
2A	F	73	O. FNATH	O
2B	F	71	O. Ligue contre cancer	O
2C	F	65	O. France Alzheimer	N
2D	F	55	O.CISSPC	N
2E	F	39	O.CISSPC	N
<b>Total : 5</b>	<b>5F / 0H</b>	<b>Moyenne : 60,6</b>	<b>5O / 0N</b>	<b>2O / 3N</b>
		<b>Médiane : 65</b>		

**Tableau 2 : Caractéristiques de participants au focus group de Niort le 14/04/2015 \*O : Oui ; \*\*N : Non**

Participant	Sexe F/H	Age	Adhérent association O*/N**	Membre du bureau O*/N**
3A	F	66	O. ADMD	N
3B	F	65	O. ALMV PC	O
3C	F	60	O. AIRPC	N
3D	H	69	O. AIRPC	O
3E	F	85	O. AFSEP	N
3F	F	45	O.CISSPC	N
3G	F	63	O. AFSEP	N
3H	H	72	O. Alliance maladies rares	O
3I	H	69	O . ALMV PC	O
<b>Total : 9</b>	<b>6F / 3H</b>	<b>Moyenne : 66</b>	<b>9O / 0N</b>	<b>4O / 5N</b>
		<b>Médiane : 66</b>		

**Tableau 3 : Caractéristiques des participants au focus group de Poitiers-ARS le 29/04/2015**

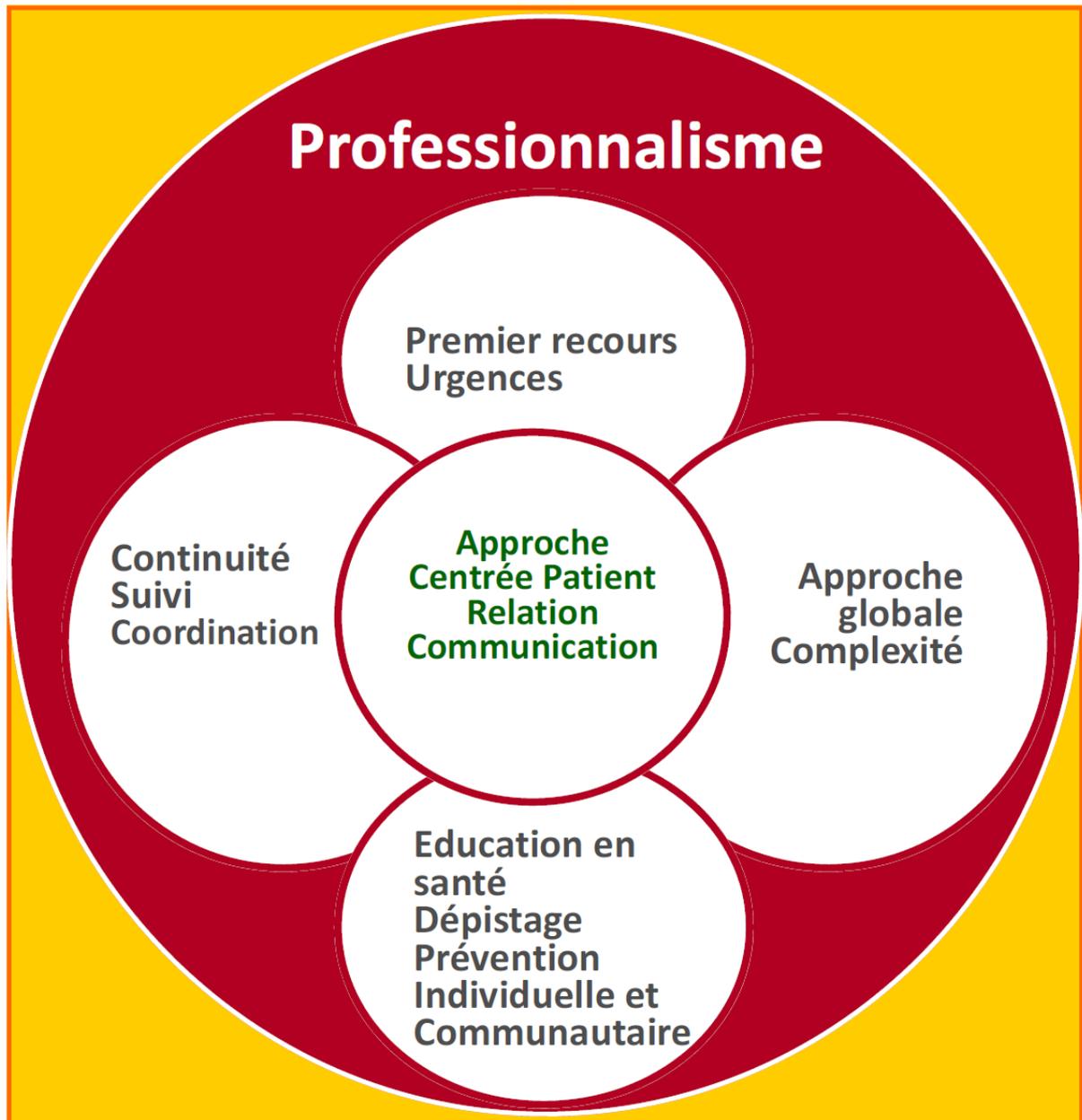
\*O :Oui ; \*\*N : Non

Participant	Sexe F/H	Age	Adhérent association O*/N**	Membre du bureau O*/N**
4A	F	45	N	N
4B	H	68	O. diabète	SR****
4C	F	25	N	N
4D	F	70	N	N
4E	F	50	N	N
4F	H	20	N	N
4G	F	60	N	N
4H	F	35	N	N
4I	F	30	N	N
<b>Total : 9</b>	<b>7F / 2H</b>	<b>Moyenne : 44,77777778</b>	<b>1O / 8N</b>	<b>0O / 8N / 1SR</b>
		<b>Médiane : 45</b>		

**Tableau 4 : caractéristiques des participants au focus group de Poitiers-Couronneries le 11/06/2015** \*O : Oui ; \*\*N : Non ; \*\*\*\*SR : Sans Réponse

Liste des associations citées : CSA : Collectif de Soutien aux Aidants ; AIR-PC : Association des Insuffisant Rénaux du Poitou-Charentes ; UFC : Union Fédérale des Consommateurs ; UNAFAM : Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiatriques ; ILCO 16 : association des stomisés de la Charente ; APF : Association des Paralysés de France ; ASBH : Association nationale Spina Bifida et Handicap associé ; VMEH : Visiteurs de Malades dans les Etablissements Hospitaliers ; FNATH : association des accidentés de la vie ; Ligue contre le cancer ; France alzheimer ; ADMD : Association Droit de Mourir dans la Dignité ; ALMV-PC : Association Laryngectomisés et Mutilés de la Voix Poitou-Charentes ; AFSEP : Association Française des Sclérosés en Plaques ; Alliance maladies rares.

**Annexe 5 : Marguerite du Collège National des Généralistes Enseignants : les compétences du médecin généraliste**



**Annexe 6 (sur CD joint) : Transcription intégrale des entretiens - Verbatim**

## RESUME ET MOTS CLES

**Introduction** : Le projet francophone Recherche Action-Responsabilité Sociale des facultés de médecine a pour but d'expérimenter et d'évaluer la mise en œuvre et l'impact d'une démarche inspirée de quatre principes : qualité, efficience, pertinence, équité. Le consensus mondial définit dix axes stratégiques servant de références pour qu'une faculté devienne socialement responsable. L'objectif de cette étude est d'explorer le ressenti des patients concernant l'approche de la faculté de médecine de Poitiers pour répondre aux besoins en santé de la population.

**Méthode** : Il s'agit d'une étude qualitative par focus groups, réunissant des patients volontaires aux cours de quatre entretiens semi-dirigés.

**Résultats** : Les patients ont une méconnaissance de la formation des médecins. Ils ressentent un déphasage entre leurs attentes et le système de soins actuel. Selon les participants, la réponse aux besoins en santé passerait par la définition des rôles du médecin généraliste, l'évolution de l'enseignement, l'adaptation de la démographie médicale et le développement de la recherche. La faculté de médecine devrait orienter son enseignement vers la relation médecin-patient. L'implication des patients dans la formation des étudiants en médecine est encouragée. L'évaluation de la responsabilité sociale de la faculté de médecine passerait par l'évaluation continue des compétences des futurs médecins.

**Conclusion** : La faculté de médecine de Poitiers avance dans une démarche de responsabilité sociale en adaptant ses programmes de formation pour répondre aux besoins en santé de la société. Son évaluation nécessitera la mise en place de normes et indicateurs, suite aux recueils de l'avis des autres partenaires du système de soins.

**Mots clés** : responsabilité sociale, faculté de médecine, patients, recherche qualitative

## ABSTRACT AND KEY-WORDS

**Introduction:** The French project Research Action – Social Accountability lead by medical schools is designed to test and evaluate the implementation and impact of an approach inspired by four principles : quality, efficiency, relevance, equity. The global consensus defines ten strategic factors as a reference for a faculty to become socially accountable. The aim of this study is to explore the feelings of patients around the approach taken by the Poitiers medical school to meet the health needs of the population.

**Method:** This is a qualitative study based on focus groups, bringing together volunteer patients in four semi-structured interviews.

**Results:** Patients misunderstand the training undergone by doctors. They experience a lack of consistency between their expectations and the current care system. According to participants, answering health needs is achieved through the defining of the roles of the general practitioner, the development of education, the adjustment of the demography in the medical sector and the development of research. Medical schools should direct their teaching towards the doctor-patient relationship. Patient involvement in the training of medical students is encouraged. The overall assessment of the social accountability of the medical school ought to go through the continuous assessment of the skills of future physicians.

**Conclusion:** The Poitiers medical school is moving forwards in a process of social accountability by adapting its training programs to meet society's health needs. Its assessment will require the implementation of standards and performance indicators, as evidenced through the collection of the views of other partners of the healthcare system.

**Key-words :** social accountability, medical school, patients, qualitative study



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de  
Pharmacie

**SERMENT**



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

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





## RESUME ET MOTS CLES

**Introduction** : Le projet francophone Recherche Action-Responsabilité Sociale (RA-RS) des facultés de médecine a pour but d'expérimenter et d'évaluer la mise en œuvre et l'impact d'une démarche inspirée de quatre principes : qualité, efficacité, pertinence, équité. Le consensus mondial définit dix axes stratégiques servant de références pour qu'une faculté devienne socialement responsable. L'objectif de cette étude est d'explorer le ressenti des patients concernant l'approche de la faculté de médecine de Poitiers pour répondre aux besoins en santé de la population.

**Méthode** : Il s'agit d'une étude qualitative par focus groups, réunissant des patients volontaires aux cours de quatre entretiens semi-dirigés.

**Résultats** : Les patients ont une méconnaissance de la formation des médecins. Ils ressentent un déphasage entre leurs attentes et le système de soins actuel. Selon les participants, la réponse aux besoins en santé passerait par la définition des rôles du médecin généraliste, l'évolution de l'enseignement, l'adaptation de la démographie médicale et le développement de la recherche. La faculté de médecine devrait orienter son enseignement vers la relation médecin-malade. L'implication des patients dans la formation des étudiants en médecine est encouragée. L'évaluation de la responsabilité sociale de la faculté de médecine passerait par l'évaluation continue des compétences des futurs médecins.

**Conclusion** : La faculté de médecine de Poitiers avance dans une démarche de responsabilité sociale en adaptant ses programmes de formation pour répondre aux besoins en santé de la société. Son évaluation nécessitera la mise en place de normes et indicateurs, suite aux recueils de l'avis des autres partenaires du système de soins.

**Mots clés** : responsabilité sociale, faculté de médecine, patients, recherche qualitative