

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016

Thèse n°

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

présentée et soutenue publiquement
le 08 septembre 2016 à Poitiers
par **Mademoiselle Gladys Renoult**

Responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers : ressenti du personnel
administratif et de la scolarité

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José Gomes Da Cunha

Membres : Monsieur le Professeur Pascal Roblot
Madame le Professeur Virginie Migeot
Monsieur le Professeur Roger Gil

Directeur de thèse : Madame le Docteur Vanessa Olariu

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016

Thèse n°

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

présentée et soutenue publiquement
le 08 septembre 2016 à Poitiers
par **Mademoiselle Gladys Renoult**

Responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers : ressenti du personnel
administratif et de la scolarité

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José Gomes Da Cunha

Membres : Monsieur le Professeur Pascal Roblot
Madame le Professeur Virginie Migeot
Monsieur le Professeur Roger Gil

Directeur de thèse : Madame le Docteur Vanessa Olariu

Le Doyen,

Année universitaire 2015 - 2016

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE
Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

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

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

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

Professeur des universités de médecine générale

- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BINDER Philippe
- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

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

Enseignants d'Anglais

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

Professeurs émérites

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

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

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

Remerciements

A Monsieur le professeur José Gomes Da Cunha, veuillez accepter mes plus sincères remerciements pour me faire l'honneur de présider cette soutenance de thèse. Veuillez trouver en retour mon profond respect.

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

A Madame le Professeur Virginie Migeot, et Monsieur le Professeur Roger Gil, vous avez accepté de juger ce travail, veuillez trouver ici l'assurance de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Vanessa Olariu, ma directrice de thèse, merci de m'avoir impliquée dans ce projet et d'avoir accepté de diriger mon travail jusqu'au bout malgré la distance.

Aux médecins rencontrés tout au long de ces années, qui m'ont permis d'évoluer et de grandir. Je garde un merveilleux souvenir de mon premier stage en ambulatoire avec les Docteurs Ladouch-Bures et Terisse grâce à leurs enseignements et leurs conseils.

A Madame le Docteur Jocelyne Gomes, pour votre accompagnement aux cours de ces trois années.

A ma team de la rue des trois fours, pour votre soutien, vos conseils, et de m'avoir accueillis et permis de débiter ce nouveau chapitre.

A mes amis, ma seconde famille, ma team de Bordeaux, ma team de Paris et maintenant ma team de Martinique, de près ou de loin vous avez su m'apporter votre soutien.

A ma famille, qui malgré la distance a su m'accompagner.

A Toi sans qui rien de tout cela n'aurait été possible, ma mère, ma confidente, ma première fan, ma partenaire. A Toi qui m'a faite et qui grâce à ton amour a fait la personne que je suis devenue. Je ne te remercierai jamais assez pour tout cela.

A Toi, qui de là où tu es, a veillé sur moi tout au long de ces années et veillera encore longtemps sur moi je l'espère.

A mon père, merci de m'accompagner et me soutenir tous les jours de ma vie.

Sommaire

Remerciements.....	5
Sommaire.....	6
Abréviations.....	8
Tables des figures.....	9
Résumé et mots-clés.....	10
Abstract.....	11
1. Introduction.....	12
2. Matériels et méthodes.....	15
2.1 Choix d'une méthode qualitative.....	15
2.2 Critères d'inclusion.....	15
2.3 Recrutement des participants.....	16
2.4 Choix des axes.....	16
2.5 Réalisation d'un questionnaire préalable.....	16
2.6 Déroulement des entretiens.....	17
2.7 Retranscription des entretiens.....	17
2.8 Analyse des données.....	18
3. Résultats.....	19
3.1 Caractéristiques des personnes interrogées.....	19
3.2 Analyse thématique transversale des entretiens individuels	21
3.2.1 Les besoins de santé.....	23
3.2.2 La communication/collaboration entre la faculté de médecine de Poitiers et les différents acteurs de santé.....	27
3.2.3 La formation dispensée par la faculté de médecine de Poitiers.....	31
3.2.4 Le rôle de la faculté de médecine de Poitiers.....	42

3.2.5 L'impact sur les médecins généralistes.....	46
4. Discussion.....	49
4.1 Méthode.....	49
4.2 Analyse des résultats.....	51
4.2.1 Ressenti du personnel administratif et de la scolarité par rapport à l'implication de la faculté de médecine de Poitiers dans la responsabilité sociale.....	51
4.2.2 Les premiers indicateurs.....	58
4.2.3 Propositions secondaires.....	59
5. Conclusion.....	60
Bibliographie.....	61
Annexes.....	63
Annexe 1 : consensus mondial.....	63
Annexe 2 : transcription intégrale des entretiens.....	79
Serment d'Hippocrate.....	80

Abréviations

OMS : organisation mondiale de la santé

UNICEF : fonds des nations unies pour l'enfance

ARS : agence régionale de la santé

DGOS : direction générale de l'offre de soins

DES : diplôme d'études supérieures

CHU : centre hospitalier universitaire

HAS : haute autorité de santé

HUGO : hôpitaux universitaires du grand ouest

ECN : examen national classant

PACES : première année communes aux études de santé

CESP : contrat d'engagement service publique

RA-RS : recherche action-responsabilité sociale

MSU : maitre de stage universitaire

Tables des figures

Figure 1 : Répartition des personnes interrogées selon leur sexe

Figure 2 : Répartition des personnes interrogées selon leur activité

Figure 3 : Carte conceptuelle des résultats

Figure 4 : Carte conceptuelle des besoins de santé

Figure 5 : Carte conceptuelle de la communication/collaboration entre la faculté de médecine de Poitiers et les différents acteurs de santé

Figure 6 : Carte conceptuelle de la formation dispensée par la faculté de médecine de Poitiers

Figure 7 : Carte conceptuelle du rôle de la faculté de médecine de Poitiers

Figure 8 : Carte conceptuelle de l'impact des médecins

Figure 9 : Le pentagone du partenariat

Résumé et mots-clés

Introduction : La responsabilité sociale est l'avenir des facultés de médecine désireuse de former des futurs professionnels de santé responsables. Le projet de recherche-action est fondé sur quatre principes fondamentaux : pertinence, qualité, efficience, équité. C'est dans ce but que les facultés qui se veulent les plus socialement responsable se basent sur le Consensus mondial, établi en 2010, se déclinant en 10 axes. Notre travail cherche à évaluer le ressenti du personnel administratif de la faculté de Poitiers concernant le projet de responsabilité sociale de la faculté.

Méthodologie : Etude qualitative par entretiens individuels, entre Avril et Octobre 2015, du personnel administratif et de la scolarité de la faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers, s'articulant autour de 3 axes du Consensus mondial.

Résultats : Le personnel administratif de la faculté de médecine de Poitiers pense que la faculté n'est pas encore une faculté totalement socialement responsable. La formation dispensée en premier et deuxième cycle est à améliorer. Il est, en effet, suggéré que la formation soit moins centrée sur l'emmagasinement de connaissances. Il est souhaité que la formation soit redirigée vers l'apprentissage de leur futur métier. Il est demandé que la formation dès le deuxième cycle oriente vers la pratique future et non uniquement vers l'ECN. Celle du troisième cycle est satisfaisante tant sur le plan théorique que pratique. La faculté est bien perçue comme étant au centre de la formation des futurs professionnels de santé et donc bien perçue comme le pilier par lequel les changements pourront se faire.

Discussion : La faculté de médecine de Poitiers se dirige pas à pas vers une faculté socialement responsable. Elle a des projets qui permettront de passer une nouvelle étape et de se rapprocher encore plus des critères retenus pour être socialement responsable. Ces projets consistent en une réforme de la maquette du DES de médecine générale avec plus de stage ambulatoire, un changement de la pratique pédagogique avec l'utilisation de la pédagogie inversée, la simulation de cas clinique concrets et complexes, et à long terme, il serait souhaité, la fin de l'ECN avec une méthode d'évaluation basée sur l'évaluation des compétences et des connaissances.

Mots-clés : responsabilité sociale, faculté de médecine, personnel administratif, personnel de la scolarité, étude qualitative, entretiens individuels.

Abstract

Introduction: The social accountability is the future of the medical schools' eager to train the future health professional leaders. This research-action is based on four fundamental principles: relevance, quality, effectiveness and equity. This is why the medical schools which are the most socially responsible rely on the global consensus, established in 2010, declining to 10 axes. Our work seeks to assess the feelings of the administrative staff of Poitiers medical school on its social accountability project.

Methodology: Qualitative research by individual interviews on the administrative and education staff of the Medical and Pharmacy school of Poitiers from April and October 2015, revolving around three axes of the Global Consensus.

Results: The administrative staff of Poitiers medical school thinks that it is not yet a fully socially responsible medical school. The training provided in first and second grades need to be improved. It is suggested that training needs to be less concentrated on knowledge accumulations and hoped that course be oriented more on the learning of their future profession. It is asked that second grades training moves towards the future practice and not only to the National exam. About the third grade, it is satisfying both theoretically than in practically. The medical school is seen as central for the training of future health professionals and so much perceived as the pillar by which changes can be made.

Discussion: Poitiers Medical school is heading step by step to become socially responsible. It has projects that will help to pass a new stage and get closer to the criteria for being socially responsible. These projects consist of a reform of the general medical's learning model with more ambulatory internship, a change in teaching practice with the use of reverse pedagogy, simulation of concrete and complex clinical cases and on a long-term, it is hoped, the end of the National exam with an evaluation method based on the assessment of skills and knowledge

Key-words: Social accountability, medical school, administrative staff, education staff, qualitative research, individual interviews.

1. Introduction

La responsabilité sociale des facultés de médecine est basée sur 3 institutions :

- éducation
- recherche
- dispensation de services

Ce concept de responsabilité sociale est abordé pour la première fois en 1978 lors d'une conférence internationale sur les soins de santé primaire, sous l'égide de l'OMS et de l'UNICEF.

Il regroupe quatre valeurs que sont :

La pertinence : souci de s'attaquer en premier aux problèmes les plus importants.

La qualité : données fiables et technologiques adéquate, de façon à dispenser aux personnes et aux populations des soins globaux de santé qui tiennent compte des attentes sociales et culturelles des usagers.

L'efficience : système de santé qui a le plus grand impact sur la santé d'une population tout en faisant le meilleur usage des ressources.

L'équité : soins de santé de qualité accessibles à tous dans tous les pays.

Ce concept est de nouveau abordé dans différentes conférences dix ans plus tard et encore dix plus tard. Jusqu'à une date clé : 2001 quand l'OMS met en place le Projet Vers l'Unité pour la Santé. Ce projet a pour objectif : « d'étudier et de promouvoir des initiatives à l'échelle mondiale pour favoriser l'unité dans la prestation des services centrés sur les besoins des personnes. »

Cette unité repose sur le partenariat de différents acteurs de santé :

- les décideurs politiques
- les gestionnaires de santé
- les communautés
- les institutions académiques
- les professions de santé

Tous ces acteurs s'articulent autour d'un même objectif : le service de santé basé sur les besoins des personnes. Il s'agit d'induire un vrai travail d'équipe avec des interactions entre tous ces acteurs, motivé par un seul but celui de répondre au mieux aux besoins de la population qui est l'axe 1 du consensus mondial.

Ce consensus mondial, écrit en 2010, composé de 10 axes résultant de diverses conférences, réunissant plusieurs organisations et experts internationaux, devient la base officielle de l'évaluation d'une faculté de médecine socialement responsable.

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

La faculté de médecine de Poitiers s'est investie dans ce projet de recherche-action dont l'objectif est : « d'expérimenter et d'évaluer la pertinence, l'applicabilité et la mise en œuvre d'une démarche de qualité inspirée des principes de responsabilité sociale définis par le Consensus Mondial, et d'en démontrer l'utilité comme une stratégie de choix pour améliorer l'impact sur la santé ».

Nous sommes actuellement dans la phase de diffusion de la conférence de consensus.

Charles Boelen a écrit :

« Prétendre prévoir les compétences que le médecin devra posséder dans les 10 à 15 prochaines années suppose l'identification des besoins futurs des citoyens et de la société et la capacité à anticiper la nécessaire évolution du dispositif sanitaire pour répondre à ces besoins, dans le respect de valeurs de qualité, d'équité et d'efficience des services de santé. La faculté, en consultation étroite avec les autres acteurs de santé, devrait avoir l'audace d'anticiper, quitte à les ajuster au fil du temps, les compétences que le futur médecin devrait posséder afin d'agir sur l'ensemble des déterminants de la santé : biologiques, certes, et aussi dans une certaine mesure, sociaux, économiques, culturels et environnementaux, afin qu'il soit reconnu comme référence en santé, en plus d'être un bon technicien de la maladie ou de l'organe. »
(2)

Cette citation illustre ce que nous avons essayé d'étudier dans notre travail.

Nous avons souhaité, à travers cette étude, établir un état des lieux de notre faculté, afin d'identifier l'existant et de définir les besoins nécessaires mais manquants en vue de construire une faculté socialement responsable.

En d'autres termes, comment la faculté peut-elle anticiper les besoins du médecin de demain (formation, compétences, collaboration, adaptation au terrain), comment peut-elle cibler et anticiper les besoins de la population, et comment tout ceci pourrait améliorer l'impact sur la santé ?

Pour répondre à cela, nous avons interrogé les administratifs de la faculté de Poitiers.

Notre travail a été fait dans le but de connaître les différentes perceptions, attentes et propositions auprès de l'administration de la faculté de Poitiers, concernant la responsabilité sociale.

Objectif principal : évaluer le ressenti du personnel administratif de la faculté de médecine de Poitiers concernant le projet de responsabilité sociale.

Objectif secondaire : mettre en évidence les outils suggérés pour devenir une faculté socialement plus responsable.

2. Matériels et méthodes

2.1 Choix d'une étude qualitative

Nous avons choisi une méthode qualitative avec des entretiens individuels semi structurés afin de répondre au mieux à notre question : identifier les différentes attentes et propositions pour devenir une faculté socialement responsable du point de vue des agents administratifs de la faculté.

La méthode des entretiens semi structurés permet, d'une part d'orienter en partie le discours des personnes interrogées autour de différents thèmes bien définis au préalable. Et d'autre part permet par des questions ouvertes de récolter des informations différentes : faits, constats, opinions, propositions et d'explorer au mieux le ressenti des personnes interrogées.

Cette méthode consistait à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative et aussi à appréhender le vécu, les expériences et le ressenti vis-à-vis d'une pratique.

Nous avons d'abord émis l'idée de faire des entretiens collectifs par focus groupe puis en discutant avec la directrice de cette recherche, Dr Olariu, associée à un autre médecin participant au projet de responsabilité sociale, les entretiens individuels se sont avérés plus adaptés.

2.2 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion des entretiens individuels étaient :

- Etre un agent du service scolarité de la faculté de médecine de Poitiers
- Etre un représentant du service administratif de la faculté de médecine de Poitiers
- Etre un ancien représentant du service administratif de la faculté de médecine de Poitiers
- Etre disponible
- Etre volontaire

2.3 Recrutement des participants

La thésarde a contacté les différentes personnes par mail afin de connaître leur disponibilité et de pouvoir organiser sur la même journée le maximum d'entretiens.

Le mail indiquait le sujet de la thèse (la responsabilité sociale) sans autre explication pour ne pas influencer les réponses et le mode d'entretien à travers un questionnaire de 8 questions sans en dévoiler le contenu.

Le doodle a été un outil permettant de choisir d'une date convenant à la majorité.

Avant chaque entretien ont été expliqués la méthode, l'enregistrement, la retranscription et l'anonymisation des données au moment de leur utilisation.

Par ce moyen de courrier électronique nous avons pu organiser, confirmer et envoyer un rappel pour quinze des entretiens. Le dernier ayant été organisé par un appel téléphonique.

Au total, nous avons contacté 20 personnes : finalement 16 d'entre elles ont accepté de nous rencontrer. 4 autres ont refusé soit par manque d'expérience, étant depuis peu de temps en poste à la faculté de médecine de Poitiers, soit sans explication.

2.4 Choix des axes

Lors d'une entrevue de travail avec la directrice de thèse et en accord avec les autres participants impliqués dans le projet de responsabilité sociale de la faculté de Poitiers, nous avons choisi 3 axes :

Axe 4 : éducation basée sur les résultats escomptés

Axe 5 : installation d'une gouvernance réactive et responsable

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

2.5 Réalisation d'un guide d'entretien préalable

Nous avons élaboré un questionnaire en se basant sur le modèle d'un guide d'entretien qualitatif. En effet celui-ci permet de définir le déroulement de chaque entretien tout en restant souple.

Avec la directrice de thèse, nous avons réfléchi à un questionnaire en se basant sur les 3 axes du consensus cités précédemment :

Selon vous quels sont les objectifs de santé prioritaire à développer pour la population ? Comment anticiper ces besoins que vous venez de décrire ?

Quels objectifs donneriez-vous à la faculté de médecine de Poitiers ?

Comment la faculté prépare-t-elle les futurs médecins à travailler en fonction des besoins de la population identifiés ?

Comment améliorer cette formation ?

Quels outils pourrait-on mettre en place pour évaluer la performance des médecins à la fin de leur cursus pour répondre aux besoins de santé ?

Selon vous avec qui la faculté collabore-t-elle pour répondre à ses missions de pédagogie ? Avec qui d'autres cela serait pertinent ?

Comment ouvrir la faculté sur les problèmes de société ?

Selon vous que pourrait-on mettre en place pour devenir une faculté proactive ?

2.6 Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés à la faculté de Poitiers soit dans une salle prévue pour l'occasion soit dans le bureau des personnes interrogées.

Les entretiens ont eu lieu les 16 avril 2015, 21 avril 2015, 6 mai 2015, 22 juin 2015, 6 juillet 2015 et 8 octobre 2015. Le nombre d'entretien dépendait de la saturation de données, il n'a pas été déterminé par avance.

Nous nous installions face à face. Il leur était expliqué le déroulement de la séance puis l'enregistrement, à l'aide d'un dictaphone, commençait. Les entretiens ont duré entre environ 6 et 60 minutes.

2.7 Retranscription des entretiens

Les entretiens enregistrés ont été intégralement retranscrits mot à mot, le plus littéralement et précis que possible (verbatim) en document Word. Lors de la retranscription, nous avons respecté les expressions de chacun, les interrogations, les temps mort, les phrases en suspens, les rires,...

Nous avons procédé à l'anonymisation de tous les participants, en les nommant par une lettre, de A à P, l'enquêteur (la thésarde) a été identifié par la lettre R.

2.8 Analyse des données

Le premier verbatim a été analysé par la directrice de cette recherche et la thésarde de manière individuelle grâce au logiciel d'analyse de données qualitatives Nvivo 11.

Le choix de cette analyse permet de recontextualiser par analyse transversale en regroupant les idées pour en tirer une interprétation thématique.

De cette première analyse nous avons pu mettre en avant des expressions ou mots clés appelés « nœuds ». Nous avons ensuite comparé les nœuds trouvés par l'une et l'autre afin d'être en accord.

Une fois cette étape passée, la thésarde a encodé de façon inductive les quinze autres entretiens, seule. Les analyses réalisées en aval ont permis de faire émerger de nouveaux nœuds ainsi que des sous-nœuds.

3. Résultats

3.1 Caractéristiques des personnes interrogées

Nous avons interrogé 16 personnes au total, au cours d'entretiens individuels. On dénombrait 10 femmes et 6 hommes.

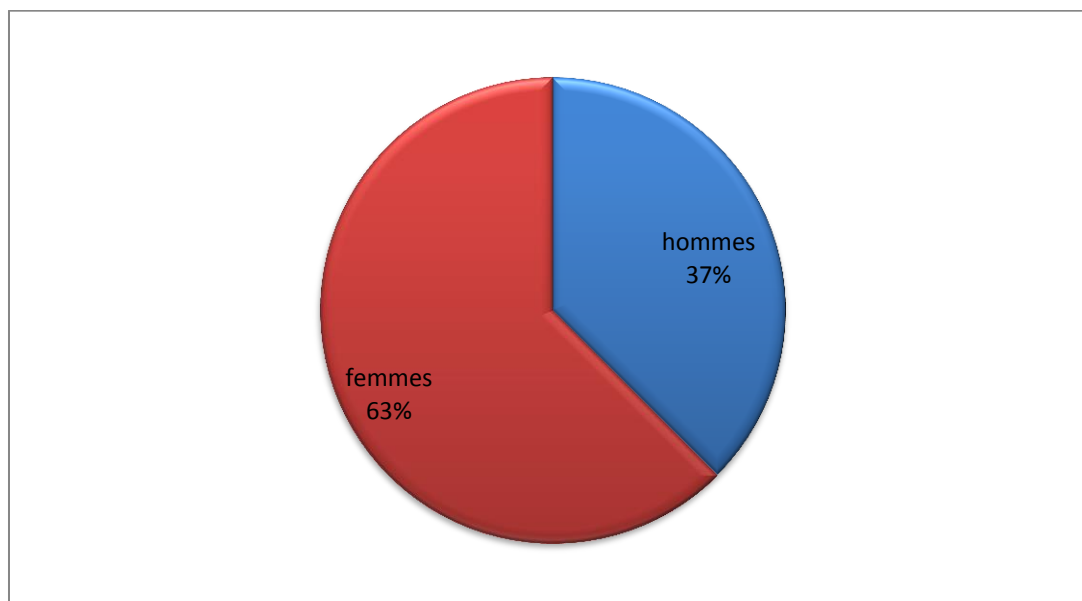


Figure 1 : répartition des personnes interrogées selon le sexe.

Parmi les personnes interrogées, 7 d'entre eux sont responsable de la scolarité de la faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers, 6 travaillent à la bibliothèque de la faculté de médecine et de Pharmacie de Poitiers, puis 3 occupent des postes administratifs à savoir doyen, vice-doyen et ancien doyen.

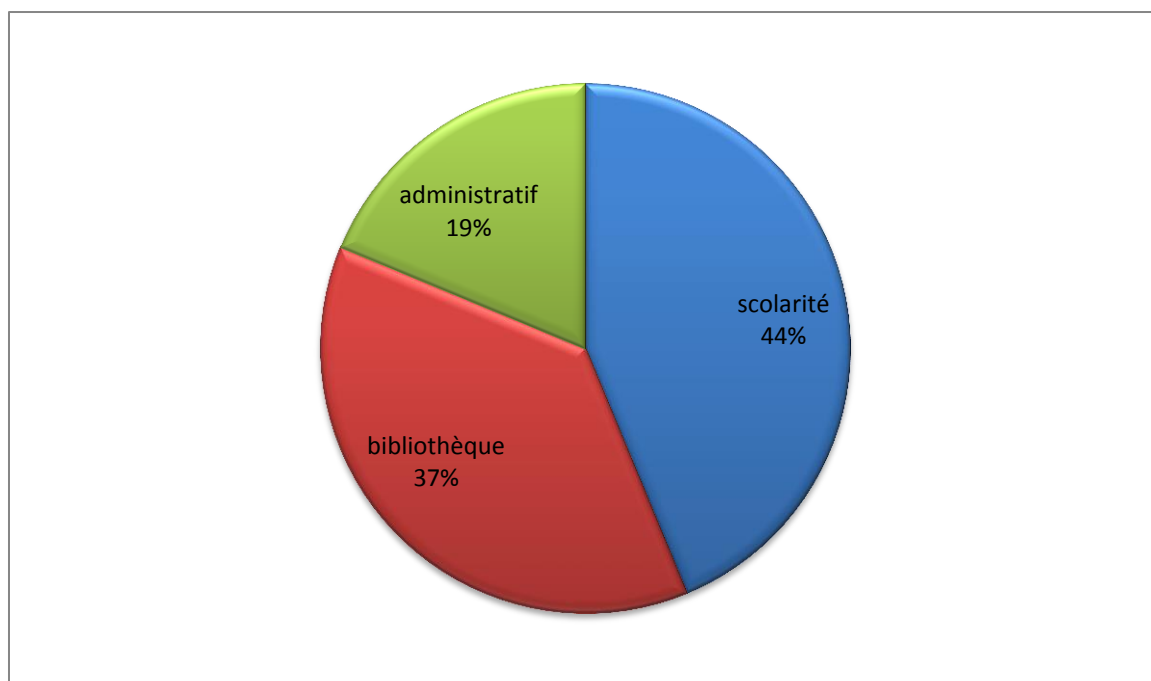


Figure 2 : répartition des personnes interrogées selon leur activité.

3.2 Analyse thématique transversale des entretiens individuels

La directrice de thèse et la thésarde ont analysé le premier entretien grâce au logiciel Nvivo 11.

Il s'agissait d'une analyse thématique transversale qui a permis d'isoler 5 grands thèmes à partir des entretiens du personnel administratif et de la scolarité de la faculté de médecine de Poitiers.

Les thèmes retenus sont :

- Les besoins de santé
- La communication/collaboration entre la faculté de médecine de Poitiers et les différents acteurs de santé
- La formation dispensée à la faculté de médecine de Poitiers
- Le rôle de la faculté de médecine de Poitiers
- L'impact sur les médecins généralistes

Chacun de ces thèmes a été détaillés en sous thèmes permettant la réalisation de cartes conceptuelles (ou arbre de résultats).

Nous exposerons chaque carte conceptuelle. Et chacune sera illustrée par des extraits de verbatim.

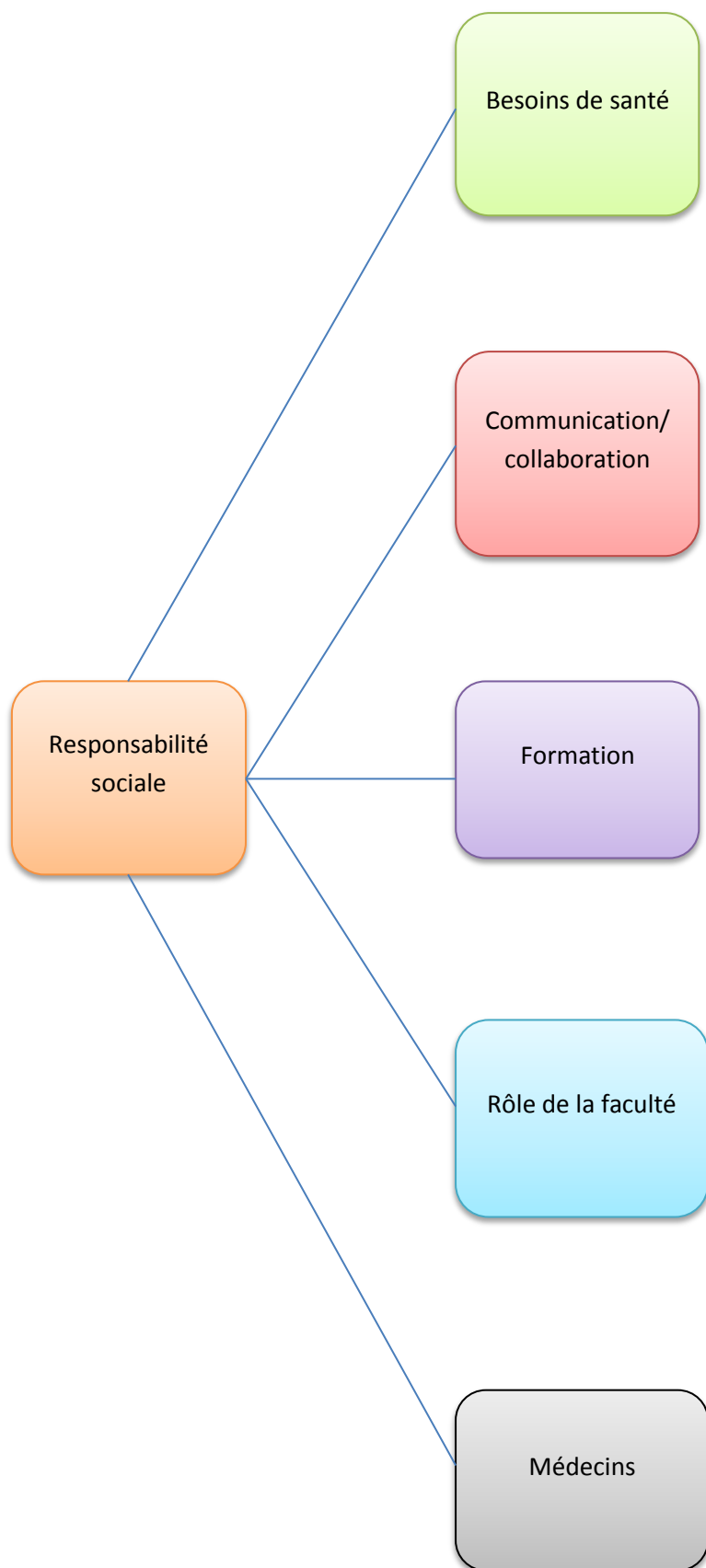


Figure 3 : carte conceptuelle des résultats

3.2.1 Les besoins de santé

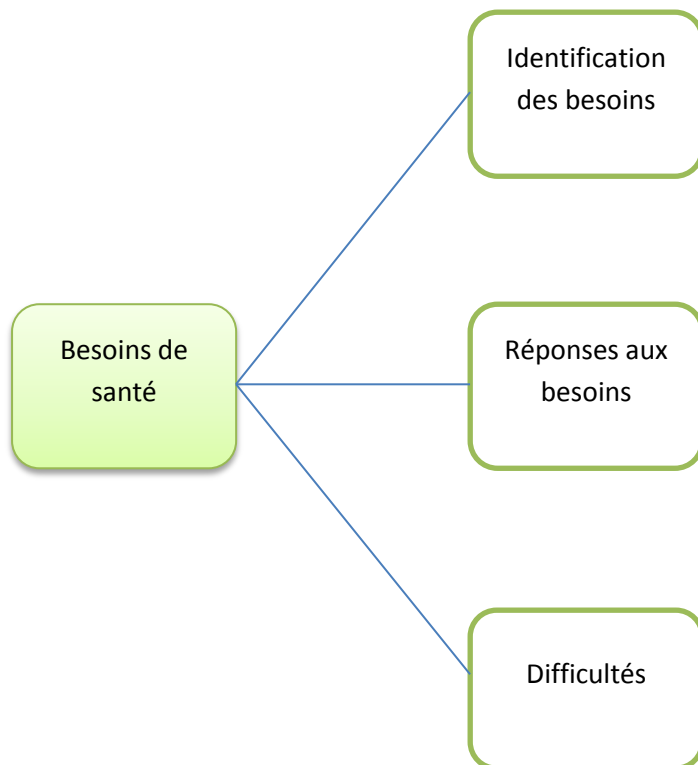


Figure 4 : carte conceptuelle des besoins de santé.

3.2.1.1 Identification des besoins de santé

Le recueil de données permet de voir que le premier besoin exprimé par la majorité des personnes interrogées est l'égalité des soins et l'accessibilité pour tous :

C : L'accès aux soins pour tous

E : La santé accessible à tous. Pas de médecine à deux vitesses.

N : Etre plus proche de... plus au service des populations, plus près des gens

Dans le but que l'individu puisse s'épanouir physiquement et mentalement :

A : C'est-à-dire réfléchir à ce qui peut concourir au bien être d'un individu dans sa vie et dans la société.

A : Est-ce qu'aujourd'hui on définit la santé comme l'absence de maladie quel que soit la qualité de la vie envisagée qu'à travers le retentissement provoqué par telle ou telle maladie.

D'autres mettent plus l'accent sur les besoins qui seraient à combler par rapport à la population. Ils mettent en lumière les manques qui existent. En effet certaines des personnes interrogées soulignent la pauvreté en médecins de certaines zones. Ceci serait lié soit à la fermeture du numerus clausus il y a plusieurs années que l'on a certes ré ouvert mais dont on ne voit pas encore les bénéfices. Soit lié au fait que certains médecins fraîchement diplômés ne s'installent pas rapidement, ils préfèrent d'abord effectués des remplacements à divers endroits. Enfin lié au fait que les zones sous densément peuplées sont souvent des zones rurales ce qui attirent moins que la ville.

J : Si peut-être on voit un manque au niveau des zones rurales, on a parfois des demandes des mairies, des pharmaciens. Ce sont des demandes ponctuelles (3 ou 4 par an) de personnes qui ne savent pas où s'adresser donc qui appellent à la faculté directement.

K : On en n'a pas du tout tenu compte, on voit que ça se désertifie, quand il y a un problème, on augmente pour telle spécialité mais on ne regarde pas de façon globale.

Mais dans un cas comme l'autre, ils s'accordent pour dire que même s'il existe des structures en charge d'évaluer ce que demande la population :

H : Les besoins en santé d'une population sont plutôt définis par l'ARS.

H : A la limite je dirais ce n'est pas notre travail, c'est le travail de l'ARS.

- O : A ma connaissance les gardes sanitaires n'ont pas précisé de façon stricte les besoins de santé
- O : Il existe normalement des structures françaises qui doivent pouvoir dire (par exemple comme la DGOS) quels sont les besoins de la population

Ces structures se contenteraient de renouveler ce qui existe déjà sans tenir compte de l'évolution de la population :

- O : On se limite à renouveler ce qui existe
- O : Ça ne veut strictement rien dire puisqu'en fait ça correspond au renouvellement de ce qui existe et pas du tout forcément aux besoins.
- K : On en n'a pas du tout tenu compte, on voit que ça se désertifie, quand il y a un problème, on augmente pour telle spécialité mais on ne regarde pas de façon globale.

L'autre besoin exprimé est celui de la prévention. En effet lors de la pratique médicale, il a plusieurs versants celui de la prévention qui consiste à éviter l'apparition de nouveaux cas et celui de la prise en charge thérapeutique qui consiste à traiter la maladie déjà installée. Plusieurs des personnes interrogées préféreraient être pris en charge au moment de la prévention plutôt que de la thérapeutique.

- A : On a des besoins prioritaires, on va peut-être regarder l'épidémiologie et puis faire la prévention des grandes causes de mortalité et de morbidité.
- G : La prévention et l'autonomie des personnes.
- G : Plutôt que d'attendre que les personnes soient malades, essayer de faire un travail en amont pour éviter que ça se produise

3.2.1.2 Réponses aux besoins

L'obligation d'installation, imposée par le gouvernement apparait comme un élément de réponse satisfaisant :

- E : Pour anticiper ce besoin, faire comme pour des concours de fonctionnaires : muter les médecins là où il y a besoin. Ça serait peut-être une solution.
- O : Les populations de médecins soient captives
- O : Ça sous entendrait qu'il faille que les praticiens soient prisonniers dans le territoire
- O : Service territorial

D'autres suggèrent que c'est au niveau de la formation qu'il faut faire évoluer les choses, soit en développant certaines matières qui restent peu étudiées, soit en proposant de nouvelles réformes :

K : Développer le DES de santé publique

G : Donc ça veut dire à un moment donné, aller à l'encontre des traditions.

Il est aussi évoquer le fait que certains acteurs de santé sont les mieux placés pour répondre à la demande de la population :

H : Ceci permet aussi à la faculté indirectement parce que ce dispositif est quand même géré par l'ARS d'avoir une emprise sur l'offre de santé sur le territoire de Poitou-Charentes

3.2.1.3 Difficultés rencontrées

Les difficultés sont d'une part d'ordre politique :

O : Le problème est que l'on répond actuellement à une offre de marché. On ne répond pas à une offre de santé.

O : dans certaines régions les priorités sont de maintenir une carte sanitaire telle qu'elle est et pas forcément telle qu'elle devrait être.

Et d'autre part liées à la formation :

O : Donc on est très très loin, je dirai d'être en responsabilité sociétale. Puisque par définition, on n'est pas sûr de former la quantité de médecins dont on a besoin, on n'est pas sûr de former la nature des médecins dont on a besoin et on est sûr que de toute façon ils ne seront pas forcément là où on en a besoin

3.2.2 La communication/collaboration entre la faculté de médecine de Poitiers et les différents acteurs de santé

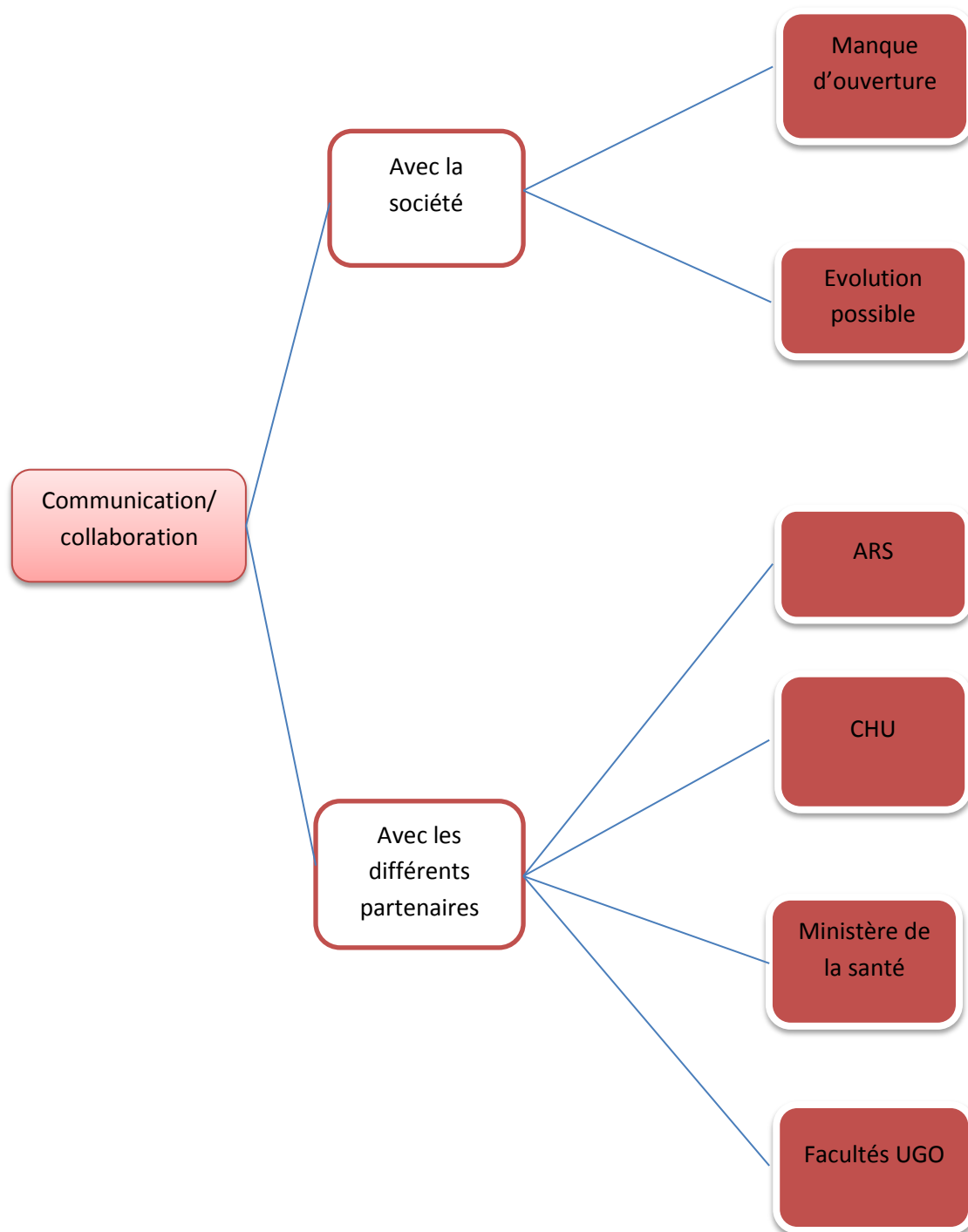


Figure 5 : carte conceptuelle de la communication/collaboration de la faculté avec les différents acteurs de santé

3.2.2.1 Communication avec la société

Dans un premier temps ce qui est mis avant est le manque de lien entre la faculté et la société :

A : Je pense qu'il y a une trop grande fracture en France entre le secteur médicale et le secteur social.

K : Nous sommes la faculté mais nous ne sommes pas ouverts sur le monde. Nous sommes très cloisonnés. Je trouve qu'il y a un manque de lien entre la faculté et le terrain

D'autre part, les étudiants sont mis en cause par leur manque d'ouverture vers la société :

B : Faut dire ce qui est, on a du mal à former nos étudiants, qui sont tellement accablés de cours, qu'on les sent peu sensible à la société autour.

B : ils sont devenus complètement fermés à la société.

Cependant il est possible d'améliorer les choses :

Par la proposition de conférences/débats :

A : Aujourd'hui c'est très fréquent qu'il y ait des conférences grand public organisées par la faculté. Elle n'est pas autarcique mais la tâche est immense.

B : C'est améliorer la communication avec l'extérieur. Les colloques, les forums, les congrès sont une bonne chose.

B : Faire venir la société civile afin d'avoir un retour et un dialogue.

F : Avoir des intervenants extérieurs sous forme de conférence même si ce n'est pas forcément axé médecine, justement sur d'autres sujets pour permettre cette ouverture

P : Je pense que c'est le moyen de communication auprès du grand public qui doit être le plus efficace.

Par la proposition de travailler avec des patients experts :

O : travailler notamment avec des associations de patients

O : Les patients experts ne sont pas des patients qui connaissent bien leur maladie mais leur vécu de maladie, ce qui est extrêmement important. Les médecins ont une connaissance scientifique de la maladie et pas humaine

Et aussi par le fait de sensibiliser de nouveau la société sur le fait qu'elle a des droits mais aussi des devoirs :

A : Il y a une responsabilisation du citoyen en domaine de santé.

3.2.2.2 Collaboration avec les différents partenaires

Les différents acteurs de santé avec lesquels il existe une interaction sont essentiellement l'ARS, le CHU, l'ordre des médecins, le ministère de la santé, le ministère de l'enseignement supérieur :

H : on a des relations assez étroites avec l'ARS, avec le CHU, avec les affaires médicales, avec les centres hospitaliers en périphérie, en région Poitou-Charentes, le ministère de la santé, le ministère de l'enseignement supérieur...

I : Nous avons mis en place une plateforme commune entre l'ARS, les affaires médicales et la faculté en ce qui concerne tous les étudiants, que ce soit en médecine ou en médecine générale qui permet de savoir les stages faits, les inter CHU réalisés, les dispos.

Les liens avec l'ARS sont essentiellement administratifs :

K : Pour en revenir aux relations, j'organise, en tant que secrétaire, les réunions pour les agréments, les réunions d'évaluation des moyens

I : Nous avons mis en place une plateforme commune entre l'ARS, les affaires médicales et la faculté en ce qui concerne tous les étudiants,

Il a été souligné le manque de lien pédagogique avec l'ARS. En effet c'est surtout sa mission politique qui est évoquée :

O : L'ARS n'a pas de mission d'enseignement.

O : L'ARS a des objectifs politiques, c'est une structure de l'état avec une gouvernance très précise et un rôle très précis. Ils n'ont pas de rôle en pédagogie.

Les autres acteurs de santé sont cités sans trop de détails :

A : Et puis aussi le conseil de l'ordre des médecins

F : Je pense qu'il manque un peu de partenariat avec le CHU. Il n'y a pas assez de communication entre les deux

P : Le conseil de l'ordre aussi car ils nous donnent un retour professionnel

A : Aujourd'hui, il y a une faculté qui forme et des structures qui organisent la santé sur la base d'objectifs, de plans régionaux de santé. Il y a des organismes comme l'HAS, le comité du médicament qui produisent des règles comportementales

Enfin certaines personnes interrogées, accordent une importance aux liens existants entre les différents facultés de médecine et notamment celles de la zone HUGO :

H : les autres facultés de médecine ou de pharmacie de la zone HUGO

P : on essaye de collaborer avec les autres facultés

3.2.3 La formation dispensée à la faculté de médecine de Poitiers

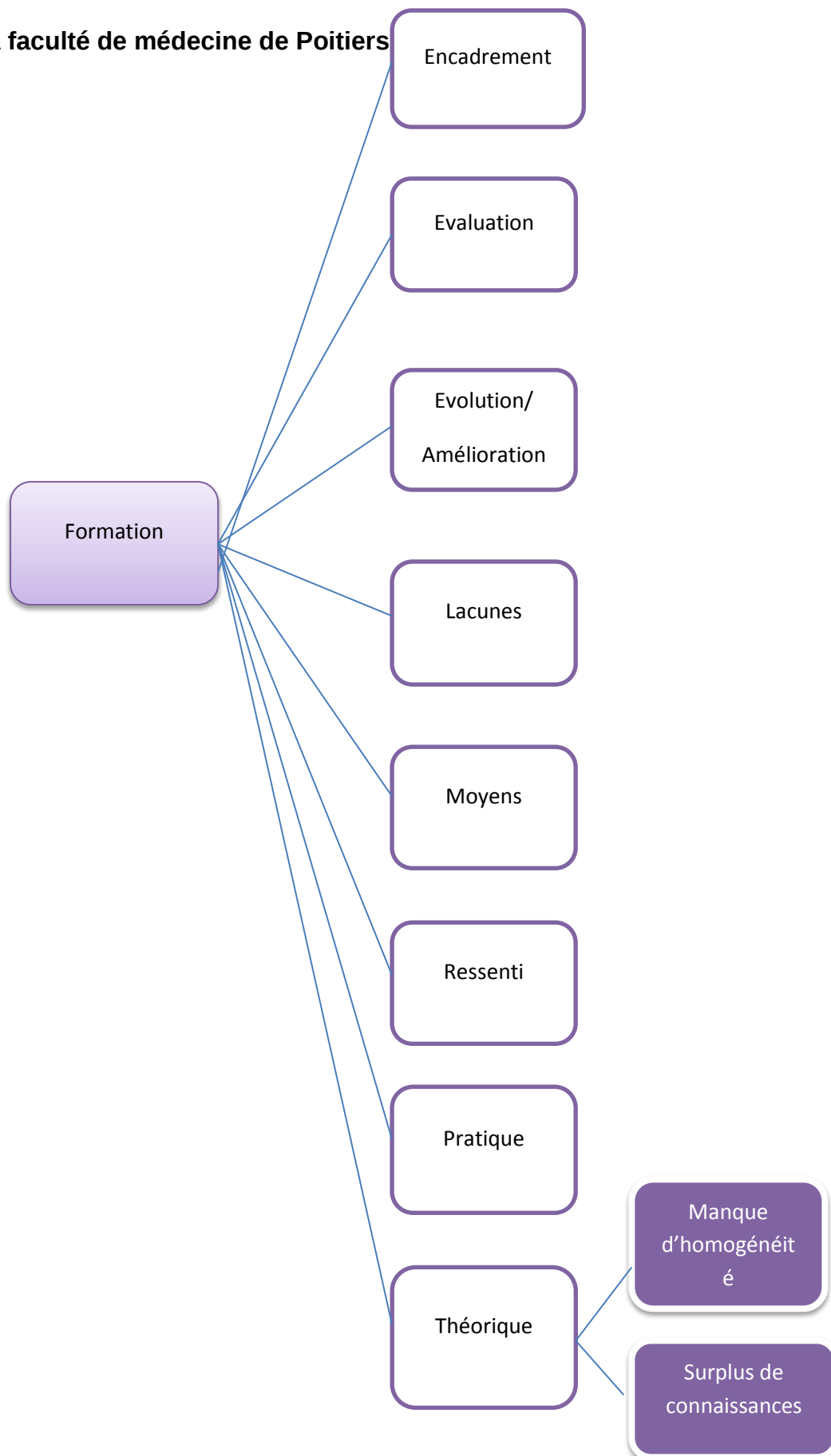


Figure 6 : carte conceptuelle de la formation dispensée à la faculté de médecine de Poitiers.

3.2.3.1 La formation théorique

Il s'agit d'une formation très encadrée qui laisse peu de place à la spontanéité ou l'inventivité afin d'éveiller l'attention des étudiants :

- O : Il y a deux choses. La première, en France les formations en santé sont extrêmement encadrées avec des textes, des arrêtés, des décrets et des lois
- O : C'est-à-dire, on nous dit qu'il faut qu'il y ait tant d'heure de ceci, on fait tant d'heure de ceci. Est-ce qu'après c'est la bonne chose ? Je pense qu'on peut dire oui parce que la plupart du temps, en tout cas pour le 3ème cycle, les programmes ont été faits par les professionnels qui connaissent leur métier, à base d'un référentiel métier pour la plupart, encore que toutes les disciplines n'ont pas fait un référentiel métier.

Et d'autre part, certaines matières sont facultatives ce qui est une illustration de cette hétérogénéité :

- A : La formation en éthique des étudiants en médecine est livrée au seul volontariat
Il est souvent revenu aussi le fait qu'il y ait trop de connaissances à mémoriser.
- B : Ce qui devrait créer de futurs praticiens moins sclérosés par le système accumulation de connaissances

3.2.3.2 La pratique

Dans l'ensemble la formation pratique est considérée comme bien adaptée :

- M : Au niveau des stages, je pense que...apparemment c'est bien, il y a une bonne formation.

Mais les personnes interrogées lors des entretiens individuels regrettent surtout le manque d'homogénéité de la formation :

- B : Ce sont des pratiques extrêmement hétérogènes, très diverses d'un individu à un autre
- B : Les gens apprennent souvent individuellement dans des rapports interpersonnels
- B : des gens qui ont des profils extrêmement différents.
- B : les pratiques sont très diverses
- B : Ils n'ont pas les mêmes pratiques, ils ne connaissent pas les mêmes outils

La pratique semble être une partie importante de la formation car nécessaire pour assoir les connaissances :

I : ils voient le côté pratique de la chose à savoir, l'examen clinique,

F : Pour moi c'est surtout l'expérience. Les connaissances peuvent être évaluées...mais on a besoin de pratique et d'expérience.

Et au-delà de la pratique pure, le côté humain paraît un critère essentiel :

E : Il y a le savoir mais il y a aussi la pratique. Je ne sais pas si le côté humain est beaucoup développer dans les études mais je ne crois pas.

La prise en charge du patient dans sa globalité est aussi un point essentiel et non négligeable de la formation pratique, soulignée par les participants des entretiens :

G : On pourrait évaluer ceci en évaluant l'intelligence corporelle. Pour faire un diagnostic, il faut être capable de regarder, de sentir, de toucher, d'entendre. Il faut être capable d'utiliser tous ses sens. La deuxième intelligence est l'intelligence émotionnelle : se mettre à la place de, et aussi être capable d'écouter. Il ne faut pas considérer le malade comme quelqu'un qui ne sait rien. Il ne faut pas remettre en cause la parole du malade. Il faut être formé pour annoncer.

3.2.3.3 Le ressenti

Les premier et deuxième cycles sont remis en question tant au niveau de la forme que du fond. En effet, certains trouvent que les deux premiers cycles devraient permettre un apprentissage complet en termes de compétences puis en termes de connaissances, afin que le troisième cycle ne soit qu'une confirmation des compétences et non une découverte :

A : On ne peut pas désespérer du premier et du deuxième cycle parce qu'il y a des capacités d'éveil mais ça n'est qu'à titre personnel.

A : Mais pour le moment, je trouve que l'enseignement de la médecine en France, pour le premier et deuxième cycle est dans une ornière.

O : J'estime qu'on devrait commencer le 3ème cycle en ayant acquis les compétences nécessaires à l'exercice correct de la médecine. De façon en 3ème cycle à n'avoir qu'à préciser un socle de compétence et un bien être du praticien.

C : Je me demande si les étudiants en médecine sont vraiment sensibles au sujet de l'importance de l'harmonie de vie, de la nécessité de se prendre en charge, d'être chacun responsable de soi-même, de se préserver en bonne santé. Parce que je les vois vivre un peu n'importe comment. S'il ne se l'applique pas à eux-mêmes, est ce qu'ils

peuvent informés les autres.

Cependant, ils reconnaissent que le troisième cycle permet une bonne formation tant pour l'apprentissage des connaissances que pour l'acquisition des compétences :

O : Donc question niveau de formation des compétences et des connaissances, je pense que c'est bon en 3eme cycle.

Le sentiment de surcharge du programme avec des notions peu utiles en pratique courante est très présent. Et a contrario, les notions utiles et fondamentales pour certains semblent être mises de côté au détriment d'un programme trop lourd, trop chargé de connaissances et non de compétences :

A : Comment voulez-vous enseigner les soins palliatifs, tout ce qui n'est pas sanctionné à l'internat...voilà. Donc on est en crise

D'autre part avant le troisième cycle les étudiants sont moins sensibles à la formation. Ils sont complétement absorbés par les ECN :

H : Mais il y a aussi le côté, au niveau du second cycle, un peu perverti par les ECN, où là on prépare clairement un concours(en PACES aussi), donc on n'est pas tellement dans la philosophie de se dire : je me prépare pour un futur métier. Mais je pense que l'internat sert à ça.

Il est suggéré un certain nombre de propositions pour essayer d'améliorer les choses :

B : A mon niveau, j'aurais tendance à dire qu'il y aurait certainement un effort à faire en termes de formation des professionnels de santé, sur tout ce qui est information scientifique et technique.

G : Pour moi la mise en situation est une étape importante. Je pense que c'est la meilleure façon d'apprendre, en étant sur le terrain.

P : Si on arrive à rendre l'étudiant acteur dans ces problématiques de santé à venir, je crois qu'il s'impliquerait très facilement.

Les personnes interrogées mettent aussi l'accent sur le « produit fini ». Après la formation ce qu'ils espèrent et attendent des professionnels de santé formés à la faculté de médecine de Poitiers :

G : Pour moi, un médecin compétent c'est quelqu'un qui sait écouter les personnes, qui a un bon diagnostic, mais ce n'est pas forcément quelqu'un qui sait tout.

G : D'un point de vue émotionnel, au niveau de l'intelligence émotionnelle, ce n'est pas vivable pour un médecin. Nous avons à faire à une médecine, qui à mon sens, ne prend pas en compte la diversité de la personne humaine.

O : Je pense que la bonne mission serait de définir les besoins exacts du territoire parce qu'une faculté, on des fonctionnaires de l'état, on est payé par la nation, il est légitime qu'on forme ce dont la nation a besoin.

3.2.3.4 Les moyens

Dans le cadre de l'enseignement dans le but de former des professionnels de santé compétents, la faculté de médecine de Poitiers met à disposition plusieurs supports techniques sous diverses formes :

B : documentation papier et en ligne

F : les e-books

La faculté se met aussi humainement à la disposition des étudiants en leur proposant un soutien physique :

B : rendez-vous individuel de recherche bibliographique

D : formation à la recherche documentaire,

Les enseignants essayent aussi de diversifier les méthodes d'apprentissage afin d'être plus attractives et plus adaptées en vue d'améliorer la formation des futurs professionnels de santé :

O : tutorat, des outils de simulation (consultations simulées, situations cliniques simulées).

O : Il y a d'autres outils comme les situations cliniques complexes.

Et le dernier point soulevé lors des entretiens est la proposition faite aux étudiants par la faculté de participer au projet CESP qui consiste en l'obtention d'une bourse en contrepartie d'un engagement de s'installer dans une zone sous densément peuplé en médecins. Ceci est une aide financière aux étudiants dans le besoin :

H : il y a tout ce qui est relatif au CESP

3.2.3.5 L'encadrement

Globalement, l'encadrement en petit groupe est très apprécié. Notamment chez le médecin généraliste où il s'agit d'un fonctionnement en binôme :

A : La faculté agit au 3eme cycle.

N : C'est vrai que les étudiants qui sont en stage dans un cabinet médical, en binôme, sont enchantés, parce qu'ils sont toute la journée avec un médecin et là ils apprennent beaucoup de choses, ce qui est hyper important.

I : c'est principalement de travailler au côté du sénior qui forme les futurs médecins

A : l'interne est à la fois médecin et étudiant. Et il faut tirer parti de cette proximité, pour sensibiliser les enseignants.

L'encadrement est aussi soutenu par le support papier notamment avec la bibliothèque qui suggère qu'il y ait un travail d'équipe entre médecins seniors formateur et bibliothécaire :

F : Ça me semble essentiel en tant que bibliothécaire de travailler avec les enseignants car c'est qui sont les prescripteurs, qui dirigent les étudiants sur tel ou tel axe.

Or en milieu hospitalier, il plutôt rare de pouvoir bénéficier de cette proximité. Ce qui explique que certains étudiants auraient besoin d'un encadrement différent et plus adapté :

M : Il faudrait peut-être un encadrement plus personnalisé en fonction de l'évolution de certains internes

M : Après ça ne veut pas dire qu'au niveau de la pratique ils ne sont pas biens mais il y aurait besoin d'un suivi suite à leur note de mémoire lorsqu'elles sont très limites.

G : La vraie pédagogie est de se servir des connaissances de la personne pour l'amener à grimper, à lui donner l'envie d'apprendre

Ce qui soulève aussi la question de la place de la formation hospitalière dans le cursus d'un médecin généraliste en formation :

K : Je trouve que pour la médecine générale c'est vraiment orienté hospitalier pour l'instant

K : Et inversement, les stages hospitaliers n'ouvrent pas à l'exercice de la médecine générale.

Certaines personnes interrogées remettent aussi en question la validation des étudiants en fonction de l'encadrement qu'ils ont reçu. C'est-à-dire, y a-t-il eu assez de temps pour évaluer correctement les compétences de ces étudiants qui sont en train d'apprendre leur futur métier ?

I : Je trouve que les chefs de service se sentent obligés de valider le stage pour ne pas pénaliser les internes qu'ils ont dans leur service

I : Ce qui m'amène à revenir sur la première question : refaire des stages est mieux que d'attendre la fin du cursus pour signaler que l'étudiant n'est pas compétent.

3.2.3.6 L'évaluation

Evaluer un futur professionnel de santé pour l'estimer comme un professionnel de santé compétent est un exercice peu aisé :

A : C'est très difficile

Il faut en effet se poser les bonnes questions et se mettre d'accord sur les compétences exigées requises pour être un futur médecin compétent :

A : Quel savoir, quel savoir-faire doit définir la compétence d'un médecin ?

A : Le problème c'est la réalisation d'objectifs, c'est définir un métier en terme de compétences

Après se pose la question de la forme que doit avoir cette évaluation : en début, en milieu, en fin de cursus ? Oral, écrit ?

I : Il ne faut pas un outil d'évaluation des compétences à la fin du cursus mais plutôt les évaluer au fur-et-à-mesure. Ce qui permettrait d'arriver à la fin avec un médecin compétent

K : Faudrait-t-il mettre en place un questionnaire en ligne ?

O : On classera les gens par rapport à un mode d'examen et le mode d'examen actuel ne fait appel qu'aux connaissances.

P : examen de fin d'étude

Les personnes interrogées se questionnent sur la remise en question de la formation de l'étudiant. Ces étudiants en cours d'apprentissage sont-ils suffisamment bien encadrés, c'est-à-dire, validés s'ils le méritent et invalidés si cela est nécessaire ?

Il semble qu'il serait souhaitable de ne pas attendre la fin de la formation pour émettre l'hypothèse de la non compétence de certains étudiants.

M : Sont-ils capable d'être tout de suite sur le terrain ? Sont-ils capable d'exercer ?

I : Si les internes étaient recalés pour les bonnes raisons, la formation pourrait être améliorée et les besoins mieux identifiés.

I : Oui, mais est-ce qu'au sein du jury il y en a un qui est capable de dire..., ou même avant d'arriver à passer la thèse, on va prendre le directeur de thèse, est-ce qu'il est capable de dire que : « non, je ne te sens pas prêt, il faut améliorer, il faut approfondir... »

I : Ce n'est pas quand l'étudiant arrive à la finalité : la thèse, qu'il faut lui dire qu'il n'est pas compétent.

3.2.3.7 Les lacunes

La majorité des personnes interrogées est en accord pour dire que le problème le plus important de la formation est le système d'ECN (examen national classant). Ce système d'évaluation ne permet pas l'acquisition de compétences mais force à emmagasiner un listing de connaissances plus ou moins utiles.

Pour les personnes interrogées, ce système ne permet pas la formation de personnels de santé compétents car ne se base pas sur les compétences mais sur l'accumulation de connaissances :

A : Tant qu'on sera empêtré par les épreuves classantes nationales, je crains que, nous ayons le système le plus stupide du monde, dont on ne peut pas se débarrasser.

A : Est-ce que aujourd'hui le but des facultés c'est d'apprendre à être médecin ou est-ce que c'est d'apprendre à passer les ECN ?

H : Mais il y a aussi le côté, au niveau du second cycle, un peu perverti par les ECN, où là on prépare clairement un concours(en PACES aussi), donc on n'est pas tellement dans la philosophie de se dire : je me prépare pour un futur métier.

A : Nous sommes contraints à ce concours de première année qui n'existe qu'en France, où on casse pleins de rêves.

O : Et ensuite quand vous rajouter 30 questions de plus à l'ECN, à la fin des études, je ne suis pas sûr que vous favorisiez la compétence par rapport aux connaissances, non.

L'accent est mis sur cet enregistrement de connaissances qui est perçu comme un désavantage. Il souhaiterait un amas de compétences dans un premier temps et ensuite à partir de ce socle de compétences intégrer les connaissances nécessaires :

O : On sait faire des gens qui ont des connaissances, on ne sait pas faire des gens qui ont des compétences.

O : Mais on fait l'inverse, on lui fait apprendre des connaissances et après on glisse dessus des compétences, ce qui exactement l'inverse de ce que l'on devrait faire.

O : Encore une fois on a fait des sommes de connaissances et pas des sommes de compétences.

H : Donc ce n'est pas forcément basé sur une réflexion par rapport aux pratiques du terrain.

D'autre part le manque d'encadrement pédagogique est évoqué, surtout en comparaison avec les étudiants en pharmacie qui sont moins nombreux, ce qui permet une meilleure proximité :

J : Si je compare avec pharmacie, il y a une approche pédagogique plus importante. C'est-à-dire qu'il y a des enseignants référents dès qu'ils entrent en 2ème année.

3.2.3.8 L'évolution/l'amélioration

L'amélioration de la formation ne peut commencer que s'il y a un état des lieux faits sur ce qui est et s'il y a une prise de conscience sur ce qu'il faudrait.

Il faut connaître ses limites pour amorcer une remise en question et donc pouvoir apporter des changements :

A : Je pense que tout commence par une prise de conscience.

A : Je pense que c'est de prendre conscience des manques.

A : Il y a une règle éthique que je trouve capitale et que je déclinerai en deux : délibéré, capacité d'être angoissé et insatisfait. C'est une angoisse beaucoup étudiée qu'on appelle l'angoisse éthique, l'angoisse existentielle. C'est parce que je suis insatisfait que je vais agir. C'est l'angoisse comme mobilisatrice. Affect mobilisateur. C'est ce qui détermine l'engagement.

Certains proposent des changements en lien avec la pédagogie utilisée actuellement par les enseignants :

B : C'est vraiment une chose sur laquelle il faudrait travailler. Ce sont des réformes de fond sur la pédagogie, l'organisation des études sur lesquelles j'ai peu la main mais où j'apporte mon support.

B : On sort d'un cadre magistral pour aller vers de nouvelles méthodes pédagogiques (pédagogie inversée, enseignement distanciel, enseignement de compétence Informationnel)

G : Ça serait intéressant de travailler en développement personnel. La vraie pédagogie est de se servir des connaissances de la personne pour l'amener à grimper, à lui donner l'envie d'apprendre

J : une approche pédagogique plus importante

K : Pour améliorer ce serait plutôt de la pédagogie, pas de l'administratif. Mais c'est à réfléchir.

O : pédagogie inversée

P : C'est l'étudiant qui deviendrait l'enseignant pendant le cours.

O : une immersion clinique très précoce avec un encadrement fort, de la simulation, du Tutorat

O : Il faudrait réussir à faire basculer en 1^{er} et en 2nd cycle du savoir être, du savoir-faire et pas que du savoir.

O : On est capable de savoir ce dont les médecins ont besoin comme connaissance, ont besoin comme compétence, supprimer ce concours de fin d'étude pour nous laisser expérimenter d'autres moyens de finir les études avec un côté plus pratique, avec une formation humaine mieux marquée, avec éventuellement une formation en gestion.

D'autres favorisent le travail en équipe dans le but d'avoir le point de vue d'un maximum de professionnels de santé divers afin d'améliorer la formation sur tous les plans possibles :

G : Il faudrait une table ronde avec des spécialités différentes. Si vous voulez prendre un problème dans sa globalité, il faut agir sur toutes les facettes (santé publique, finances, psychologie, sociologie,...)

G : Il faut favoriser le travail en équipe. Il faut une réflexion collective avec des acteurs différents.

Comme dit précédemment, les petits groupes d'étudiants sont priorités par rapport aux promotions trop volumineuses d'étudiants. Ce travail en petits groupes favorise la proximité et donc permet un apprentissage plus en profondeur et de meilleure qualité :

J : Ce serait plus de trouver, de faire des petits groupes avec des enseignants référents qui favoriseraient les échanges. Ça permettrait que les étudiants soient mieux orientés et donc d'améliorer la formation.

Mais pour mettre un tel système en place, il faudrait un plus grand nombre d'enseignants car la tâche est grande :

N : Et c'est vrai que s'ils étaient plus nombreux ça permettrait, ça soulagerait ceux qui s'impliquent beaucoup.

Plusieurs projets convergent dans ce sens :

K : C'est un projet : normalement augmenter d'1 an la maquette de médecine générale, de rester à 4 à 5 ans pour les autres spécialités

N : Si ce projet se met en place, ça permettrait de désengorger le CHU, ce qui permettrait d'améliorer la formation

Enfin l'amélioration pourrait être aussi apportée par les professionnels de santé récemment installés qui feraient part de leurs expériences, leurs manques, leurs besoins. Ceci pourrait permettre d'anticiper et d'améliorer la formation :

H : reprendre contact avec les jeunes diplômés, au bout de 2 ou 3 ans, et qu'eux aient un retour sur...comparer ce qu'ils ont reçu comme compétences au cours de leur formation ...et puis comment est-ce que sur le terrain

H : Après oui l'idée serait à partir de ce genre d'enquête, d'essayer d'améliorer les maquettes, de faire des enseignements qui pallient un peu ces manquements

3.2.4 Le rôle de la faculté de médecine de Poitiers

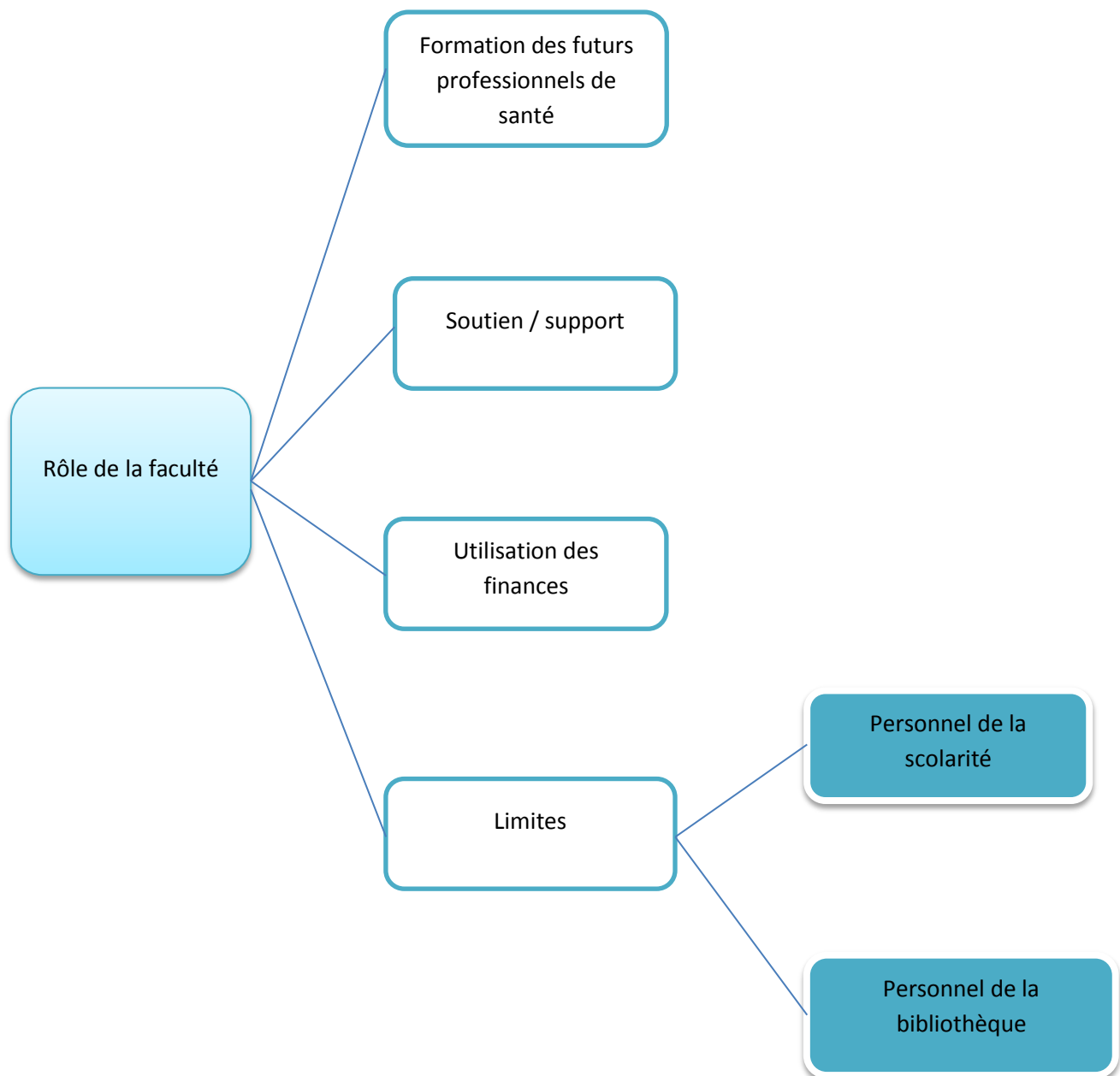


Figure 7 : carte conceptuelle du rôle de la faculté de médecine de Poitiers.

3.2.4.1 Formation des futurs professionnels de santé

Les personnes interrogées reconnaissent la place importante qu'occupe la faculté de médecine de Poitiers dans l'organisation de la formation : emploi du temps, faire le lien avec les enseignants, programmation des stages, disponibilité,... :

A : et là les gens qui les encadrent c'est la faculté. Alors là oui le rôle est immense.

A : tout est dans l'organisation des programmes, des objectifs de l'enseignement.

B : On contribue à la formation des futurs professionnels de santé.

Cependant, toute cette organisation ne se fait pas au détriment de l'auto-formation qui est la base de la formation à la faculté de médecine de Poitiers. Il est important que l'étudiant se sente acteur de formation pour y participer pleinement car il apprend son futur métier :

H : Il faut aussi qu'il s'accapare sa formation et qu'il se dise : je suis en train de me former pour être un futur praticien

Tout est mis en œuvre pour tirer parti de cette formation qui est théorique ainsi que pratique :

A : l'interne est à la fois médecin et étudiant. Et il faut tirer parti de cette proximité, pour sensibiliser les enseignants.

La faculté essaie aussi de sensibiliser les étudiants au rôle qu'il joue au sein de la société :

B : Former autrement les futurs professionnels de santé pour les ouvrir à la société.

3.2.4.2 Soutien / support

La faculté a un rôle de support technique, c'est-à-dire, tout ce qui est bibliothèque, formation continue,... tant pour les étudiants que pour les enseignants :

B : nous sommes une fonction support importante de la formation initiale et continue aussi

H : Nous, le service de scolarité, c'est un service d'appui aux fonctions d'enseignement des professeurs et maîtres de conférences donc on ne prend pas de décisions plus en avant.

L'étudiant se repose énormément sur le service de scolarité de la faculté de médecine tant quand il a besoin d'une simple information que d'une explication, que pour une requête ou quand il a simplement besoin d'aide (suivi, soutien mental) :

E : De l'écoute pour aider les étudiants dans leur cursus. Faciliter le quotidien (restauration, circulation, logement) car c'est un facteur de stress.

I : Mais quand il y a un souci l'étudiant ne se retourne pas vers l'ARS ou les affaires médicales, il se retourne vers l'administration de la faculté qui essaye d'y répondre du mieux qu'elle peut

M : Je sais qu'il y a une commission de soutien qui est mise en place mais peut-être pas assez personnalisée

Certains étudiants nécessitent un suivi particulier et quand ils se retrouvent en difficulté, les premiers vers qui ils se retournent est le service de scolarité de la faculté de médecine. Certains auraient besoin d'être aidés pour leur orientation :

M : Après il y a peut-être un manque de suivi pour certains, qui auraient besoin d'être plus accompagnés.

N : Je pense qu'il y a des étudiants qui auraient besoin d'être mieux suivis pendant leur externat et éventuellement de suivre un autre chemin. Et ça je pense que ça manque.

N : moi j'en ai déjà vu qui ne sont pas fait pour ce métier la...il n'y a pas de structure vraiment claire pour faire en sorte qu'ils arrêtent.

3.2.4.3 Utilisation des finances

Au regret des personnes interrogées, c'est surtout un manque de moyen financier qui est mis en évidence :

F : Plus de budget

I : Il y a des étudiants qui je trouve payent des frais d'inscription où derrière il n'y a quand même pas de...

I : il n'y a rien.

I : En ayant un peu plus de séniors. Mais il s'agit d'un coût pour l'hôpital donc après c'est au CHU de voir de quelle manière ?

E : On peut toujours mais il faut avoir les fonds.

3.2.4.4 Limites

Limites du personnel de la scolarité

Le personnel de la scolarité émet la possibilité d'être relégué au dernier rang ce qui expliquerait le fait de ne pas avoir toutes les informations.

Ils ont un rôle surtout administratif. Ils n'ont pas de pouvoir de décision, ce qui semble être un regret :

H : Nous en scolarité c'est validé, ce n'est pas validé point. On applique la réglementation tout simplement. On n'a pas de réflexion au-delà de ça en fait.

H : Je ne sais pas exactement. Il est arrivé qu'il y ait des terrains qui ne soient pas favorable pour l'apprentissage et qu'ils soient fermés. Mais après comment ça se passe dans le détail ? Je ne sais pas exactement.

I : par contre au niveau de l'administration nous n'avons pas de retour. Je trouve que nous sommes le dernier maillon de la chaîne.

K : Nous n'avons pas cette vue-là. Nous sommes vraiment administratifs.

N : Mais il y a des décisions qui ne sont pas de notre ressort et même si nous proposons, il faut que les enseignants donnent leur accord

L'autre limite est que certaines des personnes interrogées viennent de prendre leur poste dans cette faculté de médecine. Donc ils ne connaissent que très peu le fonctionnement de cette faculté et donc ne peuvent pas répondre à toutes les questions qui leur sont posés :

D : C'est compliqué. Je viens juste d'arriver sur Poitiers. Je ne me sens pas en mesure de répondre. Je ne connais pas la région.

Les limites du personnel de la bibliothèque

Ici c'est le manque d'information qui explique la méconnaissance du personnel :

C : Je n'ai malheureusement pas conscience...enfin je ne suis pas suffisamment informé sur tout ce qu'on vous demande, l'exigence des études.

E : C'est un peu difficile. Je vois ça un peu de loin. J'aurais du mal à répondre.

B : J'aurais du mal à évaluer. Ce n'est pas vraiment de ma compétence.

3.2.5 L'impact sur les médecins généralistes

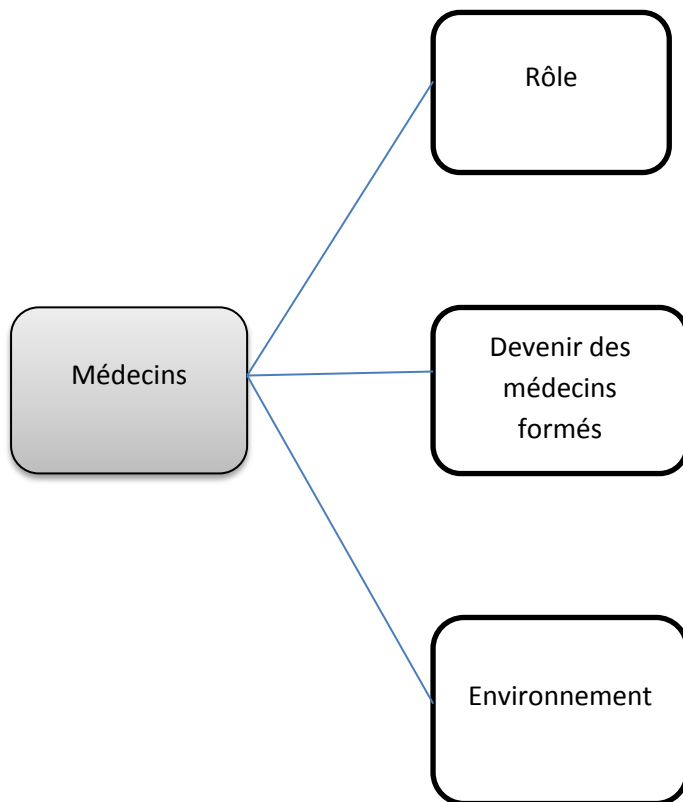


Figure 8 : carte conceptuelle de l'impact des médecins.

3.2.5.1 Rôle

Rôle d'écoute, d'empathie, de prise en charge globale :

B : J'attends de lui une capacité à vivre dans le monde réel, à collecter des informations, c'est-à-dire, à avoir une relation au patient, sa pathologie, capacité diagnostique, prendre en compte le patient en tant qu'être humain

G : Pour moi, un médecin compétent c'est quelqu'un qui sait écouter les personnes, qui a un bon diagnostic, mais ce n'est pas forcément quelqu'un qui sait tout.

Rôle de coordinateur :

B : Un médecin doit être un interlocuteur des différents corps sociaux.

Rôle de prévention :

G : Ils ont un vrai rôle de prévention

C : Je vois plus le rôle des médecins plutôt que de soigner, serait de prévenir les risques.

G : Et pareil au niveau médical, c'est-à-dire, la place du médecin généraliste qui éduque

Rôle de pilier de la société :

G : Le médecin a un rôle primordial dans la société actuelle.

G : Ça veut dire que c'est le médecin qui est le confident de toute la société.

Capacité à ne pas rester sur ses acquis, toujours chercher l'information, toujours en formation toujours se tenir au courant des nouvelles recommandations :

G : l'une des premières qualités d'un médecin c'est justement d'avoir la curiosité de se dire qu'est qui a changé par rapport à ce que j'ai appris.

3.2.5.2 Environnement

De nos jours il est important de savoir dans quel milieu économique, politique et social évoluent les professionnels de santé. Les personnes jugées estiment que lors de la formation reçue, les professionnels de santé en sont peu informés :

B : Est-ce que les médecins sont suffisamment formés à la connaissance de leurs environnements politique, juridique, économique et institutionnel ?

B : Les enjeux socio-politiques et économiques sont de plus en plus lourds et je n'ai pas l'impression qu'on y prépare beaucoup les médecins.

3.2.5.3 Devenir des médecins formés

Pour permettre à la faculté d'évoluer, d'améliorer la formation qu'elle propose pour former des futurs professionnels de santé compétents. Il paraît évident qu'un retour de ceux ayant fini leur cursus et installés pourrait aider.

Mais la faculté se confronte à la « disparition de ses produits finis ». En effet, une fois formés et leur diplôme en poche, la faculté n'a aucun suivi :

K : On ne sait pas où ils vont : est-ce que vous repartez dans vos régions d'origine ? Est-ce que vous restez en région Poitou-Charentes ? Nous n'avons pas de vue sur le long terme de ce que vous devenez

H : Que nos médecins une fois diplômés, ils oublient la fac, ils ne restent pas tous dans la Région

K : Il est vrai que nous n'avons pas de suivi du post internat. Quand les étudiants quittent la faculté, nous n'avons pas de suivi.

N : J'en connais qui ont du mal à trouver des remplaçants. On se demande où vont tous les médecins diplômés. Qu'est ce qu'ils deviennent ? Où vont-ils ?

Pour pallier à ce problème, il est proposé de mettre en place une sorte de suivi uniquement dans le but de faire évoluer la formation afin de pouvoir corriger les faux pas qui ont pu exister toujours à la recherche de perfectionner « le produit fini ».

H : Je pense que ce qui pourrait être intéressant serait de reprendre contact avec les jeunes diplômés, au bout de 2 ou 3 ans, et que eux aient un retour sur...comparer ce qu'ils ont reçu comme compétences au cours de leur formation ...et puis comment est-ce que sur le terrain,

H : Après on peut aussi se rapprocher de ceux qui décident d'être maître de stage, parce que chez eux on peut déceler un intérêt pour les questions d'enseignement.

4. Discussion

4.1 Méthode

Pour recueillir au mieux le ressenti du personnel administratif de la faculté de médecine de Poitiers ainsi que son implication dans le projet de recherche-action de responsabilité sociale, notre étude a retenu la méthode des entretiens semi-directifs individuels.

Cette méthode d'entretiens individuels consiste en une technique de recueil d'informations qualitatives permettant de rassembler les faits et opinions des personnes interrogées sur un sujet donné. Contrairement à l'entretien directif, l'entretien semi directif n'enferme pas le discours de l'interviewé dans des questions prédéfinies, ou dans un cadre fermé. Il lui laisse la possibilité d'orienter, de développer son propos.

Ce type d'entretien permet de recueillir des informations de différents types : des faits, des opinions, des points de vue, des analyses, des propositions.

Les avantages de cette méthode sont :

- recueillir des informations approfondies sur les valeurs, les faits et comportements des personnes interrogées

Les limites de cette méthode sont :

- difficulté de tirer des conclusions générales
- nécessité de beaucoup de temps
- le matériau récupéré dépend des connaissances des personnes interrogées et de leur volonté à bien vouloir répondre. Le choix des informateurs est donc important.

La première étape a été la sélection des personnes interrogées.

Il s'agit d'un projet qui regroupe plusieurs thèses explorant chacune le ressenti d'une population différente. La directrice de thèse et la thésarde ont décidé ensemble d'étudier le ressenti du personnel de la faculté de médecine de Poitiers.

Nous nous sommes retrouvées face à un échantillon de personnes très hétérogènes, ce qui est bien pour obtenir des réponses variées, mais qui nous a mises en difficulté lors de l'analyse des données par rapport à la saturation de ces dernières.

En effet, nous avons interrogé le personnel administratif de la faculté de médecine de Poitiers, le personnel de la scolarité et celui de la bibliothèque qui n'ont pas du tout le même ressenti par rapport au projet de la responsabilité sociale car ils n'occupent pas le même rôle au sein de cette faculté. Ceci explique donc la difficulté liée à la recherche du principe de saturation de données.

La deuxième étape a consisté en l'élaboration du guide d'entretien.

Cette étape a débuté par la sélection des différents axes. La directrice de thèse et la thésarde se sont retrouvées pour choisir les axes les plus adaptés par rapport à la population sélectionnée pour les entretiens.

Ensuite nous avons élaboré un questionnaire. La difficulté était de proposer des questions dont la formulation resterait simple et compréhensible par la majorité des personnes interrogées. Cependant après le premier entretien, nous avons reformulé certaines questions, car cela avait été demandé par l'interviewé, au cours de l'entretien. Malgré cela, la thésarde s'est retrouvée plusieurs fois à développer ou expliquer ou reformuler les questions posées par manque de compréhension.

Concernant les personnes interrogées, un recueil de données simple a été réalisé, à savoir leurs noms et fonctions. Par la suite, tous les entretiens ont été anonymisés.

Un autre élément à gérer a été le temps des entretiens. Il a été difficile de limiter les entretiens, ce qui explique l'hétérogénéité du temps d'enregistrement. En effet les enregistrements ont duré de 6 à 60 minutes. Chacun ayant eu besoin de plus ou moins de temps pour exprimer son opinion. Il y a eu 2 entretiens de très courte durée : 4 minutes 55 et 6 minutes 09. Ces 2 entretiens ont été aussi brefs : par manque de connaissance du sujet et par la difficulté de compréhension des questions. Les réponses apportées ne répondaient pas au sujet abordées. Lors d'un de ces 2 entretiens, la personne interrogée n'a répondu qu'à la première question et demandé d'arrêter l'interview car ne pouvait pas répondre aux autres questions. L'autre entretien n'a pu être exploité car la personne interrogée est depuis peu de temps en poste à la faculté de Poitiers et n'a pu répondre à mes questions.

La troisième étape a été le déroulement des entretiens.

La principale difficulté rencontrée a été le manque de recul de certaines personnes interrogées lié au fait de leur prise de poste récente, ne permettant pas la réalisation de l'entretien. Et le peu de connaissances concernant le sujet du questionnaire.

Il a été difficile pour la thésarde de rester neutre car l'envie ne manquait pas de participer au débat que suscitait les réponses faites par les différents interlocuteurs. Il a fallu savoir garder la bonne distance afin de ne pas biaiser les résultats.

La quatrième étape a reposé sur l'analyse des données et sur la limitation du biais de mesure.

Même si la thésarde a été le plus fidèle que possible lors de la retranscription des entretiens, on ne peut éliminer complètement une perte de données car lors des entretiens malgré le double enregistrement, en fonction de l'intensité de voix de la personne interrogée, certains mots étaient inaudibles ou difficilement compréhensibles.

Enfin nous avons limité le biais d'interprétation grâce à la triangulation faite par la thésarde et la directrice de thèse.

Les autres biais présents sont :

- Le biais de sélection car la population interrogée a été sélectionnée par un autre moyen que le tirage au sort et d'autre part la population sélectionnée est issue d'une seule faculté. Il s'agit d'une étude locale ce qui pourrait impliquer une spécificité car toutes les facultés n'ont pas le même fonctionnement.
- Le biais de méthodologie : recueil difficile par manque de connaissance du sujet

4.2 Analyse des résultats

4.2.1 Ressenti du personnel administratif et de la scolarité par rapport à l'implication de la faculté de médecine de Poitiers dans la responsabilité sociale.

L'objectif principal de notre étude est d'explorer, par la voix du personnel, le rôle actuel de la faculté de médecine de Poitiers dans l'identification et la prise en charge des besoins de santé de la population.

4.2.1.1 Besoins de santé

Il s'agit du premier axe du consensus mondial de responsabilité sociale.

Au cours de cette étude, nous avons pu constater que le personnel de la faculté de médecine identifiait en priorité trois points : l'accès aux soins pour tous, la prévention et l'humain. Comme nous le rappelle l'axe 1 du consensus mondial « la faculté de médecine reconnaît les déterminants sociaux de la santé...Elle oriente en conséquence ses programmes d'enseignements »(5). Ce sont ces notions que la faculté devrait prioriser et transmettre à ses étudiants. En effet, beaucoup des personnes interrogées, mettent en avant le patient, sa prise en charge globale. Et pour cela ils sont attentifs à la formation que reçoivent les futurs professionnels de

santé. Il faut, selon eux, le plus tôt que possible sensibiliser les étudiants à ces différentes compétences qui feront d'eux de «bons médecins ».

D'autre part, le personnel de la faculté de médecine de Poitiers soumet aussi des idées afin d'apporter selon eux une réponse adaptée et réalisable à ces besoins de santé.

Pour eux, il paraît logique, que comme tous les autres fonctionnaires de l'état (car pour eux les médecins sont fonctionnaires de l'état, leur formation étant payée par ce dernier), les médecins devraient être mutés dans les zones sous densément peuplées en médecin et selon les besoins du territoire. Cette réponse suggérée pourrait rentrer dans le cadre des axes¹ : Anticipation des besoins en santé de la société et 3 : Adaptation aux rôles nouveaux des médecins et autres professionnels de santé. C'est-à-dire cette réponse aurait pour conséquence de permettre de mieux anticiper les besoins de la population car couvrant une partie plus importante du territoire et donnant accès aux soins à une plus large population. D'autre part si cela venait à se réaliser, les futurs professionnels de santé seraient amenés à s'adapter à la nouvelle démographie et à mettre en pratique leurs compétences d'évolution comme dit dans l'axe 3 « la faculté de médecine forme des diplômés ayant une gamme de compétences cohérentes avec l'évolution des communautés qu'ils servent,... »(5). Il s'agit d'idées s'inscrivant complètement dans le projet recherche-action de responsabilité sociale. Mais la faculté de Poitiers n'est pas encore à cette étape.

Aujourd'hui ce qu'il manque à la faculté de Poitiers c'est ce travail en équipe dont parle C.Boelen « ...auxquels seule la mise en commun de talents et ressources variés pourra espérer répondre, non par leur simple addition, mais par un partenariat fondé sur une vision et un engagement communs. Aujourd'hui, cette mise en synergie n'est pas à l'ordre du jour... »(1). En effet il y a surtout une dissociation entre les acteurs menant une ligne de conduite politique (ARS, décideurs politiques) et les autres (facultés, professionnels de santé) qui se basent plus sur la pédagogie tournée vers le patient. Cette fragmentation amène à des résultats tels qu'aujourd'hui, une formation de futurs professionnels non adaptée à la demande du territoire. Il est à penser que si l'ARS combinait ses missions politiques et de pédagogie, en partenariat avec les autres acteurs de santé, les conséquences sur la prise en charge des besoins de la population seraient différentes. Il ne s'agirait plus seulement de recharger le groupe de médecins de telles ou telles spécialités mais de former les médecins répondant à la demande et donc de s'adapter aux besoins de la population.

Une meilleure interaction entre les différents acteurs de santé permettrait à la faculté de mieux remplir ses missions auprès de la population : « la faculté s'investisse dans une série de mesures pour mieux préparer et suivre son action : mieux interagir avec les principaux acteurs de santé, ouvrir la perspective de nouveaux métiers pour les professionnels de santé, veiller à l'acquisition de compétences essentielles, exercer une plus grande influence sur les futurs médecins pour un choix de carrière propre à mieux répondre aux besoins prioritaires de santé, faciliter l'implantation géographique des diplômés dans des lieux défavorisés, contribuer à des stratégies

susceptibles d'améliorer les conditions de travail et l'employabilité des diplômés, et enfin participer à la conception de politiques de santé. »(2)

4.2.1.2 Communication/collaboration

Le personnel de la faculté regrette le manque de communication entre la faculté et le CHU. Ils pensent que s'il existait un lien plus étroit entre les deux, la formation des étudiants s'en verrait améliorer. Les maîtres de stage étant aussi bien seniors à l'hôpital qu'enseignants à la faculté, une collaboration à double sens avec la faculté permettrait une meilleure organisation des plannings de cours, un meilleur encadrement des étudiants, un meilleur suivi, et peut être permettrait un meilleur « produit fini ».

En effet une étude descriptive portant sur l'implication pédagogique des seniors hospitaliers dans la formation des internes de médecine générale, réalisée en 2011 au centre hospitalier régional de La Rochelle, montre un lien direct entre la qualité de la formation reçue et le senior dispensant cette formation : « La formation des Internes de Médecine Générale (IMG) se fait avant tout via le rapport pédagogique que chaque interne entretient avec les seniors qui interviennent dans son cursus. Que ce soit pour les connaissances théoriques, l'apprentissage de la pratique quotidienne, ou simplement son rapport au patient, l'IMG puise dans toutes ces rencontres pédagogiques afin de forger le médecin généraliste qu'il deviendra. »(19)

L'interaction existant entre les différents partenaires peut être résumée par la figure suivante :

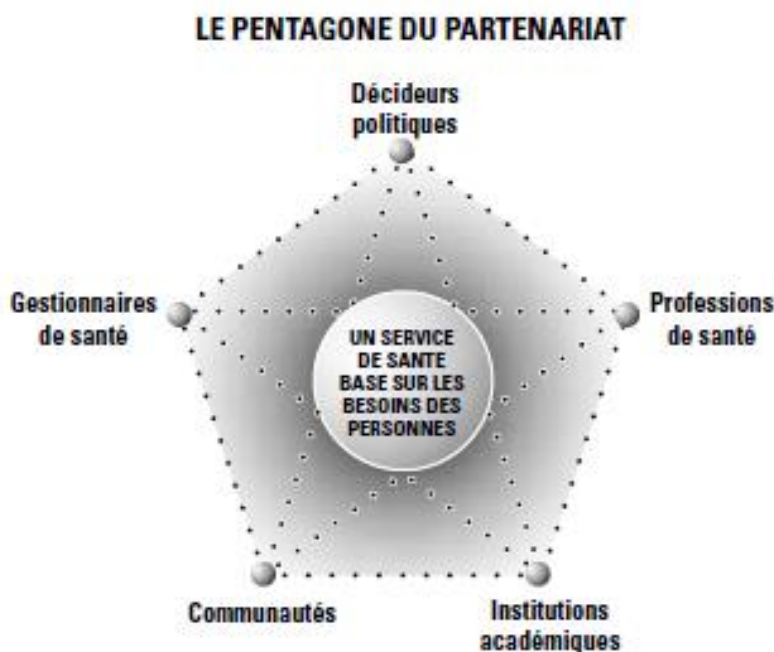


Figure 9 : le pentagone du partenariat (OMS)

Ce manque d'unité est déjà évoqué par Boelen.C, en 2012 « Devant ces défis, le système de santé est souvent désarmé car fragmenté et fragilisé par le manque de complémentarité... Un système fragmenté, quel oxymore ! » (2)

Il suggère déjà un travail en équipe et en complémentarité pour une optimisation de la réponse aux besoins de la population. Notre étude insiste de nouveau sur l'importance de la collaboration des différents acteurs en lien autour d'un but principal : les besoins de la population. L'importance de cette cohésion est retrouvée dans la thèse du Docteur Bazile, qui interrogeait les paramédicaux dans le cadre du projet RA-RS : «La communication s'avère être un déterminant essentiel dans l'offre optimale de soin que l'ensemble des professionnels de santé peuvent proposer. »(25)

La collaboration avec l'ARS est plutôt critiquée. Elle ne s'arrête qu'à ses missions politiques et ne répond pas à ses missions de pédagogie. Hors l'ARS selon eux serait la mieux placée pour identifier les besoins de la population et ainsi adapter la demande et l'offre et non pas renouveler ce qui existe déjà, et donc être un peu plus dans une démarche de responsabilité sociale envers la population. Selon le personnel de la faculté, l'ARS privilégie ses relations avec les divers politiques et non avec la faculté qui forme les futurs professionnels de santé. Notre avis est appuyé par le colloque tenu en 2002 à l'université de Besançon : « ...faire le constat de la nécessité d'une coordination entre politiques de santé et institutions académiques... » (3). Peut-être que les choses évoluent mais force est de constater qu'elles évoluent lentement.

Le but de ce travail en équipe serait de trouver un partenariat entre les différents acteurs de santé. L'objectif visé par la faculté est de mieux se situer et ainsi de mieux répondre à ses missions et ainsi peut être d'améliorer son impact sur la population. Ceci est déjà évoqué dans le texte de C.Boelen lorsqu'il relatait le colloque en 2002 à Besançon : « Cette approche fait état, en effet, d'une fragmentation du système de santé, due en partie à des missions incohérentes, en tout cas, peu coordonnées, que se sont fixées décideurs politiques, gestionnaires de la santé, professions de santé, institutions académiques et société civile, entraînant des conflits entre intérêts particuliers et intérêt public....Une telle approche permet à la faculté de médecine de mieux comprendre son propre positionnement dans la complexité du système de santé et à opter pour une stratégie assurant un meilleur impact de ses actions. »(3)

Il paraît donc important de travailler ensemble pour améliorer notre système de formation pour que ceci ait un impact sur notre système de soins.

4.2.1.3 Formation

Les personnes interrogées catégorisent la formation en deux : les premier et deuxième cycles d'une part et le troisième cycle d'autre part. C'est-à-dire l'avant et l'après ECN.

En effet, il y a beaucoup de remises en question et de demandes de modification de la formation concernant les deux premiers cycles alors que le troisième cycle est considéré comme adapté à la formation. Nous retrouvons les mêmes résultats dans

la thèse du Docteur Sadier, interrogeant les MSU dans le cadre du projet RA-RS : « L'ensemble des résultats montre la nécessité d'améliorer l'enseignement de la médecine générale en France, afin de répondre aux enjeux de la responsabilité sociale des facultés de médecine...Concernant la formation théorique, la qualité du troisième cycle de médecine générale fait consensus »(24)

Les deux premiers cycles sont critiqués car ils ne favorisent pas l'apprentissage de compétences ce qui est essentiel pour la formation de futurs professionnels de santé. Selon les personnes interrogées, ils favorisent l'accumulation de connaissances parfois inutiles, car l'objectif est le passage de l'ECN qui est basé sur l'évaluation des connaissances et non des compétences.

Il serait souhaitable d'apporter quelques modifications à l'enseignement dispensé durant les deux premiers cycles afin que le troisième cycle soit un complément et non une découverte.

Le troisième cycle du DES de médecine générale est jugé bien adapté de par la composition de la maquette de stages, la dispensation des cours, la proximité possible lors du stage chez le médecin généraliste qui permet encore de proposer une autre façon d'apprendre et de progresser. Globalement, ils jugent que la formation reçue permettra aux futurs professionnels de santé de répondre aux besoins de santé de la population. Les résultats trouvés rejoignent ceux présentés dans la thèse du Docteur Olariu, concernant les internes de médecine générale dans le cadre du projet RA-RS : « En ce qui concerne la formation de la faculté de médecine prodiguée à Poitiers, les internes apprécient l'apprentissage par compétences et la démarche réflexive instaurée par les différents cours et travaux demandés....Quant à la formation pratique, la qualité des stages de la région est unanimement plébiscitée. » (14)

L'étude réalisée en 2011 à La Rochelle pointait déjà du doigt l'importance des compétences et non de l'accumulation de connaissances : « Si la formation des IMG est basée sur l'auto-formation et l'auto-évaluation, le rôle des intervenants dans leur cursus est tout sauf un simple puits de connaissance. Bien au contraire, ils vont avoir la responsabilité de s'assurer que chaque IMG acquiert les compétences scientifiques, techniques et relationnelles nécessaires à sa pratique de la médecine. »(19)

Plusieurs études telles que celle parue dans la presse médicale en 2010, celle réalisée au centre Saint-Louis à La Rochelle en 2011, l'étude de Moineau G. en 2015 convergent vers un objectif commun : « Il est important de garder en tête l'objectif de la formation des internes, quelle que soit leur spécialité : former des praticiens compétents, capables d'assurer en sécurité la prise en charge des patients. »(19)(21)(23)

Concernant le DES de médecine générale, un point plus ou moins négatif a été évoqué : la présence trop marquée de l'hôpital. En effet ils regrettent la présence d'autant de stages hospitaliers et l'obligation d'un seul stage chez le médecin

généraliste. Avec l'option limitée de pouvoir en réaliser un deuxième (non obligatoire et places limitées donc non accessible à tout le monde). Ce même point a été soulevé par la thèse du Docteur Sadier : « les MSU regrettent que les stages soient principalement hospitaliers et non ambulatoires »(24)

Remodeler la formation théorique et pratique en faisant de l'étudiant l'acteur principal de sa formation est un objectif important de ce projet. En effet la pédagogie inversée ou encore la réforme concernant la maquette de médecine générale sont des réponses qui à mon sens permettront l'évolution de la faculté vers une faculté socialement responsable. En étant décideur de sa formation le futur professionnel s'implique dès le début de sa formation dans cet apprentissage de compétences et de connaissances qui lui permettront de répondre au mieux à la population. Cette pédagogie serait tout autant bénéfique pour les internes et la population dans les autres spécialités.

En 2011, Sylvain Cazard, dans sa thèse d'exercice issue de la faculté de médecine de Paris-Est Créteil, faisait un état des lieux de la médecine universitaire : « Il serait ainsi nécessaire que l'enseignement de la médecine générale soit plus présent dès le deuxième cycle des études médicales, et dispose de plus de moyens au cours du troisième cycle de médecine générale. De la même manière, la recherche en médecine générale, et plus généralement en soins primaires, a besoin d'être développée. C'est le gage de la qualité de la prise en charge des patients et de la santé globale de la population.

Mais comme nous l'avons constaté, les départements de médecine générale sont en sous effectifs majeurs et le nombre croissant des effectifs des étudiants nécessiterait une augmentation très significative du nombre d'enseignants universitaires. »(18)

Ces résultats faisant état des lieux au 1^{er} janvier 2011 mais présentés en 2014 rejoignent ceux de cette thèse. 5 ans après n'y a-t-il eu aucune évolution ?

4.2.1.4 Rôle de la faculté

Les personnes interrogées se considèrent surtout comme support de la formation délivrée à la faculté de médecine de Poitiers.

En effet, ils sont présents au quotidien auprès des étudiants qui se tournent vers eux à la moindre difficulté. Ils sont au premier plan.

La faculté a un rôle primordial dans la formation des futurs professionnels de santé. C'est le premier lieu même avant l'hôpital que côtoient les étudiants en lien avec leur futur métier. Ensuite c'est le lieu où sont regroupés une majorité des personnes qui les guideront tout au long de leur cursus. C'est le lieu de dispensation de l'enseignement qui permet aux étudiants de se former. C'est le lieu où sont évaluées leurs connaissances et aussi leurs compétences. Enfin c'est le lieu où leur est délivré

leur diplôme leur permettant d'exercer, sans oublier que la formation n'est pas finie afin de rester toujours compétent et de répondre au mieux aux besoins de la population. « 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 » axe1. (5)

Cette constante évolution est aussi développée dans l'étude qui résume le travail concernant plusieurs facultés européenne, française et américaine, conduite à terme par un groupes de médecins internationaux, regroupant plusieurs institutions renommées comme l'American college of physicians, American society of internal medicine, la fédération de médecine interne en 2002 et 2007: « Les facultés de médecine doivent elles aussi s'adapter, elles ne peuvent rester indifférentes aux réformes majeures en santé auxquelles la société s'attend.... Les facultés doivent accepter une certaine responsabilité à l'égard de la santé de la population si elles veulent continuer à être des agents de progrès social et ainsi mériter le support des contribuables. Pour répondre pleinement aux besoins de la société, elles doivent être imputables, c'est-à-dire accepter la responsabilité des conséquences de leurs actions »(20)

Cette nouvelle réflexion sur le rôle de la faculté permet encore une fois de mettre en avant le rôle central de la faculté avec tous les autres partenaires qui gravitent autour. Ce rôle primordial est retrouvé dans l'étude de Chabot en février 2011: « Pour que la contribution des facultés de médecine à l'amélioration du niveau de santé soit la plus grande possible, elles doivent développer des liens de collaboration – à l'intérieur du secteur de la santé et hors de celui-ci –d'une part avec les responsables de la politique, de la planification et du financement en lien direct ou indirect avec les soins de santé, et d'autre part avec les dispensateurs de soins et les usagers. »(20)

La faculté doit former des professionnels de santé compétents mais elle doit aussi s'inquiéter de son produit fini, à savoir s'il répond bien à la demande de la population et c'est en ayant cette démarche qu'elle s'inscrira dans la responsabilité sociale. « Le monde universitaire doit produire du savoir, en plus de transmettre celui-ci ; il est essentiel de protéger la liberté académique, en ce qu'elle permet à des esprits créatifs d'ouvrir de nouveaux domaines de recherche et d'interventions qui en fin de compte prépareront la société à faire face aux défis de demain »(20)

Dans ce contexte la faculté de médecine de Poitiers se doit de savoir où elle se situe dans ce processus de responsabilité sociale comme expliqué dans le document de travail « Vers l'unité pour tous »(1). La faculté de Poitiers actuellement se situe-t-elle au premier niveau qui correspond à la neutralité, ou au second qui est la réactivité ou encore au troisième : la proactivité. Notre étude évaluerait la faculté plutôt au stade 2 : « sont conscientes des besoins prioritaires de santé de la société et elles prennent l'initiative de réagir de manière responsable. »(1)

Le projet regroupe encore aujourd'hui plusieurs facultés, de plusieurs pays différents. Voici le ressenti de la faculté du Canada : « Les facultés de médecine de la francophonie sont de plus en plus axées sur l'importance de définir leur mandat en matière de responsabilité sociale et d'harmoniser leur mission et leurs objectifs en conséquence. Parallèlement, l'Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG) exige que les diplômés qui désirent poursuivre leur formation aux États-Unis au-delà de 2023 proviennent de facultés de médecine agréées/accréditées. Or, la plupart des facultés francophones ne le sont pas. »(21)

Il est vrai que le projet a réuni 6 facultés de France (Bobigny, Lyon-Est, Lyon-Sud, Nancy, Rouen, Poitiers). Ceci devrait être un déclencheur afin de poursuivre notre voie et la diffusion de ce projet afin que plus de facultés sur notre territoire se sentent concernées et adhèrent au projet.

« Le Canada se réjouit à l'idée de poursuivre son partenariat avec les facultés de médecine francophones du monde entier pour contribuer à l'avancement de la responsabilité sociale et de l'accréditation. »(21)

4.2.2 Les premiers indicateurs

L'objectif secondaire de cette étude était de mettre en évidence les outils qui permettraient d'évaluer l'implication de la faculté de médecine de Poitiers dans la responsabilité sociale.

De par la méconnaissance du sujet de l'étude et la limitation de certaines personnes à pouvoir répondre au questionnaire, il n'a pas été évident de répondre à cette question. Les indicateurs cités, ont été suggérés de façon indirecte par l'analyse que la thésarde a fait des différents entretiens.

Les indicateurs sont :

- L'évaluation sur des compétences et non uniquement des connaissances
- Les deux premiers cycles : orienter la formation plutôt sur l'apprentissage de leurs futurs métiers que sur le passage de l'ECN
- Le resserrement du lien existant entre faculté et CHU
- Plus de stages ambulatoires et moins de stages hospitaliers concernant le DES de Médecine générale
- L'obligation d'installation ? : cet indicateur a été cité par plusieurs des personnes interrogées. Obliger un futur professionnel de santé à s'installer dans une zone sous

densément médicalisée ferait-il parti du projet de responsabilité sociale ? Ici pourrait s'ouvrir un débat sur la limite entre la liberté du futur médecin et ses devoirs face à la société.

4.2.3 Propositions secondaires (quelles améliorations possibles)

Il apparaît que de façon implicite la faculté de médecine de Poitiers soutient déjà des actions socialement responsables. Telles que l'apprentissage par compétences, le projet de réforme du DES de médecine générale avec le développement de stage en ambulatoire.

La faculté est en bonne voie cependant il y a encore du chemin à parcourir.

Autant les indicateurs ont été implicitement dévoilés par les personnes interrogées, autant les propositions d'améliorations ont été très clairement exposées.

Concernant la formation, il y a une vraie demande et un vrai besoin de changement suggérés et proposés concernant les deux premiers cycles mais surtout le deuxième cycle des études de médecine. En effet une formation moins scolaire serait préférable. Avec une immersion dès le deuxième cycle qui permettrait un meilleur apprentissage et une meilleure formation. Dans le sens où si dès l'externat les étudiants sont formés à leur future pratique professionnelle, le troisième cycle devient un bonus qui permettrait d'asseoir les compétences acquises et de parfaire « le produit fini ».

Des méthodes différentes d'enseignements sont proposées pour permettre l'évolution de la formation dans ce sens. On peut retenir la pédagogie inversée, qui met l'étudiant au centre de sa formation et lui propose un intéressement plus personnalisé de sa formation. D'autres propositions ont été faites telles que la mise en situation clinique complexe, l'apprentissage en petit groupe, l'immersion clinique.

Enfin, il y a une volonté de vouloir changer le moyen d'évaluation actuel qu'est l'ECN. Les choses bougeront peut être mais il faut que le corps enseignants et les étudiants y travaillent ensemble. Le souhait exprimé est une évaluation sur les compétences que possèdent les étudiants et pas uniquement sur leurs connaissances.

5. Conclusion

Le projet de recherche-action de responsabilité sociale auquel la faculté de médecine de Poitiers participe pourtant depuis 2013, reste méconnu au sein même de la faculté (personnel de la scolarité). Pourtant il ne s'agit pas de la première thèse portant sur le sujet, mais il faut croire que la diffusion des premiers écrits ne s'est pas faite comme nous l'espérons.

Malgré cette lacune, la faculté de Poitiers s'inscrit déjà dans une démarche de responsabilité sociale. En effet les actions (changer le programme théorique avec des cas cliniques complexes concrets dès le 2eme cycle, changer le programme pratique pour le DES de médecine générale avec un ajout de stages ambulatoires, par exemple) menées au sein de la faculté le prouvent, au niveau de l'apprentissage, avec une volonté de changer l'enseignement. Ces changements amèneraient les étudiants à se positionner en tant que futurs professionnels et donc à être conscients de la nécessité de l'acquisition des compétences pour répondre aux besoins de la population. Il existe aussi une vraie démarche de changement de la pratique avec une proposition concrète de réforme de la maquette du DES de médecine générale.

La faculté ressort comme le pilier de cette démarche qui permettrait la progression vers cette responsabilité sociale. Il s'agit certes d'un travail commun avec tous les partenaires de santé mais la faculté en reste le pivot central car c'est elle qui forme et qui pourra évaluer son « produit fini ».

Il faut persévérer dans la diffusion des résultats de nos différentes études afin de sensibiliser tous les acteurs concernés. La mise en commun de ses différents résultats donnera peut-être naissance à un « protocole » qui permettra à notre faculté de grandir et d'évoluer de façon socialement responsable.

Bibliographie

1. Boelen C. Vers l'Unité Pour la Santé. Défi et opportunités des partenariats pour le développement de la santé. Document de Travail. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2001.
2. Boelen C. A quand une université socialement responsable ? Le cas de la faculté de médecine. La presse médicale. 2012 ; 41 : 111656-1167
3. Boelen C. Il y a peut-être un avenir pour la pédagogie médicale...Pédagogie médicale. 2005 ; 6 : 1-14
4. Boelen C., Heck J.E. Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine. Organisation Mondiale de la Santé. 1995
5. Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine: Contribution collective de la conférence pour le consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine. Pédagogie Médicale. 2011 Apr 7;12(1):37–48. (Annexe 1)
6. Maherzi A., Dumas J-L et le Comité de Pilotage (COPIL). La responsabilité sociale des facultés de médecine. Dakar. 2013.
7. Boelen C., Grand'maison P., Ladner J. et Pestiaux D. Responsabilité sociale et accréditation. Une nouvelle frontière pour l'institution de formation. Pédagogie médicale. 2008 ; 9 : 235-244
8. Exercer la revue française de médecine générale. Introduction à la recherche qualitative. 2008 ; 84 :142-5
9. Temporal F. et Larmarange J. Déroulement des enquêtes quantitatives et/ou qualitatives. 2006 ; 1-16.
10. Fiche technique. Eureval. Réaliser un entretien semi-directif. 2010
11. La stratégie de l'OMS « vers l'unité pour la santé » et la responsabilité sociale des facultés de médecine.2003 ; 15 : 137-145
https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=SPUB_HS030_0137 Consulté le 13 avril 2016
12. Quelle responsabilité sociale pour les facultés de médecine françaises, au début du XXI eme siècle ? 2003 ; 15 :125-130
<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2003-HS-page-125.htm> Consulté le 13 avril 2016

13. Tudrej B. Responsabilité Sociale des facultés de médecine, Poitiers dans une démarche internationale : une recherche action. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2013.
14. Olariu V. Responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers : le ressenti des internes de médecine générale. [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Poitiers. UFR de médecine et pharmacie ; 2013.
15. Maillard A-L. Responsabilité sociale des facultés de médecine : le ressenti des patients ; [Thèse d'exercice]. [France] : Université de médecine de Poitiers. UFR de médecine et pharmacie ; 2015.
16. Quinton A., Emeriau J-P. Comment faire une thèse ?
17. Imbert G. L'entretien semi-direct : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie ; recherche en soins infirmiers n°102 ; septembre 2010
18. Cazard S. Etats des lieux de la médecine générale universitaire au 1^{er} janvier 2011 ; [Thèse d'exercice]. [France] : université de Paris Est Créteil ; 2014
19. La formation hospitalières des internes de médecine générale : connaissances et implications des séniors ; [Thèse d'exercice]. [France] : Etude descriptive au centre hospitalier de la Rochelle ; 2011
20. Chabot J-M. La responsabilité sociale des facultés de médecine ; février 2001
21. Moineau G. Responsabilité sociale des facultés de médecine et accréditation. Pédagogie Médicale 2015; 16(3): 183–188
22. Meili R., Buchman S. La responsabilité sociale : au cœur de la médecine familiale ; Canadian family physician- Le médecin de famille canadien ; volume 59 ; avril 2013
23. Rabineau D., Dhainaut J-F. Etude comparative des facultés de médecine en France : premiers résultats. La presse médicale ; tome 39 ; numéro1 ; janvier 2010
24. Sadier G. Responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers : le ressenti des médecins généralistes maitres de stage en Poitou-Charentes ; [Thèse d'exercice]. [France] : Université de médecine de Poitiers. UFR de médecine et de Pharmacie ; 2016
25. Bazile M. Responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers : le ressenti des professionnels paramédicaux ; [Thèse d'exercice]. [France] : Université de médecine de Poitiers. UFR médecine et Pharmacie ; 2015

Annexes

Annexe 1 : consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecines



Global Consensus for
Social Accountability
OF MEDICAL SCHOOLS

Consensus Mondial
sur la Responsabilité Sociale
des Facultés de Médecine

Décembre 2010



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

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

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

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

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

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

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





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

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

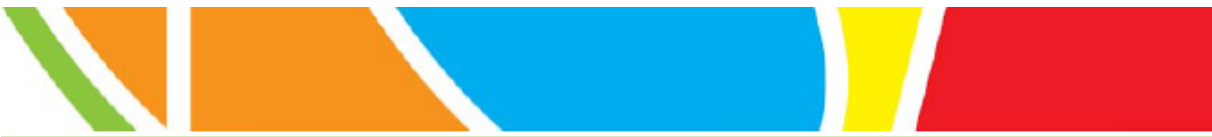
Le Consensus comprend dix directions stratégiques pour qu'une faculté de médecine soit « socialement responsable », insistant sur des améliorations indispensables pour :

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

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

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

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



Introduction

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

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

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

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

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

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

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

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

Axe 4 : Education basée sur des résultats escomptés.

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

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

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

Axe 8 : Institutionnalisation de mécanismes d'accréditation.

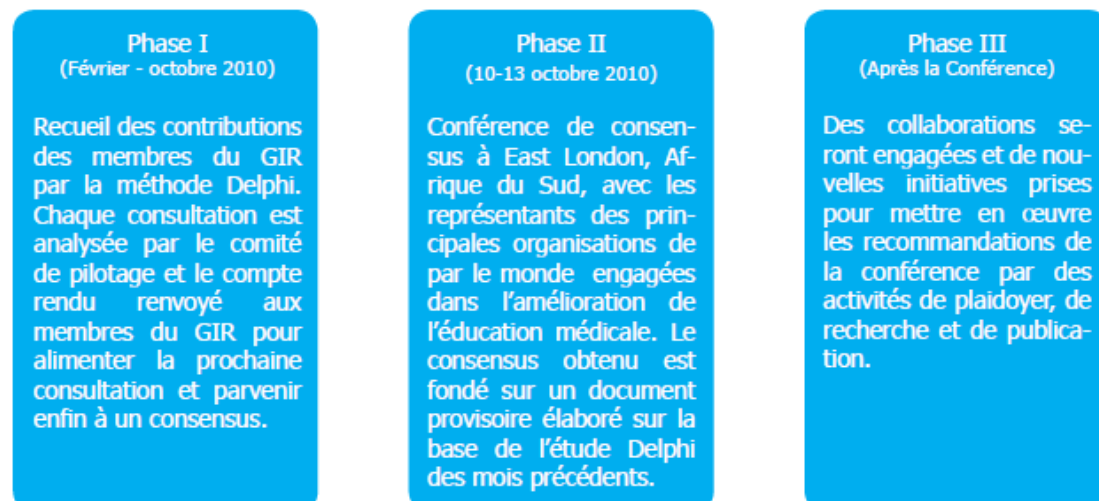
Axe 9 : Adhésion aux principes universels et adaptation au contexte local.

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



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

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



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

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



Le Document de Consensus

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

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. CRÉATION DE PARTENARIATS AVEC LE SYSTÈME DE SANTÉ ET D'AUTRES ACTEURS

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

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

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

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

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

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

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

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





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

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

AXE 4. EDUCATION BASEE SUR DES RESULTATS ESCOMPTEES

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

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

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

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

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

4.5 La faculté de médecine offre une gamme de services et des mécanismes pour soutenir ses enseignants et ses étudiants pour mettre en oeuvre des stratégies éducatives et 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'EDUCATION, LA RECHERCHE ET LA PRESTATION DE SERVICES

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

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

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

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



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

6.4 Les normes relatives aux résultats et à l'impact de l'éducation couvrent les 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 MÉCANISMES D'ACCREDITATION

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

AXE 10. PRISE EN COMPTE DU RÔLE DE LA SOCIÉTÉ

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

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

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



Steering Committee

Magdalena Awases

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

Jorge Eduardo
Gutiérrez Calivá

Dan Hunt

Jehu Iputo*
Yusuf Irawan
Ahmed Kafajel
Joël Ladner*
Sam Leinster*
Stefan Lindgren*

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

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

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

Liaison Committee on Medical
Education (LCME)
Walter Sisulu University
Hasanuddin University
Jordan University of Sciences and
Technology

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

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

Francesca Celetti

Angel Centeno*

Lincoln Chen

Shakuntala

Chhabra*

Jan Couper*

Manuel Dayrit

Milton de Arruda

Martins

Eric de Roodenbeke

Jean-François

Denef*

Horacio Deza

Mohenu Isidore

Jean-Marie

Diomande

Robbert Duvivier

Tetanyee Ekoe*

Amal Elouazzani*

Mohamed

Elsanousi*

Julian Fisher

Antoine Flahault

Cristobal Fortunato

Jean-Paul Francke

Tabeh Freeman

Seble Frehywot

George Gage

Jacob Gayle

Grace George*

Trevor Gibbs

Charles Godue

Ioana Goganau*

Rajesh Gogoi*

David Gordon*

Arcadi Gual

Edward Gyader*

Georges Haddad

John Hamilton*

Bashir Hamad*

Jason Hilliard

Yiqun Hu

Manuel Huaman

Muzaherul Huq

Yojiro Ishii

Marian Esile

Jacobs*

Susan Johnson*

SAS Kargbo

Geoffrey Kasembell

Zulfiqar Khan*

Michael Kidd

Khunying Kobchitt

Limpaphayom*

HRH, WHO Geneva

Austral University

China Medical Board

MG Institute of Medical Science

(MGIMS)

University of Witwatersrand

HRH, WHO Geneva

University of Sao Paulo

International Hospital Federation

(IHF-FIH)

SIFEM International French

Speaking Society for Medical

Education

Association of Medical Schools

of the Argentine Republic (AF-

ACIMERA)

UFR Sciences Médicales d'Abidjan

International Federation of Medi-

cal Student Associations

Yaounde Faculty of Medicine

Hassan II University

University of Gezira

FDI World Dental Federation

Association of Schools of Public

Health in the European Region

(ASPHER)

Ateneo de Zaboanga

University

International Association of

Deans of Francophone Medical

Schools (CIDMEF)

Liberia Medical School

George Washington University

Afro European Medical and Re-

search Network

The Ford Foundation

Walter Sisulu University

Human Resources for Health De-

velopment, WHO Regional Office

for the Americas/PAHO

International Federation of Medi-

cal Students Associations (IF-

MSA)

Patan Academy of Health Sci-

ences, Patan Hospital

Association of Medical Schools in

Europe (AMSE)

Fundacion Educacion Medica

School of Medicine and Health

Sciences, Ghana

UNESCO

University of Newcastle

University of Gezira

University of Colorado

Shanghai Jiaotong University

Asociación Peruana de Facul-

tades de Medicina (ASPEFAM)

HRH, WHO Regional Office for

South-East Asia

Japan International Cooperation

Agency

Association of Medical Schools in

Africa (AMSA) and University of

Cape Town

National Board of Medical Exam-

iners (NBME) and University of

Iowa

Ministry of Health, Sierra Leone

Afro European Medical and Re-

search Network

WHO Pakistan

WONCA working party on Educa-

tion

South East Asian Regional Asso-

ciation on Medical Education

Joseph Kolars

Jan Maeseneer

Henri Manasse Jr.*

Dianne Manning*

Maurice McGregor*

Jim McKillop

Donald Melnick

Hugo Mercer

Mwapatsa Mipando*

Nader

Momtazmanesh*

Gottlieb

Monekoso*

Fitzhugh Mullan

Richard Murray*

Jeremiah Mwangi

Rose Chalo

Nabirye*

Sophon Napathorn*

Lois Nora*

John Norcini*

Jesus Noyola

Ezekiel Nukuro

Chacha Nyagotti-

Chacha

Francis Omaswa

Alberto Oriol Bosch

Martins Oyberedjo*

Neil Pakenham-

Walsh

Jorgi Pales

Madalena Patricio*

Galina Perfilieva

Dominique Pestiaux

David Pradeaux*

Pablo Pulido

Rich Roberts

Paschalis

Rugarabam*

Mubashar Sheikh

Jusie Siega-Sur*

Leslie Southgate

David Stern

Roger Strasser

Navin Sunderlall*

Kate Tulenko

Felix Vartanian*

Anvar Velji*

Kuku Voyi

Margot Weggemans

Gustaaf Wolvaardt*

Liz Wolvaardt*

Paul Worley

Akemi Yonemura

Toshimasa Yoshioka

Bill and Melinda Gates Foundation

The Network Towards Unity for

Health (Network TUFH)

American Society of Health-Sys-

tem Pharmacists

University of Witwatersrand

McGill University

General Medical Council (GMC)

Undergraduate Board

NBME

Former HRH, WHO

University of Malawi

Ministry of Health and Medical

Education

Global Health Dialogue

George Washington University

Australia

International Alliance of Patients'

Organizations

WFPFA, Uganda

Chulalongkorn University

North-eastern Ohio Universities

and Colleges of Medicine and

Pharmacy and ICME

Foundation for Advancement of

International Medical Education

and Research (FAIMER)

Asociación Mexicana de Facul-

tades de Medicina (AMFEM)

HRH, WHO Regional Office for the

Western Pacific

Inter-University Council for East

Africa (IUCEA)

African Center for Global Health

and Social Transformation

Fundacion Educacion Medica

WHO Tanzania

Global Healthcare Information

Network

Sociedad Española de Educacion

Medica (SEDEM)

Association for Medical Education

in Europe (AMEE)

Country Policies, Systems and

Services, WHO Regional Office for

Europe

SIFEM

Flinders University

Pan American Federation of As-

sociations of Medical Schools (PA-

FAMS/FEPAFAM)

WONCA President elect

Hurbert Kairuki Memorial Univer-

sity

Global Health Workforce Alliance

(GHWFA)

University of the Philippines

Academy of Medical Educators

Institute for International Medical

Education

Northern Ontario School of Medi-

cine

University of Kwazulu Natal

IntraHealth International

Russian Academy of Advanced

Medical Studies

Global Health Education Consor-

tium

University of Pretoria

IFMSA

Foundation for Professional De-

velopment

University of Pretoria

Flinders University

UNESCO

Association of Medical Schools in

the Western Pacific Region

International Reference Group

Mohamed Elhassan

Abdalla*

Ibrahim Abdulmeini

Walid Abubaker*

Liliana Arias

Carol Aschenbrener

Makonnen Asefa*

Sébastien Audette

Djona Avokossouma

Ibrahim Banihani

Rashad Barsoum

Barbara Barzansky

Mourad Belaciano

Dan Benor

John Bligh

Dan Blumenthal*

Bettina Borisch

Rosa Maria



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

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



a place of mind



The
A T L A N T I C
Philanthropies



Rendez-vous sur le site :

www.healthsocialaccountability.org

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

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

Gestion

gcsa@familymed.ubc.ca

Charles Boelen, Co-président du comité de pilotage

boelen.charles@wanadoo.fr

Bob Woollard, Co-président du comité de pilotage

woollard@familymed.ubc.ca

Annexe 2 : transcription intégrale des entretiens (sur CD).



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 !



Résumé et mots-clés

Introduction : La responsabilité sociale est l'avenir des facultés de médecine désireuse de former des futurs professionnels de santé responsables. Ce projet de recherche-action est fondé sur quatre principes fondamentaux : pertinence, qualité, efficience, équité. C'est dans ce but que les facultés qui se veulent les plus socialement responsable se basent sur le Consensus mondial, établi en 2010, se déclinant en 10 axes. Notre travail cherche à évaluer le ressenti du personnel administratif de la faculté de Poitiers concernant le projet de responsabilité sociale de la faculté.

Méthodologie : Etude qualitative par entretiens individuels, entre Avril et Octobre 2015, du personnel administratif et de la scolarité de la faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers, s'articulant autour de 3 axes du Consensus mondial.

Résultats : Le personnel administratif de la faculté de médecine de Poitiers pense que la faculté n'est pas encore une faculté totalement socialement responsable. La formation dispensée en premier et deuxième cycle est à améliorer. Il est, en effet, suggéré que la formation soit moins centrée sur l'emmagasinement de connaissances. Il est souhaité que la formation soit redirigée vers l'apprentissage de leur futur métier. Il est demandé que la formation dès le deuxième cycle oriente vers la pratique future et non uniquement vers l'ECN. Celle du troisième cycle est satisfaisante tant sur le plan théorique que pratique. La faculté est bien perçue comme étant au centre de la formation des futurs professionnels de santé et donc bien perçue comme le pilier par lequel les changements pourront se faire.

Discussion : La faculté de médecine de Poitiers se dirige pas à pas vers une faculté socialement responsable. Elle a des projets qui permettront de passer une nouvelle étape et de se rapprocher encore plus des critères retenus pour être socialement responsable. Ces projets consistent en un réforme de la maquette du DES de médecine générale avec plus de stage ambulatoire, un changement de la pratique pédagogique avec l'utilisation de la pédagogie inversée, la simulation de cas clinique concrets et complexes, et à long terme la fin de l'ECN avec une méthode d'évaluation basée sur l'évaluation des compétences et des connaissances.

Mots-clés : responsabilité sociale, faculté de médecine, personnel administratif, personnel de la scolarité, futurs professionnels de santé, étude qualitative, entretiens individuels.