

UCL

Université
catholique
de Louvain

Faculté de Médecine

Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine

Recherche-action au sujet des politiques de responsabilité sociale en milieu facultaire
à travers une étude qualitative dans les facultés concernées

Mémoire de Recherche Clinique réalisé par

Nicolas Pierre

Promoteur

Pr D. Pestiaux

Co-Promoteur

Pr Ch. Boelen

Remerciements

En premier lieu, à Monsieur le Professeur Dominique Pestiaux, en tant que Promoteur, qui m'a guidé dans mon travail et m'a aidé à trouver des solutions pour avancer, malgré toutes les difficultés.

À Monsieur le Professeur Charles Boelen, pour ses encouragements et sa bienveillance.

À Monsieur le Professeur Michel Roland, pour son aide si précieuse et l'inspiration que commande son engagement.

À Madame Anne-Marie Offermans, pour son dévouement sans faille.

À Monsieur le Professeur Joel Ladner, pour sa collaboration et son aide considérables.

À Madame le Professeur Françoise Smets, pour me faire l'honneur de présider à l'évaluation de ce travail.

À Madame le Dr de Rouffignac, Monsieur le Professeur Jean-François Deneff et Monsieur le Professeur Jan De Maeseneer : vous avez accepté de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Aux membres de l'Assemblée Générale des Étudiants de Louvain-en-Woluwe Olivia, Katrin, Marie, Daniel, Ibrahim et bien d'autres, pour leur amitié si précieuse, leurs discussions captivantes et le parcours que j'ai eu la chance de partager à leurs côtés.

Aux membres de l'Humanikot, pour leur camaraderie, nos expériences fécondes, et nos échanges parfois ubuesques.

À Laura, Madeleine, Oussama, Rayan, Aydine et tant d'autres, pour leur soutien, leur intelligence et pour me donner envie d'avenir.

À ma Mère, Danièle, pour m'avoir appris à penser.

À ma regrettée Grand-Mère, pour m'avoir montré la bonté.

À l'approche de la fin de ce cursus, je tiens également à remercier l'ensemble des enseignants et maîtres de stage pour leur patience, ainsi que tous les patients rencontrés pour leurs leçons de vie, dont j'espère être digne à l'avenir.

« It is the curse of humanity that it learns to tolerate even the most horrible situations by habituation.

Physicians are the natural attorneys of the poor, and the social problems should largely be solved by them. »

« Medical education does not exist to provide students with a way of making a living, but to ensure the health of the community. »

(Rudolf Virchow)

Résumé

Introduction : À travers le monde, la responsabilité sociale des facultés de médecine pose question de façon croissante. Dans le cadre d'une recherche-action menée par un groupe international francophone travaillant sur la responsabilité sociale, un questionnaire a été soumis à vingt-trois facultés de médecine francophones à travers le monde. Des données concernant la perception de la responsabilité sociale ont été collectées. Ce projet de recherche-action est composé de trois phases, dont la première ambitionne de réaliser un état des lieux de la connaissance et de la compréhension des concepts de responsabilité sociale par les facultés elles-mêmes, ainsi que par les acteurs internes ou externes à celles-ci, via la diffusion d'un questionnaire construit autour des dix axes du Consensus Mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine.

Matériel et méthode : Le questionnaire comportait une partie quantitative et une partie qualitative, à travers des questions ouvertes. Ce travail analyse le corpus de texte des réponses ouvertes et donc uniquement la partie qualitative. Cette étude qualitative consiste en l'analyse de ce qui est identifié par les participants comme actions menées et comme actions à mettre en place dans leur faculté. Vingt-trois facultés de médecine francophones à travers le monde ont participé à cette étude, et c'est au total 1196 personnes qui ont répondu au questionnaire.

Les réponses ont été analysées au moyen du logiciel d'analyse qualitative Tropes, grâce à un scénario (ou grille de lecture) créé spécifiquement pour cette étude. Plusieurs angles d'analyse ont été développés : une analyse globale en divisant les participants en quatre catégories socio-professionnelles distinctes, une analyse spécifique des facultés de médecine belges francophones, et une analyse spécifique des résultats de l'Université Catholique de Louvain en distinguant étudiants et non-étudiants.

Résultats : Les résultats n'ont pas révélé de différence significative majeure entre participants ou entre universités. Malgré une conception peu claire des concepts, un désir d'actions et de nombreuses propositions sont mis en avant.

Conclusion : Ce travail ouvre la voie à une mise en place d'actions, y compris à l'UCL, dont la forme, la stratégie de mise en œuvre et le contenu peuvent être éclairés grâce aux détails des résultats.

Abstract

Introduction : All around the world, social accountability of medical schools is at the core of the current debates. As a part of a research-action project led by an international french-speaking group of experts working on social accountability, a questionnaire was submitted to people from twenty three french-speaking medical schools around the world, and important data regarding social accountability's perception has been collected. This research-action project was composed of three stages, the first of which aims to lay down the current concepts of social accountability's as established by the faculties themselves, together with the people working inside and outside the faculties, with a questionnaire built around the ten themes of the Global Consensus on social accountability of medical schools.

Material and method : the questionnaire was composed of both a quantitative and a qualitative part, with open questions. This work analyses the corpus of the open questions, and therefore only focuses on the qualitative part. This study consists in the analysis of what was done, and what should be done about social accountability in the faculty. Twenty three french-speaking medical schools took part in this study, including 1196 people.

The answers were analysed with a qualitative analysis software called Tropes, using a reading grid created exclusively for this study. Numerous different techniques were used to analyse the data. First, a global analysis divided the participants in four socio-professional categories. Then, a specific analysis focused on the belgian french-speaking faculties. Finally, a specific analysis of the results from the Catholic University of Leuven was made, dividing the participants in two different populations (students and others).

Results : No significant difference between the socio-professional categories, or between different Universities was found. Despite an unclear understanding of the social accountability's concepts, a clear desire for change and many possible actions were shown.

Conclusion : This work paves the way for implementing new actions, including in the Catholic University of Leuven, for which the form, the implementation's strategy and the contents can be enlightened by this work.

1. Introduction.....	6
1.1 Historique.....	6
1.2 Objectifs.....	15
2. Définitions	16
2.1 Concepts.....	16
2.1.1 Unité pour la santé.....	16
2.2 Acteurs.....	17
2.2.1 Décideurs politiques	18
2.2.2 Gestionnaires de santé	19
2.2.3 Professionnels de santé.....	20
2.2.4 Universités.....	20
2.2.5 Société civile.....	21
2.3 Autres.....	22
3. Illustration d'un programme de responsabilité sociale dans une faculté de médecine.....	23
3.1 Cas de l'Université de Gand.....	23
4. Recherche qualitative : Questionnaire de la phase Recherche-Action	25
4.1 Introduction	25
4.2 Matériel et méthode	26
4.2.1 Matériel	26
4.2.2 Logiciel Tropes et scénario.....	27
4.2.3 Données et nettoyage	28
4.2.4 Plusieurs angles d'analyse	29
4.3 Analyse globale par catégorie	31
4.3.1 Compléments de matériel et méthodologie	31
4.3.2 Résultats et discussion.....	32
4.3.3 Conclusion	36
4.4 Analyse de l'ensemble des résultats et plus spécifiquement des facultés belges francophones. Présentation au Congrès Mondial à Hammamet en avril 2017.....	38
4.5 Analyse UCL.....	46
4.5.1 Matériel	46
4.5.2 Présentation des résultats graphiques et discussion	47
4.5.3 Comparaison entre l'UCL et les résultats globaux	52
4.5.4 Points faibles et points forts.....	52
4.5.5 Conclusion UCL.....	53
5. Bilan et perspectives	57
6. Bibliographie.....	59

1. Introduction

1.1 Historique

La naissance des facultés de médecine

Les premières universités à proprement parler semblent être nées dans le monde arabe, notamment avec l'Université Al Quaraouiyine fondée au Maroc en 859 apr. J.-C¹. Des prototypes d'universités s'étaient par ailleurs développés en Asie, en Afrique et en Europe, le plus souvent sous forme de groupes restreints de savants enseignant à quelques membres de l'élite locale. Ce n'est que des siècles plus tard, après les avancées à la fois philosophiques des Lumières et politiques de la révolution française, avec le développement d'un système d'enseignement public accessible au cours des XIX^{ème} et XX^{ème} siècles que leur accès fût réellement démocratisé.

La première école de médecine quant à elle, fût celle de Salerne, la *Schola Medica Salernitana*, sur la zone côtière du Mezzogiorno dans le Sud de l'Italie. Il s'agit non seulement de la première école de médecine fondée en Europe au Moyen Âge (vers le IX^{ème} siècle), mais également l'une des plus importantes avec une apogée aux XI^{ème} et XII^{ème} siècles. L'école a eu la capacité de marier les apports culturels de la Grèce antique et de la Rome antique, avec ceux issus des mondes orientaux, byzantin et musulman. Par le passé, la médecine était considérée comme un « art mécanique » et était exclue des arts dits « arts libéraux » (astronomie, grammaire, rhétorique, dialectique, musique, arithmétique et géométrie). Ces « arts libéraux » étaient ceux dont la maîtrise était réputée indispensable pour l'acquisition de la haute culture depuis l'Antiquité hellénistique et romaine par la suite.

Avec l'école de Salerne, elle devient une science (selon la définition médiévale de celle-ci). Il ne peut y avoir de pratique sans théorie préalable, le médecin passe de simple opérateur (*operatore*) à praticiens (*practicos*)². S'y enseignaient également la philosophie et le droit, les maîtres de l'école considérant ces domaines comme complémentaires. Les méthodes d'enseignement sont novatrices, et influenceront la façon de fonctionner des universités européennes médiévales qui suivront : la *lectio* (étude, interprétation et commentaire de textes), la *quaestio* (présentation d'un problème difficile) et la *disputatio* (résolution des arguments contradictoires). La médecine s'impose comme discipline de pointe.

Le 16 décembre 1966, l'Assemblée Générale des Nations Unies déclare, en l'article 13 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels adopté à New York que « l'enseignement supérieur doit être rendu accessible à tous en pleine égalité, en fonction des capacités de chacun, par tous les moyens appropriés et notamment par l'instauration progressive de la gratuité ». Ce Pacte a été signé et ratifié par la Belgique, respectivement en 1968 et 1983.

La santé pour tous...une affaire ancienne mais actuelle

À travers l'histoire, des tentatives isolées et limitées dans le temps ont existé pour permettre l'accès aux soins de santé, en passant par les sociétés de secours mutuels des tailleurs de pierres dans l'Égypte ancienne, les mécanismes de solidarité internes aux castes indiennes, les Poor Laws en Angleterre au XVI^{ème} siècle, la protection sociale des soldats et ouvriers allemands après la victoire de la Prusse à la fin du XIX^{ème} siècle en passant par les caisses mutuelles professionnelles en Belgique³.

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, la situation change avec les rapports géopolitiques entre blocs de l'Est et de l'Ouest, la puissance des mouvements sociaux et syndicaux en Europe de l'Ouest, ainsi qu'une certaine conscience morale et de besoin d'une « autre société ». Se manifestait également un refus de voir se répéter les situations socio-économiques ayant mené à l'arrivée au pouvoir des régimes ayant déclenché la guerre. Le National Health Service (modèle Beveridge⁴) est instauré en 1948 au Royaume-Uni, et en France comme en Belgique la Sécurité sociale est fondée. Chez nous, c'est en 1964 qu'est mis sur pied l'INAMI, l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité, avec des règles particulières d'équilibre budgétaire et d'accord entre mutuelles et prestataires de soins. D'emblée, l'INAMI constituait donc une branche de la Sécurité sociale au sein de l'ONSS (Office National de la Sécurité Sociale), ce qui indiquait la volonté évidente d'une unicité en matière de protection sociale et de santé.

Par la suite, les situations politiques et économiques, ainsi que les rapports existant entre mutuelles, organisations de praticiens et mouvements politiques ont modulé le fonctionnement et l'étendue de la sécurité sociale, notamment dans les questions de (soins de) santé. Toutefois, il est apparu assez vite une autre dimension, qui dépasse le cadre purement législatif des remboursements de soins ou d'accessibilité. Le monde politique, avec le soutien (ou la pression, selon le point de vue) d'une écrasante

majorité de la population, avait mis en place un système de soins de santé accessible, avec pour vocation de faire de la santé un droit.

Mais comment transposer ce défi, comment en décliner les conditions d'apparition, à l'échelle d'une faculté de médecine, et donc par la suite, à l'échelle d'un médecin ? Il est une chose de permettre aux plus défavorisés d'avoir accès aux soins, il en est une autre de faire fonctionner ces systèmes de soins et d'en former les praticiens pour améliorer au mieux l'état de santé des populations, notamment les plus défavorisées (qu'il s'agisse des plans géographique ou économique par exemple). Ce sont ces défis et ces questions qui amèneront à décliner le concept de « **responsabilité sociale** » aux facultés de médecine.

Responsabilité sociale : concept, consensus et normes

Durant les années '60, commence à se développer le concept de « responsabilité sociale », en tout premier lieu autour des réflexions de la « corporate social responsibility »⁵. L'étendue de ce que peut recouvrir ce terme était dès l'origine, et est encore à l'heure actuelle, sujet à débat. Le concept part du constat des dégâts causés par une « irresponsabilité » sociale, et se construit en opposition à cette irresponsabilité. Ainsi, une entreprise peut prendre conscience de son impact sur la société et son environnement, et adopter une politique de responsabilité sociale qui se construit autour de l'idée que « le principe éthique qu'une organisation devrait être responsable de la façon dont son comportement peut impacter la société et l'environnement »⁶. Dans notre pays, le concept de responsabilité sociale des entreprises a été entre autres développé à l'Université Catholique de Louvain par le Pr Ph. de Woot⁷. Son œuvre et ses contributions amenèrent à la création en 2008 du « Prix Interuniversitaire Philippe de Woot » pour promouvoir la responsabilité sociale des entreprises.

Le principe initial est d'introduire une forme d'autorégulation dans les modèles de fonctionnement des entreprises. Celui-ci est rarement contesté en tant que tel, mais les applications qui en sont faites ou les projets qui s'en réclament eux, sont régulièrement au centre de polémiques, les accusant parfois de mener ces projets uniquement pour améliorer une image publique, sans contrôle réel sur les conséquences. Le terme « greenwashing » a été utilisé pour dénoncer une certaine

tendance de procédé marketing visant à donner une image écologiquement responsable, sous-entendu sans volonté réelle d'agir sur le plan écologique, mais avec l'intention ferme de le faire croire aux destinataires.

En 1978, à Alma Ata en URSS⁸, sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé (WHO) et de l'UNICEF, une conférence internationale sur les soins de santé primaires s'est tenue. L'objectif de « la santé pour tous avant l'an 2000 » y avait été adopté par la communauté des nations. L'importance d'une action de tous les gouvernements et personnels des secteurs de la santé pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde⁹.

Une conférence de « mi-parcours » une dizaine d'années plus tard ne constata que de maigres progrès¹⁰. En 1998, un groupe d'experts faisait le même triste bilan, et déplorait le peu de vigueur dans les réformes nécessaires.

En 2000, l'Organisation Mondiale de la Santé adopte la définition proposée par C. Boelen et J. Heck de la responsabilité sociale des facultés de médecine comme étant « l'obligation d'orienter la formation qu'elles donnent, les recherches qu'elles poursuivent et les services qu'elles dispensent, vers les principaux problèmes de santé de la communauté, région ou/et nation qu'elles ont comme mandat de servir. Les principaux problèmes de santé seront identifiés conjointement par les gouvernements, les organismes, les professionnels de la santé et le public »¹¹.

Déjà au début du XX^{ème} siècle, les facultés de médecine avaient dû faire face à la nécessité de rendre la formation efficace et basée sur des principes scientifiques. Le document fondateur de cette « nouvelle ère » de l'enseignement médical est le Rapport Flexner, publié en 1910. Il s'agit d'une étude menée sur les conditions d'enseignement de la médecine aux USA et au Canada au début des années 1900, par un principal de collège et ensuite enseignant à Harvard, Abraham Flexner¹²¹³¹⁴. Les recommandations de ce rapport, aujourd'hui pratiquement universellement mises en œuvre, eurent un effet d'harmonisation et d'amélioration de la qualité d'enseignement en Amérique du Nord. Ce dernier soulignait la nécessité pour les enseignants d'allier soins, activités de recherche et formation des étudiants. Ceci a mené les facultés de médecine à s'affilier à des structures de soins et à se doter de laboratoires de sciences fondamentales. C'est également à partir de là qu'a été

reconnu le besoin de doter les étudiants d'une formation préclinique en sciences fondamentales solide, suivie d'une formation clinique d'abord théorique puis pratique.

Entre 2006 et 2007, la Société Internationale Francophone d'Éducation Médicale (SIFEM) lance un groupe de travail « Santé et société » pour redéfinir l'excellence académique en fonction des paradigmes de la responsabilité sociale. Ce groupe travaille sur « la capacité des facultés à anticiper les besoins de la société, à influencer les politiques de santé publique mises en œuvre par les gouvernements, et à contribuer, par leurs activités d'enseignement et de recherche, à l'émergence de meilleures conditions de pratique de leurs diplômés »¹⁵. Ce projet comporte trois phases. Un état des lieux de la situation mondiale concernant l'usage de normes illustrant la responsabilité sociale des facultés de médecine, la tenue d'une conférence de consensus visant à élaborer un nouvel éventail de normes, et la dissémination du rapport de la conférence de consensus et la promotion de recherches pour l'adaptation de ces normes. Cent-trente experts et organisations issus du monde entier, ayant des compétences en éducation médicale, en régulation professionnelle et en politique de santé ont été consultés, et ont participé durant plus de 8 mois à une recherche selon la méthode Delphi en trois consultations :

- En premier lieu, consultation de soixante experts internationaux pour répondre aux questions suivantes : Comment les facultés de médecine peuvent-elles améliorer leur capacité à répondre aux futurs enjeux de santé de la société ? Comment renforcer cette capacité dans une perspective d'accréditation et d'examen par les pairs ? Comment évaluer ce processus ?
Ce premier tour a été synthétisé en plus de quarante-trois pages et regroupé en dix thématiques (cf. dix axes ci-dessous).
- En second lieu, une approche quantitative composée d'une vingtaine de questions où un degré d'accord/désaccord devait être attribué (échelle de Likert).
- En troisième lieu, le rassemblement de commentaires et suggestions d'autres experts et organisations, intégrés au document final.

Le point de clôture a été la publication en décembre 2010, à l'issue d'une Conférence de consensus à East London (Afrique du Sud), d'un document « Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools »ⁱ, construit autour de dix axes.

<p><i>Axe 1</i> : Anticipation des besoins en santé de la société.</p> <p><i>Axe 2</i> : Création de partenariats avec le système de santé et autres acteurs.</p> <p><i>Axe 3</i> : Adaptation aux rôles nouveaux des médecins et autres professionnels de la santé</p> <p><i>Axe 4</i> : Education basée sur des résultats escomptés.</p> <p><i>Axe 5</i> : Instauration d'une gouvernance réactive et responsable.</p> <p><i>Axe 6</i> : Redéfinition de normes pour l'éducation, la recherche et la prestation de services.</p> <p><i>Axe 7</i> : Amélioration continue de la qualité en éducation, recherche et prestation de services.</p> <p><i>Axe 8</i> : Institutionnalisation de mécanismes d'accréditation.</p> <p><i>Axe 9</i> : Adhésion aux principes universels et adaptation au contexte local.</p> <p><i>Axe 10</i> : Prise en compte du rôle de la société.</p>

ⁱ Les experts représentaient les principales organisations et associations impliquées dans l'amélioration de l'éducation médicale à travers le monde : Liaison Committee for Medical Education (LCME), World Federation of Medical Education (WFME), Networks Towards Unity for Health (TUFH), American Association of Medical Colleges (AAMC), National Board of Medical Examiners (NBME), Founds of Advancement of International Medical Education and Research (FAIMER), Teaching Health Equity network (THEnet), Education Communication for Foreign Medical Graduates (ECFMG), Association Canadienne des Facultés de Médecine (ACFM), World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians or World Organization of Family Doctors (WONCA), United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), Conférence Internationale des doyens et des facultés de médecine d'expression française (CIDMEF), SIFEM et Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Par la suite, le groupe de travail « Santé et société » de la SIFEM développe un nouveau concept, celui de CPU : Conception, Production, Utilisabilité. Ce concept part d'une interrogation : l'institution de formation des personnels de santé sera-t-elle un jour tenue en partie pour responsable de la façon dont seront utilisés ses diplômés ?

CONCEPTION
<p>1- Références</p> <p>1.1 Valeurs : Référence explicite à un corps de valeurs (c-à-d. qualité, équité, pertinence, efficience)</p> <p>1.2 Population : Référence aux caractéristiques de la population et à ses besoins prioritaires de santé</p> <p>1.3 Système de santé : Référence à l'évolution du système de santé vers plus de cohérence et d'intégration</p> <p>1.4 Personnels de santé : Référence aux besoins quantitatifs et qualitatifs. Voir items 1.1, 1.2, 1.3</p> <p>2- Engagements</p> <p>2.1 Mandat : Mission et objectifs institutionnels, conformes aux références</p> <p>2.2 Terrain : Participation à la gestion de santé d'un territoire et d'une population définie</p> <p>2.3 Partenariat : Collaboration suivie avec principaux acteurs de la santé, sur le terrain et au plan national</p> <p>2.4 Produit fini : Définition/ justification du profil du personnel à former (liste de compétences). Voir références</p> <p>3- Gouvernance</p> <p>3.1 Plan stratégique : Ordonnement des engagements selon un plan largement agréé</p> <p>3.2 Gestion : Mécanismes de valorisation, coordination et évaluation pour la mise en œuvre du plan</p> <p>3.3 Ressources : Mobilisation de ressources intérieures et extérieures à la hauteur des engagements</p>
PRODUCTION
<p>4- Terrain d'application : Formation, recherche et service sur le terrain. Voir item engagement 2.2</p> <p>5- Programme de formation</p> <p>5.1 Objectifs et contenus : Conformés au profil du personnel à former (2.4)</p> <p>5.2 Déroulement : Exposition précoce, longitudinale et intégrée aux réalités de terrain</p> <p>5.3 Apprentissage : Participation à la résolution de problèmes de santé complexes, individuels et collectifs</p> <p>5.4 Stages : Lieux privilégiant les services de santé de première ligne et leur rapport avec d'autres niveaux</p> <p>6- Étudiants</p> <p>6.1 Recrutement : Égalité des chances et priorité aux étudiants issus de communautés défavorisées</p> <p>6.2 Carrière : Orientation et accompagnement pour satisfaire des besoins de santé prioritaires</p> <p>6.3 Évaluation : Exploration de l'ensemble des compétences figurant dans le profil. Voir item 2.4</p> <p>7- Enseignants</p> <p>7.1 Source : Participation d'une variété d'enseignants issus des services sanitaires et sociaux</p> <p>7.2 Compétences : Enseignants aptes à servir de modèles, en rapport avec le profil à former (item 2.4)</p> <p>7.3 Soutien : Formation et autres incitatifs pour améliorer santé publique et éducation médicale</p> <p>8- Recherche : En gestion du système de santé. Voir références (section 1) et utilisabilité (sections 10 et 11)</p> <p>9- Service : Excellence dans les soins de santé primaires. Voir utilisabilité (sections 10 et 11)</p>
UTILISABILITÉ
<p>10- Emploi</p> <p>10.1 Débouchés : Plaidoyer et collaborations en faveur de professions en besoins prioritaires</p> <p>10.2 Implantation : Répartition et répartition géographique des diplômés selon besoins. Voir items 1.1 et 1.2</p> <p>10.3 Prestations : Maintien de compétences des diplômés, en rapport avec le profil. Voir item 2.4</p> <p>10.4 Pratique : Amélioration des conditions de pratique au niveau de la première ligne. Voir sections 4, 9 et 10</p> <p>11- Impact</p> <p>11.1 Partenariat : Qualité de la relation entre acteurs pour un meilleur fonctionnement du système de santé</p> <p>11.2 Effets sur la santé : Diminution de risques et promotion de santé sur le terrain. Voir 2.2 et 2.3 et section 4</p> <p>11.3 Promotion : Diffusion de résultats sur l'utilisabilité auprès des organes décisionnels de la région ou nation</p>

« Le domaine de la conception explore les références et les engagements sur lesquels l'institution s'appuie pour justifier les personnels de santé à former, ainsi que le mode de gouvernance de l'institution pour tenir un rôle actif dans un système de santé. Le domaine de la production explore les principales composantes relatives à la formation proprement dite, avec un arsenal de normes dont la plupart sont assez proches de celles aujourd'hui utilisées pour l'évaluation et l'accréditation des facultés de médecine. Enfin, le domaine de l'utilisabilité explore les initiatives entreprises par l'institution pour que les personnels formés soient utilisés conformément aux

engagements formulés à la phase de conception. »¹⁶. Le tableau suivant propose un cadre à partir duquel des normes, indicateurs et critères pourront être définis pour orienter une institution vers davantage de pertinence sociale.

Un article de 2012 paru dans *Education for Health* au sujet des indicateurs de responsabilité sociale au sein d'une faculté de médecine a évalué la pertinence du modèle CPU et proposé une manière de l'utiliser pertinente. Il recommande l'utilisation d'une approche systématique dans l'évaluation des politiques de responsabilité sociale. Plutôt que d'évaluer uniquement la politique mise en place en elle-même, il propose également de prendre en compte le contexte initial, précédant cette intervention, et le résultat postérieur à celle-ci. Tous ces postulats ont servi de base à la création du modèle CPU. Cependant, la reconnaissance et l'évaluation d'une politique de responsabilité sociale ne doit pas viser à un modèle unique et universel d'évaluation, capable d'analyser toutes les situations de toutes les facultés de médecine. Cette appréciation devrait au contraire se décliner en de multiples contextes à un instant donné, afin d'être capable de saisir toutes les opportunités pour le développement de la santé. Enfin, « *However, it is also fair to state that social accountability implies making extra efforts to create opportunities and find resources that can change the course of events in society and health systems and improve people's health status, well beyond the traditional remit of an academic institution, therefore requiring vision, courage and innovation to overcome conservatism* »¹⁷.

Notons donc ici la volonté exprimée très clairement d'une action « intra » et « extra » académique dans les stratégies de politiques de responsabilité sociale.

THEnet et TUFH

Par ailleurs, d'autres réseaux et organisations ont vu le jour dans le décours de ce bouillonnement.

En 2008, un réseau de facultés de médecine expérimentant de nouvelles stratégies d'enseignement et de fonctionnement afin d'améliorer la productivité et d'encourager les professionnels de la santé à s'engager dans les soins aux plus défavorisés, y compris en milieu rural, s'est rassemblé au sein du collectif THEnet (Training for Health Equity Network)^{18 19}. Les environnements où se développent ces écoles sont fort variables : d'une communauté autochtone au Canada (école de médecine du Nord Ontario), aux régions rurales d'Afrique (Université Walter Sisulu), en passant par les

bidonvilles urbains surpeuplés du Venezuela (programme complet de formation de médecins communautaires) et des régions politiquement instables de Mindanao aux Philippines (Université Ateneo de Zamboanga). La mise en commun de ces expériences²⁰ amène à une vision systématique des démarches qui fonctionnent pour ces régions défavorisées. Le réseau THEnet vise à transformer les institutions formant les étudiants aux besoins de la communauté, à mobiliser les écoles à travers le monde à utiliser leurs ressources de façon socialement responsable, à entretenir des partenariats à travers les secteurs, organisations et institutions académiques de la santé, et enfin à mettre en œuvre des solutions de supports mutuels dans différents projets entre ces groupes.

Le collectif « Towards Unity For Health »²¹ (TUFH) regroupe des professionnels de la santé et des organisations académiques dévoués à la création d'une plateforme œuvrant à l'équité d'accès aux soins de santé dans les régions rurales, à travers un travail d'éducation « community-based », de recherche dynamique et de soutien à des services de santé ruraux. Les activités mises en œuvre comprennent des « programmes d'internat ruraux » (Brésil), la promotion de programmes de prévention (République Tchèque), des projets de « recherche intégrée et participative » (Kenya), ou encore des programmes de recherche en médecine familiale dans des contextes de ressources limitées (Grèce)²². En 2007, TUFH lança « eEducation for health », un journal électronique libre d'accès, dédié à l'échange de connaissances et d'informations sur ces différentes actions.

Un groupe francophone

Enfin, en 2012, un groupe de travail, composés notamment de membres issus du Groupe de travail prioritaire de la SIFEM « Santé Société » (créé en 2006) est créé²³. Le Projet Francophone Internationale de Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine est lancé. Celui-ci est essentiellement mis en place par la CIDMEF (Conférence Internationale des Doyens des facultés de Médecine d'Expression Française) et la SIFEM (Société Internationale Francophone d'Éducation Médicale), et implique cinquante-six facultés francophones réparties dans dix-huit pays à travers le monde.

Jusqu'à présent, ce groupe a accompagné la mise en place de différents projets nationaux entre autres à Madagascar, en Roumanie, au Québec et en Tunisie²⁴.

Ces différents groupes joignent leur force pour lancer officiellement le RIFRESS (Réseau International Francophone pour la Responsabilité Sociale en Santé)²⁵.

Comme énoncé dans leur annonce officielle (« lettre d'invitation au monde francophone »), la structure du RIFRESS est en phase d'élaboration. Il comprend une Direction Générale, un Secrétariat Général, un Comité Scientifique et un Comité de Projets. Son secrétariat général a actuellement son siège social à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal. Le choix de parler spécifiquement de « santé » plutôt que des « facultés de médecine » comme auparavant résulte d'une réelle volonté d'élargir la réflexion et le mouvement à tous les acteurs de santé, et non uniquement aux facultés universitaires formant des médecins.

Son activité sera centrée sur des projets prioritaires pour l'avancement de la responsabilité sociale en santé, notamment :

- **Accréditation** : intégration de normes et processus d'accréditation pertinents à la responsabilité sociale, plaidoyer pour une adhésion et harmonisation.
- **Contrat Faculté-Territoire** : partenariats entre acteurs de santé sur des objectifs de santé dans un territoire, contribution particulière de l'institution académique.
- **Formation de cadres** : sensibilisation aux principes de responsabilité sociale, adaptation de la formation, création d'expertise pour conduire des changements institutionnels.
- **Recherche** : élaboration de protocoles et guides de bonne pratique, recherche sur les déterminants de santé, indicateurs de résultats et d'impacts.
- **Dynamique nationale** : soutien au développement d'initiatives nationales avec la participation d'autorités sanitaires, académiques et politiques.

1.2 Objectifs

Un article publié en 2015²⁶ évoquait déjà de la responsabilité sociale comme une « obligation morale » pour les facultés de médecine. « La responsabilité sociale donne un sens à l'engagement des facultés au service des populations et individus qu'elles ont le mandat de servir. La responsabilité sociale n'est pas « un tout ou rien » qui serait

atteint à un certain moment ou à un autre. Il s'agit plutôt d'un processus transformationnel continu ».

Ce travail vise à offrir une meilleure compréhension des concepts et des enjeux de la responsabilité sociale de manière générale, et plus spécifiquement aux Facultés belges francophones et à l'UCL. Nous analyserons la perception de la responsabilité sociale des différents groupes de personnes qui y sont liés, leur ressenti sur ce qui a été mené jusqu'à présent, ainsi que ce que ces groupes désirent voir apparaître comme projets de responsabilité sociale. Une analyse spécifique à l'Université Catholique de Louvain sera également intégrée.

2. Définitions

2.1 Concepts

2.1.1 Unité pour la santé

L'Unité pour la Santé définit le concept d'une harmonisation des stratégies et des prises de décision des différents acteurs de la santé, en particulier l'intégration des activités liées à la santé individuelle (p.e. les consultations chez un médecin spécialiste) avec celles liées à la santé communautaire (p.e. création d'une maison médicale articulant différents programmes de prévention dans un quartier populaire). En d'autres termes, il s'agit de l'intégration de la médecine à la santé publique au sens large.

Les cinq grands acteurs identifiés dans la littérature scientifique à ce jour sont les décideurs politiques, les gestionnaires de santé, les professionnels de la santé, les universités (facultés de médecine) et la société civile.

Dans l'élan de réflexions profondes au sujet de l'amélioration de la santé, le projet VUPS²⁷ (« Vers l'Unité Pour la Santé ») a été mis en place pour étudier au niveau international des initiatives qui visent à améliorer cette unité. La fragmentation



importante et croissante du système de santé représente un des obstacles les plus importants à l'adhésion concrète aux valeurs phares de **qualité**, d'**équité**, de **pertinence** et de **coût-efficacité**.

Le modèle dit « du pentagone » a été utilisé pour illustrer une stratégie d'initiation d'unification pour la santé. Le centre représente l'objectif recherché de service adapté aux besoins des citoyens et de la société ; les cinq points désignent la contribution des principaux acteurs ; l'étoile en pointillé illustre la mise en place du partenariat.

Dans un rapport de 2008²⁸, comme illustré ci-contre par une figure issue de ce rapport, l'OMS désigne trois problèmes, trois défis à relever en matière de systèmes de soins de santé. L'hospitalo-centrisme d'une part, et la fragmentation des systèmes de santé d'autre part²⁹, et

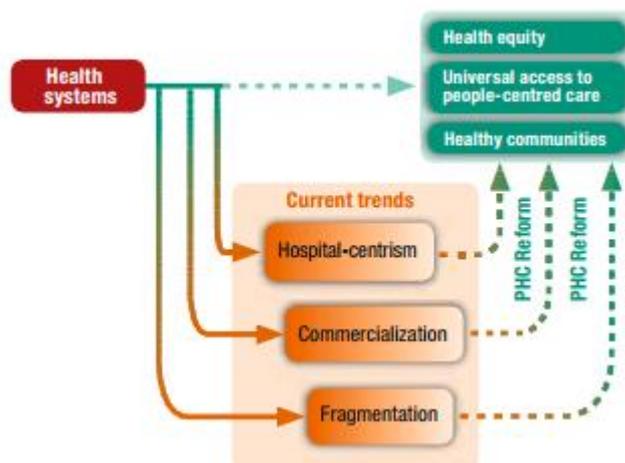
enfin la commercialisation. Ceci se retrouve également, sous forme de proposition plutôt que de dénonciation, dans le texte du Consensus Mondial pour la responsabilité sociale des facultés de médecine, en son axe 2 « Création de partenariats avec le système de santé et autres acteurs ».

L'implémentation d'une politique de responsabilité sociale, au sein par exemple d'une faculté de médecine, nécessite de toute évidence une grande unité des différents acteurs. Ces acteurs sont souvent opposés sur de nombreux sujets, et n'ont pas une tendance naturelle à collaborer sans encombre. Mais la modification, même partielle ou discrète, des politiques de santé, ou l'implémentation de différents projets facultaires, ne peut avoir lieu sans que des valeurs et des objectifs communs unissent les acteurs, en particulier dans des situations aussi fragmentées que celles des facultés belges francophones.

2.2 Acteurs

Nous allons encadrer ici brièvement ce qu'il est entendu par chaque acteur principal de la santé, et en donner la déclinaison spécifique aux contextes auxquels nous sommes et serons confrontés, ceux de la Belgique francophone. Pour qu'un

Figure 1.10 How health systems are diverted from PHC core values



quelconque projet de responsabilité sociale aboutisse, il sera en effet nécessaire de « *mieux appréhender les stratégies susceptibles de faire évoluer chacun des partenaires vers davantage de pertinence sociale et de performance mais aussi des stratégies pour créer des synergies durables*³⁰ ».

2.2.1 Décideurs politiques

Les décideurs politiques forment le corps le plus clairement identifiable, puisque clairement balisé par des juridictions précises et des processus de désignations inscrits dans la loi. Notons que si pour notre pays comme pour de nombreux autres il s'agit de processus électoraux démocratiques, cela n'est pas la règle à l'échelle mondiale et ne doit pas constituer un motif pour ne pas travailler à des projets d'Unité Pour la Santé (UPS).

Dire que le système politique belge est complexe et confusément fractionné est un euphémisme. Schématisons imparfaitement en soulignant que si les niveaux provinciaux ou (inter)communaux peuvent avoir certaines responsabilités (comme la gestion de certaines institutions hospitalières publiques), l'essentiel est divisé entre trois autres entités³¹ :

- Le niveau fédéral, en charge de la plus grande partie du système de santé avec la sécurité sociale (dont les législations encadrant les mutuelles ou l'INAMI), la santé publique et une partie de la recherche scientifique.
- Le niveau régional, en charge de la prévention.
- Le niveau communautaire, en charge de l'enseignement supérieur.

Notons que dans le cas qui nous occupe des Facultés de Médecine, ces dernières assurent un rôle charnière, en étant partie intégrante de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique (et donc soumise à l'autorité communautaire) mais également pourvoyeuse de diplômés susceptibles de requérir des attestations INAMI (sous l'autorité fédérale), tout en étant mêlée à la gestion de réseaux hospitaliers propres à chaque université. Cela est très certainement un des éléments qui complexifie à la fois sa gestion interne et son positionnement externe, entre autres dans le cadre de projets potentiels de Responsabilité Sociale. Ces éléments seront discutés à la fin de ce travail.

2.2.2 Gestionnaires de santé

L'INAMI, Institut National d'Assurance Maladie Invalidité, est une institution publique de sécurité sociale en Belgique. Il relève de la compétence fédérale. Celui-ci a un double rôle à remplir : celui de veiller d'une part à ce que les assurés bénéficient d'un accès aux soins de santé et d'un remboursement de ceux-ci, et d'autre part à ce que les assurés bénéficient d'un revenu de remplacement en cas d'incapacité de travail ou de maternité/paternité. Dans sa mission, l'INAMI collabore avec quatre grands acteurs : les mutualités, les organisations patronales et syndicales, et les dispensateurs de soins. Ils collaborent au sein de multiples comités institués auprès de l'INAMI.

Les mutualités sont chargées de rembourser les frais des prestations et d'accorder, le cas échéant, des indemnités. Elles participent à l'établissement de règles relatives à ces prestations et siègent dans différents comités de gestion négociant, entre autres, les tarifs des prestations de santé. Il existe de nombreuses mutuelles, apportant des spécificités dans leurs remboursements et indemnités, ce qui les rend plus susceptibles d'être préférées par une couche ou l'autre de la population (indépendants, salariés...). Si certaines sont nées réellement de la volonté de certains travailleurs de s'associer en caisses mutuelles, d'autres, plus récentes, n'ont pas ce passé moins institutionnel et plus militant. Leurs liens politiques avec les partis ou syndicats, et leurs visions idéologiques sont fortement variables, et raison de bien des désaccords.

Les dispensateurs de soins ont pour mission de traiter les patients dans les règles qui permettent le remboursement par les mutualités.

L'assurance soins de santé et invalidité est financée à hauteur de 75% par les cotisations de la sécurité sociale. Ces cotisations sont prélevées chez les employeurs, les travailleurs indépendants et les travailleurs salariés. Par conséquent, ces groupes sont représentés au sein de l'INAMI pour intervenir dans la discussion sur l'attribution et la répartition des moyens financiers. De façon encore plus forte qu'en ce qui concerne les mutuelles, les différents syndicats offrent des visions idéologiques et stratégiques différentes. D'autres sources de recettes se sont peu à peu ajoutées,

notamment avec la baisse des cotisations sociales appliquées dans le cadre de politiques visant à la création d'emplois, comme la TVA.

2.2.3 Professionnels de santé

En Belgique, il existe une liste des professions réglementées des soins de santé. Par ailleurs, quatre pratiques dites « non conventionnelles » sont également réglementées³².

Professions réglementées des soins de santé en Belgique	Pratiques non conventionnelles réglementées en Belgique
Médecin	Ostéopathe
Dentiste	Chiropracteur
Pharmacien	Acupuncteur
Infirmier	Homéopathe
Aide-soignant	
Kinésithérapeute	
Sage-femme	
Paramédicaux	

Ces différents groupes sont organisés sous différentes formes. D'une part au sein des différents Ordres et Académies existants (Ordre des Médecins, Ordre des Pharmaciens...), et d'autre part au sein de différents syndicats. Ces syndicats peuvent être constitutifs d'une confédération plus large (les infirmiers par exemple, sont exclusivement représentés par des branches de syndicats par ailleurs généraux comme par exemple la CNE pour la CSC), ou entièrement distincts et indépendants (syndicats de médecins).

2.2.4 Universités

Les universités, en tant qu'établissement de l'enseignement supérieur, sont soumises au pouvoir de la Communauté Française (ou Fédération Wallonie-Bruxelles) qui est l'une des trois communautés fédérées de Belgique.

Le Décret « Participation »³³ de la Communauté Française prévoit que chaque université doit comporter un Conseil Étudiant, dont les membres sont élus à l'occasion d'élections annuelles, et qui doivent composer au minimum 20% des sièges de chaque organe décisionnel de l'université (et de ses déclinaisons au niveau facultaire). Dans les faits, cela n'est pas forcément toujours respecté.

Les autres modalités de fonctionnement (composition des organes de décisions, modes d'élections etc.) sont définies de façon autonome par chaque université, et sont relativement variables entre universités, et même parfois entre Facultés au sein d'une même université.

2.2.5 Société civile

La société civile est par nature pratiquement impossible à définir de façon consensuelle. Il est cependant possible de s'accorder sur le fait qu'elle est constituée en bonne partie d'un grand nombre d'associations et d'ONG se mobilisant pour des causes diverses, et de l'investissement, plus ou moins marqué et plus ou moins organisé, de citoyennes et de citoyens qui ne prennent pas part aux autres aspects du pouvoir (autorités politiques ou universitaires pour ce qui nous concerne ici).

Les mouvements de la société civile, probablement de manière générale en Europe mais certainement de façon claire en Belgique, se sont relativement peu mobilisée sur les sujets directement liés à la santé par rapport à d'autres thèmes. Les débats idéologiques ou politiques qui ont lieu sur les questions de la santé (et plus encore sur les *systèmes de soins de santé*) sont peu pris en mains par les citoyens et les associations de la société civile, bien moins par exemple que ceux autour de l'écologie. Il ne s'agit pas, traditionnellement, du terrain où la société civile est la plus influente. Ceci peut s'expliquer sans doute par un système aujourd'hui très complexe (et correctement perçu comme tel), dont les termes et les enjeux sont mal compris et souvent instrumentalisés.

Précisons toutefois quelques exceptions. La question des traités de libre-échange, qu'il s'agisse du TTIP ou du CETA, ont mené à des discussions majeures dans l'espace public depuis 2015-2016, et la prise en main du débat par les citoyens de façon beaucoup plus marquée que dans beaucoup d'autres pays. Dans cette thématique, les sujets liés aux inquiétudes par rapport aux possibles répercussions sur la santé, comme les OGM ou les « perturbateurs endocriniens », ont connu une

attention majeure. Notons naturellement qu'il n'est pas question ici d'affirmer si ces inquiétudes étaient fondées ou non, mais bien de préciser qu'elles ont été, pour l'opinion publique et la société civile, un sujet sensible et audible.

Autre exemple peut-être plus polémique encore, celui des politiques de santé menées ces dernières années au niveau fédéral. Qu'elles soient profitables et justifiées ou non, ces politiques ont suscité différentes vagues de réactions bien plus notables en termes d'attention médiatique, et variées au regard du nombre d'acteurs impliqués, que celles des gouvernements précédents des vingt dernières années au moins. Citons parmi les réactions celle des Maisons Médicales quant à la remise en cause de leur impact et de leur financement, celle de septante-trois professeurs d'Université³⁴ inquiets d'une possible gestion « politisée » du Centre Fédéral d'Expertise (KCE) ou encore celle des étudiants en médecine dans les aléas du dossier imbriqué « numéros INAMI et sélection ».

2.3 Autres

Sont définis ci-dessous d'autres termes, afin que les propos de ce travail soient compris sans ambiguïtés.

Soins de santé : série d'interventions essentiellement dans le champ de la santé individuelle.

Services de santé : série plus large d'interventions englobant à la fois la santé individuelle et la santé publique et communautaire.

Système de santé : institution nationale ou sub-nationale responsable des dispositifs organisationnels, de gestion, de régulation, d'administration et autres nécessaires pour le fonctionnement adéquat des services de santé sous son autorité et conformément aux politiques établies.

3. Illustration d'un programme de responsabilité sociale dans une faculté de médecine

La responsabilité sociale des Facultés de Médecine est un concept de prime abord souvent confus et abstrait. Certains exemples de programmes reliés à la responsabilité sociale ont été brièvement évoqués dans les points ci-dessus. Cependant, il nous a paru pertinent d'en développer un supplémentaire, qui pourrait se révéler intéressant en particulier au regard des défis des Facultés belges.

3.1 Cas de l'Université de Gand

L'exemple développé ici intéresse tout particulièrement le milieu de la représentation étudiante dans les Facultés de médecine. En effet, la Faculté de médecine et sciences de la santé de l'Université de Gand mène depuis de nombreuses années une politique d'intégration des étudiants et de leurs représentants, notamment dans le façonnement des programmes de cours.

En 1998, la Faculté, par l'intermédiaire de son « comité d'éducation », a insisté sur l'importance de la coopération avec les étudiants. En réaction, ces derniers créèrent le « Student Workgroup on Medical Education » ou SWME. Le SWME a participé, avec l'aide des différentes instances de la Faculté, à une évaluation des programmes de premier cycle d'études par les étudiants. Le SWME est composé d'étudiants 'lambda' intéressés par ces réflexions, ainsi que de représentants étudiants, élus en chaque début d'année au ratio d'un par auditoire de cours. Les membres de la SWME, en plus d'assumer un rôle de feed-back régulier par rapport aux cours, aux programmes et aux modifications éventuelles de ces derniers, assurent un rôle proactif de propositions et de projets. Ses membres siègent dans toute une série d'organes de la Faculté, notamment le Bureau de Faculté (pouvoir exécutif de la Faculté), les commissions spécifiques à chaque cours (comprenant professeurs, étudiants et experts) ou le comité d'éducation.

Le SWME est organisé autour d'une structure officielle et réglementée, avec différents rôles définis (président, secrétaire, trésorier...). Le président de la SWME siège par ailleurs au comité exécutif de l'Université de Gand, illustrant ainsi une implication plus large qu'uniquement facultaire. Chaque mois, tous les étudiants de la Faculté sont invités à donner leur avis sur les différentes discussions en cours, de façon organisée autour de modules et de thèmes prédéfinis. De plus, une semaine par an, un séminaire

de la SWME est organisé afin de discuter en profondeur des thèmes pris en charge par la SWME et son fonctionnement interne.

La composition de la SWME, ainsi que sa structure et ses fréquents contacts avec les étudiants « non investis » garantissent une transparence vis-à-vis du reste de la faculté et des étudiants.

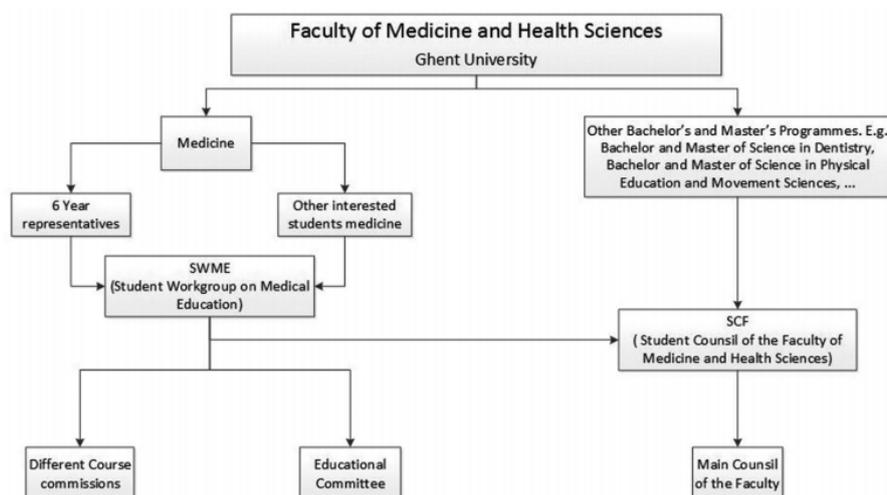


Figure 1: Organization of the student participation at Ghent University

En prévision du passage des études de médecine de 7 à 6 ans, le SWME organisa une semaine de séminaire sur la question de la réforme et des opportunités à saisir dans le management des modifications fondamentales qui allaient suivre. Une série de propositions et d'avis furent soumis au comité d'éducation, pour finalement qu'un accord soit trouvé entre les deux parties et approuvé lors d'un vote en Bureau de Faculté.

En plus d'améliorer les compétences en leadership des étudiants participant, ceci a permis d'implémenter des programmes de cours plus consensuels et plus adaptés à leur public comme aux objectifs universitaires. « Les étudiants, la direction de l'université et la faculté partageaient la vision d'un cursus médical intégré avec un fondement à la fois biomédical et social, ainsi qu'une approche orientée vers le patient et la communauté »³⁵.

4. Recherche qualitative : Questionnaire de la phase Recherche-Action

4.1 Introduction

Un siècle après le rapport Flexner, un nouveau paradigme a émergé dans le monde de l'éducation médicale : la responsabilité sociale. Le "Consensus global sur la responsabilité sociale des Facultés de Médecine », fut publié en 2010, avec pour ambition de décloisonner les facultés et de faire prendre en compte la santé de la société ainsi que ses besoins, et d'adapter les cursus en fonction de ceux-ci.

Un groupe francophone, englobant à l'heure actuelle environ soixante facultés (sur un total de 150 existantes), a peu à peu été formé pour constituer le RIFRESS, officiellement lancé en Avril 2017 lors du Sommet Mondial sur la responsabilité sociale (Hammamet, Tunisie). La fondation de ce groupe et sa volonté de constituer un groupe francophone autonome illustre une ambition de mener des recherches et des projets spécifiques au monde francophone.

Trois phases ont été programmées pour le premier chantier de recherche. La première est de réaliser un état des lieux de la connaissance et de la compréhension des concepts de responsabilité sociale par les facultés elles-mêmes, ainsi que par les acteurs internes ou externes à celles-ci. La seconde est de définir des critères, des standards et des indicateurs de mécanismes, de processus et de résultats liés à la responsabilité sociale des facultés de médecine. Enfin, la troisième consiste à établir une série de mesures, de réformes, d'actions à entreprendre concrètement dans les facultés.

La première phase est terminée. Il s'agissait d'une analyse quantitative basée sur une série de questions fermées adressées à différents groupes, qui avaient tous un lien étroit avec les facultés de Médecine : administration de la santé, décideurs politiques (conseillers, ministères, agences de santé...), décanat, étudiants (y compris de 3^{ème} cycle) en médecine ou paramédical (infirmier etc.), groupes de médecins (pratiques de groupes), associations de patients, maîtres de stages hospitaliers ou non et académiques ou non, fonds d'assurance, enseignants et chercheurs de la faculté,

société scientifiques, ordres des médecins, syndicats de médecins, et autres. Les réponses étaient graduées de 1 (fortement en désaccord) à 4 (fortement d'accord).

Les réponses furent collectées en ligne sur la période 2012-2013 au moyen du logiciel Survey Monkey, et analysées statistiquement au moyen des logiciels Excel et SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, version 21.0). Les résultats furent présentés à une réunion du RIFRESS. Aucune différence fondamentale ne fut observée dans les réponses dans les différents sous-groupes, ni en fonction du genre, ni des catégories socio-professionnelles, avec un score moyen de 2,11 (place et rôle de la communauté), à 2,98 (adhérence aux concepts de responsabilité sociale)³⁶. Comme conclu dans une Thèse menée à l'Université de Poitiers sur la question³⁷, l'échelle de Likert 1 à 4 utilisée a rendu les moyennes des résultats très homogènes, et des résultats consensuels et peu exploitables.

Quelques publications^{38 39 40} se sont penchées sur la perception et le degré d'implémentation des concepts de responsabilité sociale dans les facultés de médecine. Ces publications n'ont pas étudié le cas des facultés francophones, et témoignent, en général, de relativement peu de mise en œuvre des préceptes de responsabilité sociale, une mauvaise connaissance de ces derniers et le besoin de mesures variées, concrètes et proactives.

Pour cette raison, et étant donné la richesse des données collectées, nous avons voulu compléter la première analyse quantitative par une analyse qualitative des éléments subjectifs rassemblés dans une série de questions ouvertes, dont les premiers résultats sont présentés dans ce travail.

4.2 Matériel et méthode

4.2.1 Matériel

Les participants ont donc été amenés à répondre à deux questions ouvertes, concernant chacun des dix axes du Consensus mondial (listés au début de ce travail).

Dans notre travail, nous avons mené l'analyse sous plusieurs angles, avec une méthodologie globalement similaire. Les deux questions étaient les suivantes :

- **Q1 : Identifier 1 à 3 actions/réalisations relatives à cet axe et mise en place dans votre Faculté** (vous pourriez aussi indiquer l'avancement et les éventuelles difficultés/limites constatées).
- **Q2 : Identifier 1 à 3 améliorations potentielles à apporter dans votre Faculté pour que celle-ci soit plus en accord avec l'atteinte de l'axe** (vous pourriez aussi confirmer si ces améliorations sont déjà identifiées et si des actions sont prochainement prévues).

4.2.2 Logiciel Tropes et scénario

Nous avons analysé sur la plan qualitatif les questionnaires avec le **logiciel Tropes** car il présente les avantages suivants :

- Analyse sémantique automatique et semi-automatique : permet d'analyser un grand nombre de données, tout en gardant la possibilité de modifier la grille de lecture pour améliorer la spécificité
- Logiciel gratuit
- Fonctionne par analyse propositionnelle

Tropes travaille sur base de scénarios utilisant des dictionnaires pour extraire des textes qu'on lui insère des références, des classes, des univers, des relations, avec une indexation quantitative et des présentations graphiques très imagées et très pédagogiques.

La « grille d'analyse » qu'utilise Tropes pour fonctionner s'appelle un **scénario**.

Le logiciel permet de créer des scénarios de trois façons différentes : soit en générant automatiquement un scénario à partir des dictionnaires intégrés dans Tropes, soit une construction complètement manuelle, *de novo*, d'un scénario, soit la modification manuelle d'un scénario généré automatiquement. C'est cette dernière méthode que nous avons

Le scénario

Seuil de significativité (occurrence)	Mot spécifique	Mot trop générique
Pour le texte du consensus		
< 5	Non retenu	Non retenu
Pour le corpus de texte		
>40	Retenu	Retenu (santé, médecine)
De 20 à 40	Retenu	Retenu partiellement (par ex : clinique, service...)
< 20	Non retenu sauf en cas de classe d'équivalence existante	Non retenu (par ex : axe, cadre...)

employée, afin d'obtenir une grille de lecture à la fois conforme aux exigences habituelles du programme, et spécifique à notre sujet.

Premièrement, nous avons créé un scénario automatiquement, à partir de Tropes, avec comme matériel de base le texte du consensus mondial pour la RS des facultés de médecine. Pour cela, nous avons utilisé un seuil de cinq occurrences, en deçà desquelles un terme n'était pas retenu.

Deuxièmement, nous avons, avec ce premier scénario, analysé le plus grand corpus de mots à notre disposition, c'est-à-dire l'ensemble des réponses pour la question 2 (tous axes confondus, toutes catégories confondues, en n'excluant que les réponses inappropriées -cf. ci-dessous). En effet, la Q2 constituait le corpus le plus important, avec plus de 50 000 mots. Pour cette étape, nous avons complexifié les seuils, en retenant tous les termes au-delà de 40 occurrences. Entre 20 et 40 occurrences, nous retenons les termes spécifiques mais pas ceux jugés trop génériques. Enfin, en-dessous de 20 occurrences, nous ne retenons que les termes spécifiques pour lesquels une classe équivalente s'était déjà dégagée.

Nous avons donc modifié manuellement un scénario généré initialement de façon automatique. Lorsque, plus tard dans ce travail, nous parlerons du scénario, il s'agira toujours de ce dernier. Nous avons utilisé le même scénario, la même grille de lecture, pour l'ensemble des analyses qui seront détaillées ci-dessous.

Le scénario est construit de façon hiérarchique par groupes sémantiques (37 dans notre cas), composés du regroupement de termes et de classes d'équivalents.

4.2.3 Données et nettoyage

Suite à une lecture de l'ensemble des réponses du questionnaire, nous avons éliminé les réponses inadéquates pour notre étude. Nous avons exclu les réponses ne répondant pas à la question posée (critiques de l'étude, interpellation des auteurs des questions etc.), les doublons, ainsi que mis de côté les réponses identifiant les difficultés (à la mise en place antérieure ou ultérieure) pour chaque action. Ces dernières ont été compilées dans un fichier de « Difficultés », qui n'a pas été analysé dans notre travail, mais qui pourrait l'être ultérieurement.

Notons qu'une réponse identifiant une difficulté n'est pas en soi une erreur par rapport à la question, puisque la Q1, contrairement à la Q2, indique qu'il est possible de les identifier. Nous ne serons donc pas surpris de constater que proportionnellement à son corpus de départ, la Q1 perd plus de mots que la Q2 avec le nettoyage, en raison des difficultés évoquées plus fréquemment que dans la Q2, et en raison des nombreuses réponses inappropriées (par exemple « *rien n'est fait* »).

Ce sont les données nettoyées qui ont été utilisées pour toutes les analyses de ce travail.

Question	Corpus pré-nettoyage	Corpus post-nettoyage
Q1	119 141 mots	35 988 mots
Q2	108 472 mots	57 908 mots

4.2.4 Plusieurs angles d'analyse

Le choix des analyses a été par la suite fortement influencé par les circonstances du moment, et les différentes opportunités qui se sont présentées. Elles sont exposées ici dans un ordre logique et non chronologique. Nous avons toujours utilisé le même logiciel (Tropes), avec la même grille de lecture (scénario). Nous avons par contre choisi plusieurs échantillons de réponses différents.

- ❖ Tout d'abord, une analyse globale des réponses, pour chaque question, incluant toutes les facultés participantes, tous les axes du Consensus, et avec une division des répondants en différentes catégories socio-professionnelles.

Cette analyse a fait l'objet d'un travail de recherche groupé, qui aboutit à la rédaction d'un article qui sera prochainement soumis pour publication à la revue *Medical Teacher*. Les compléments de méthodologie, ainsi que les résultats, leur discussion et une conclusion partielle spécifique à cet angle sont discutés séparément. Une lecture cursive des verbatim a également permis de préciser et d'enrichir les éléments de discussion des résultats.

- ❖ Ensuite, nous avons mené une analyse des réponses uniquement issues des facultés de médecine belges francophones (en pratique, ULB et UCL).

Ceci a fait l'objet d'une présentation au Congrès Mondial sur la Responsabilité Sociale des facultés de médecine, à Hammamet (Tunisie) en avril 2017. Cette présentation s'est focalisée principalement sur la méthodologie et la construction du scénario d'analyse. Nous avons présenté l'analyse des résultats spécifiques aux facultés belges francophones tous axes confondus. Nous y avons également analysé les réponses concernant l'axe 2 (Partenariats) de tous les répondants, car il s'agissait d'un des thèmes du Congrès Mondial. Le PowerPoint de la présentation est intégré à ce travail, et complété par de courtes explications.

Aucun répondant belge francophone n'avait manqué de compléter sa catégorie socio-professionnelle, nous n'avons par conséquent exclu aucune réponse qui n'eût déjà été nettoyée selon les modalités citées ci-dessus. Nous n'avons procédé à aucune division en catégorie pour cette analyse.

L'objectif était donc d'avoir une idée globale de ce qui était perçu comme « réalisé » (Q1) ou « à réaliser » (Q2) pour les facultés belges francophones, sans différencier les répondants entre eux, sans distinction entre les axes du Consensus.

❖ Enfin, nous avons mené une analyse centrée uniquement sur l'UCL.

Nous avons employé les données nettoyées, et n'avons exclu aucun répondant (aucun d'entre eux n'avait manqué de compléter sa catégorie socio-professionnelle). Nous avons divisé ces derniers en deux catégories : les étudiants, et les autres ; ceci en raison de la taille de l'échantillon ne permettant pas de mener une analyse plus fine. L'objectif était, très spécifiquement à l'UCL, d'identifier ce qui est perçu comme « réalisé » ou « à réaliser » par les étudiants de l'UCL et le reste des répondants (professeurs, maitres de stage etc.).

Ce travail spécifique, additionné aux analyses plus générales d'un ensemble plus grand de facultés, vise à permettre de répondre en particulier aux questions concernant le bilan et les perspectives des politiques de RS à l'UCL.

Les résultats spécifiques à l'UCL, leur discussion et une conclusion partielle sont rédigés distinctement.

Une conclusion, commune aux trois angles cités ci-dessus, clôturera ce travail.

4.3 Analyse globale par catégorie

4.3.1 Compléments de matériel et méthodologie

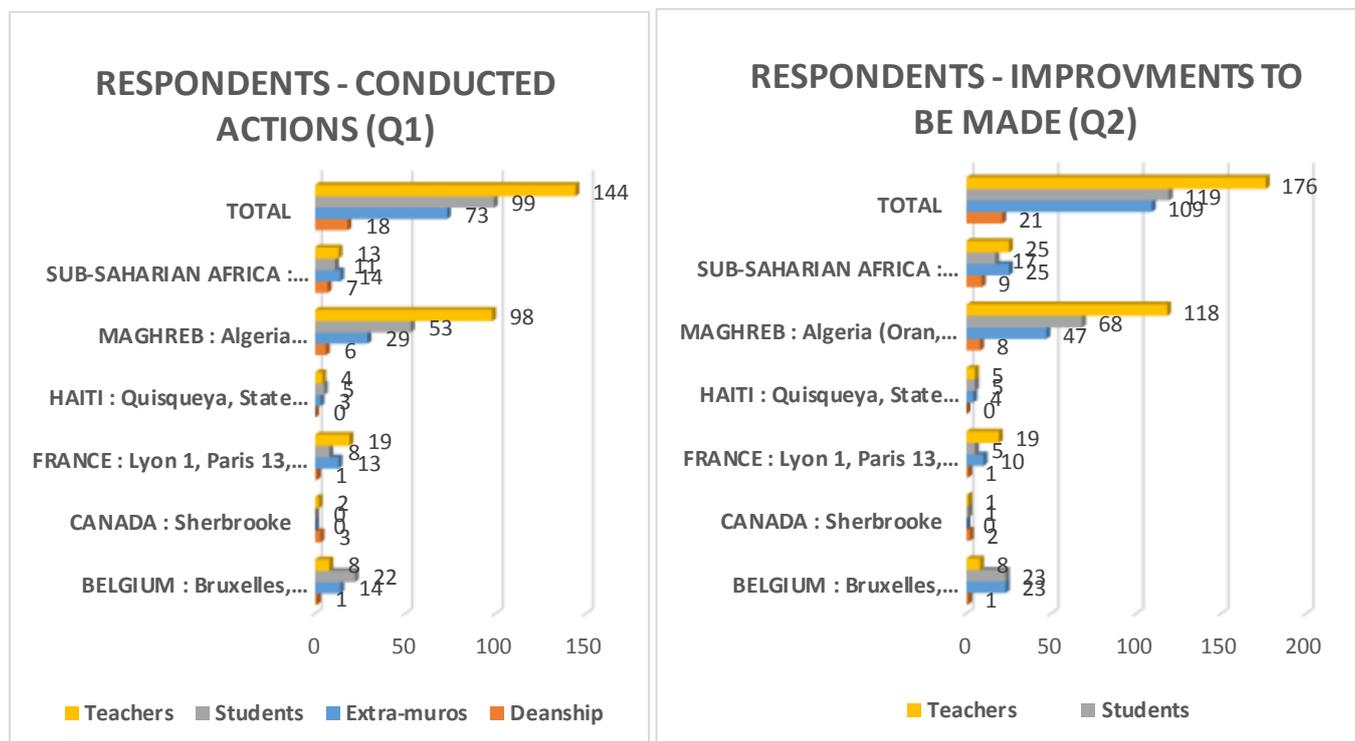
L'angle de ce travail est d'analyser les résultats en fonction de la catégorie socio-professionnelle. Ceci nous a mené, à partir des données déjà nettoyées comme expliqué ci-dessus, à ne pas prendre en compte les réponses où le participant n'avait pas rempli sa catégorie. Nous avons ensuite divisé tous les répondants en 4 catégories :

- Étudiants : étudiants en médecine, étudiants paramédicaux
- Enseignants : Professeurs, Maîtres de stages hospitaliers académiques
- Décanat : Doyens, Vice-Doyens
- Extra-muros de la faculté : autorités de santé, décideurs politiques, groupes de médecins, maîtres de stages hospitaliers non-académiques, syndicats de médecins, Ordres des Médecins, sociétés scientifiques, mutuelles, ligues ou associations de patients, et autres.

La fréquence relative graphique illustre les tendances en fonction des thèmes offerts par le scénario et présente un profil des répondants de l'étude.

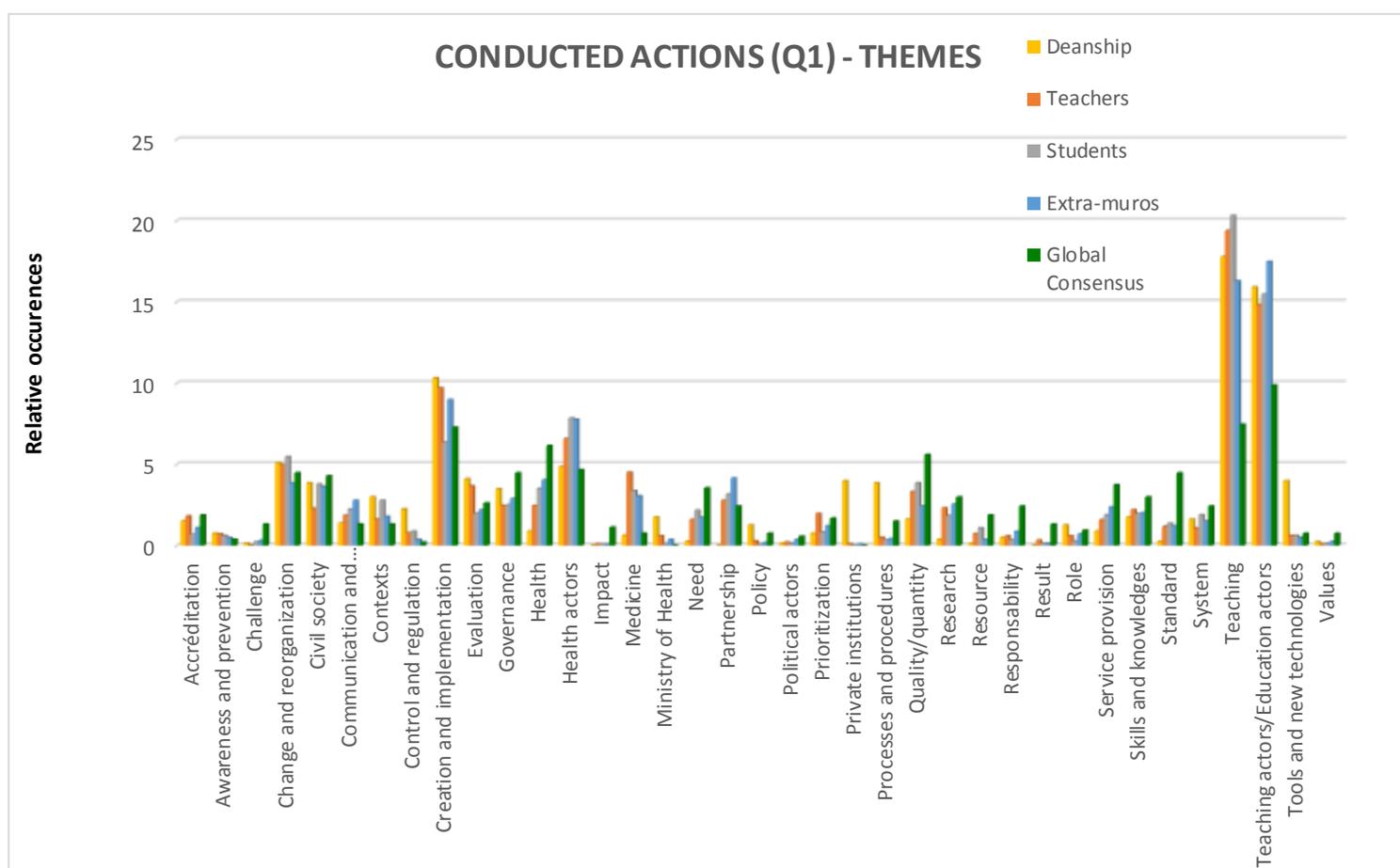
Chaque participant pouvait répondre ou pas à chaque item, qu'il s'agisse de la partie qualitative ou de la partie quantitative. Les échantillons de répondants sont par conséquent aléatoires. Nous avons donc présenté ci-dessous les répondants, selon leur faculté d'origine, en deux graphes, l'un pour la Q1 et l'autre pour la Q2, uniquement concernant l'axe 1, qui est celui ayant recruté le plus grand nombre de participants comme expliqué ci-dessus.

4.3.2 Résultats et discussion



Tout d'abord, nous notons une disparité géographique importante. La région du Maghreb est la plus importante en termes d'échantillon, alors que d'autres (Canada, Haïti) ont recruté des participants de manière sporadique et presque ponctuelle. La France, l'Afrique sub-saharienne et la Belgique constituent des échantillons intermédiaires. Au sein de ces zones, les facultés sont également inégales entre elles. Nous verrons lors de l'analyse spécifique à l'UCL, que cette dernière est malgré cela parmi les plus gros fournisseurs de répondants. Les résultats et conclusions de cette étude seront donc naturellement plus pertinents pour l'UCL ou les facultés du Maghreb qu'ils ne le seront pour le Canada.

Parmi les actions à entreprendre comme celles déjà mises en place, nous relevons un certain nombre de choses en réalité peu spécifiques de la responsabilité sociale, et qui font ou devraient faire partie d'une formation de base de médecin sans même réfléchir aux innovations concernant la responsabilité sociale. Citons entre autres l'éthique, la déontologie, la communication ou la médecine générale, qui ne sont pas encore reconnues comme disciplines académiques partout. Concernant les actions mises en place, soulignons premièrement l'importance de la médecine de famille, abondamment soulignée, notamment en ce qui se rapporte aux stages. Ceci est constaté qu'il s'agisse « simplement » de stages de médecine générale, mais également de stages plus spécifiques en zones rurales ou en zones précarisées.

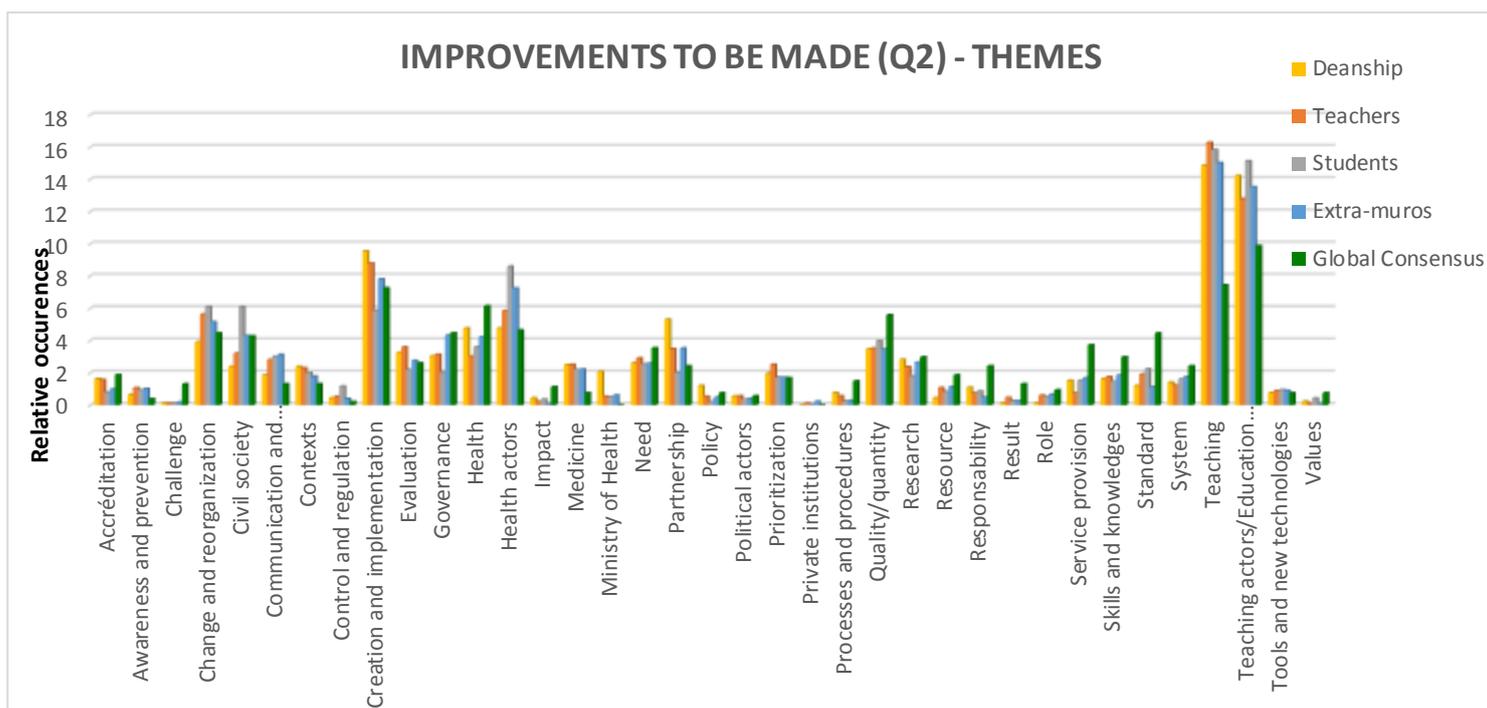


Deuxièmement, notons la prépondérance, dans la Q1 comme dans la Q2, de la santé publique de manière générale, de l'épidémiologie en particulier, et d'un désir de voir ces disciplines prendre une place plus importante non seulement dans les cursus d'enseignement, mais également dans les activités de recherche menées dans la faculté. Au sein de ces activités de recherche, sont même évoqués des projets

d'identification des besoins de santé par bassin géographique et une adaptation des plans de stages et de formations en fonction de ces résultats. Il faut cependant éviter de tomber dans le piège de confondre les concepts de santé publique et de responsabilité sociale. De nombreux participants soulignent également un aspect quantitatif à la formation des médecins, ce qui entre en résonance avec les difficultés connues dans de nombreux pays, notamment du Maghreb, d'exil des soignants, mais également avec les débats nourris en Belgique ou en France autour des différents systèmes de Numerus Clausus et des pénuries médicales en résultant selon certains. La question de la répartition des tâches, pourtant centrale à toute analyse sérieuse du nombre de médecins (et donc de définition ou non d'un état de pénurie) n'est que très peu abordée, ce qui peut s'expliquer par une relative absence de ce débat dans les sphères publiques, mais également un échantillonnage de participants peut-être moins biaisé que prévu. En effet, les personnes fortement impliquées ou intéressées dans les processus de responsabilité sociale, que nous suppos(i)ons majoritaires dans l'étude, sont selon toute vraisemblance assez familiarisées avec cette question. Or, si cela est peu évoqué dans les verbatim, il est permis de supposer que les participants sont moins initiés que prévu aux différents concepts.

Troisièmement, en examinant les résultats de la Q1 nous remarquons plusieurs choses. Tout d'abord une grande importance accordée à l'enseignement et aux acteurs d'enseignement, et dans une moindre mesure, à la santé et aux acteurs de santé. Ceci est tout à fait compréhensible puisqu'il s'agit non seulement d'un thème lié aux facultés universitaires de santé, mais également de populations participantes travaillant ou étudiant exclusivement en milieu universitaire, avec une majorité d'enseignants et d'étudiants.

Dans le registre inverse, nous constatons de très faibles taux relatifs à certains thèmes. Ainsi, les institutions privées, la politique et les décideurs politiques sont très peu mis en lumière, illustrant donc que les participants ne constatent que pas ou peu d'actions menées dans ces domaines ou par ces acteurs. De même, soulignons le peu d'occurrences des items « impact », « accréditation » et « résultats », signant que les personnes évoquent peu de tentatives de mesurer l'efficacité des actions réalisées à travers des modèles clairs et objectifs.



Lorsque l'on analyse les résultats de la Q2, certains constats restent similaires à ceux de la Q1. En effet, l'enseignement et la santé et leurs acteurs, restent parmi les thèmes les plus évoqués, et ce tous groupes confondus. Il est cohérent de penser qu'il s'agit d'une volonté de voir continuer les projets déjà mis en place par ces mêmes acteurs (puisqu'ils semblent en être les principaux responsables si l'on en croit les résultats de la Q1). Remarquons également qu'étant donné la composition de l'échantillon, à savoir une majorité d'enseignants et d'étudiants mais de manière générale de personnes liées à la faculté, cela signifie que les répondants s'incluent eux-mêmes dans les acteurs de changements futurs (certainement pour les enseignants ou le décanat, de façon sans doute moins certaine et plus diffuse pour les étudiants).

Ensuite, nous relevons que, comme pour la Q1, les résultats, accréditation et impact sont très peu évoqués. Ceci est particulièrement inquiétant en ce qui concerne l'accréditation, puisqu'il s'agit d'un axe central de réflexion dans les organisations travaillant à la responsabilité sociale, et notamment un des thèmes du Sommet Mondial d'Avril 2017.

Enfin, mettons en évidence la recrudescence, dans la Q2 par rapport à la Q1, de l'item « société civile » (rassemblant acteurs associatifs, associations de patients, collectifs

citoyens, acteurs sociaux...). Ceci est particulièrement valable pour les étudiants, qui sont de loin le groupe à les aborder le plus fréquemment.

Nous constatons enfin que l'item « Partenariats », même s'il est peu évoqué, l'est exclusivement par des participants issus du décanat. La position des Doyens et Vice-Doyens, particulièrement à la charnière des facultés, des hôpitaux et des maîtres de stage, explique probablement cette volonté de voir se développer des partenariats, dont l'absence est bien souvent la source de nombreuses entraves et nombreux problèmes pour l'exécutif de la faculté.

4.3.3 Conclusion

En conclusion, nous remarquons, à deux exceptions près, qu'il n'existe pas de différence significative entre les quatre sous-groupes étudiés. L'analyse qualitative complète donc le volet quantitatif qui avait illustré le peu de différences de perception entre les populations étudiées. Les deux exceptions sont relatives, mais indiquent un désir d'engagement de la société civile par les étudiants, et un accroissement des partenariats par les membres du décanat.

Si les sous-groupes entre eux ne se distinguent pas, on note cependant des tendances fortes communes à tous les participants : un constat d'actions réalisées et une attente d'actions supplémentaires dans le futur de la part des acteurs de santé et en matière de santé, et plus encore en matière d'enseignement et de la part des acteurs de l'enseignement. À l'inverse, très peu est établi en lien avec les institutions privées ou le monde politique, et rien de plus n'est attendu à travers l'analyse des actions à réaliser.

Le risque d'assimilation de la responsabilité sociale à la santé publique n'est pas écarté, mais la variété des propositions et la saturation des thèmes évoqués en évite l'écueil. Si la médecine générale et de première ligne constituent à l'heure actuelle le champ d'activité et d'investigation principal de la responsabilité au sein des spécialités médicales, des travaux de recherche ou de sensibilisation pourraient être menés dans les autres spécialités, notamment hospitalières. S'interroger sur la responsabilité sociale d'un urgentiste ou d'un pneumologue amènerait très rapidement à situer ces pratiques dans un environnement social, et ainsi à mieux préparer les praticiens à ces aspects de leur activité.

L'attention aux besoins prioritaires de santé des populations et la vision globale de la santé ressortent clairement des réponses, et ceci illustre le fait que si les principes et les axes de la responsabilité sociale ne sont pas toujours clairement compris, la vision sociétale a évolué et les préoccupations de nombreux acteurs sont en réalité reliées aux différents projets de responsabilité sociale.

Des axes de recherche supplémentaires existent, notamment au regard de la faible évocation des items de « critères » et d'« accréditation », angles de recherche importants pour les différentes organisations de responsabilité sociale, mais dont la visibilité reste problématique.

Le nombre de répondants et la richesse des réponses, malgré les difficultés théoriques et pratiques de ce questionnaire, nous a surpris, et confirme l'intérêt et l'avancée des concepts de responsabilité sociale dans les facultés, et c'est sans doute la raison d'être d'une recherche-action collaborative comme celle-ci impliquant les différents acteurs du RIFRESS.

4.4 Analyse de l'ensemble des résultats et plus spécifiquement des facultés belges francophones. Présentation au Congrès Mondial à Hammamet en avril 2017



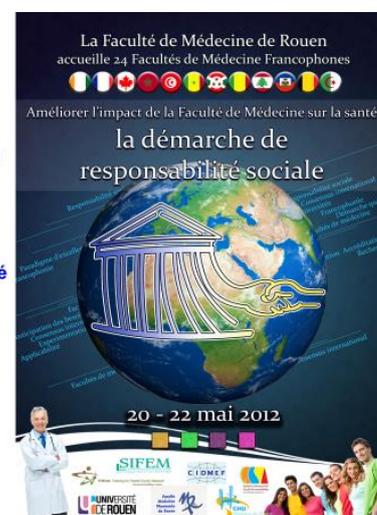
Perceptions et connaissances des concepts de responsabilité sociale des facultés de médecine : une étude multicentrique internationale dans 23 facultés de médecine francophones et dans deux universités belges francophones

Équipe de recherche :
Nicolas Pierre, Joel Ladner, Dominique Pestiaux, Michel Roland, Anne- Marie Offermans

**Groupe de travail international francophone
Projet RS-RA**

Projet de recherche action
« Améliorer l'impact de la faculté médecine sur la santé : la démarche de responsabilité sociale »

SIFEM, CIDMEF, GCSA, THENet



Questions de recherche



- **Recherche-action RS dans 23 facultés de médecine**

- **Deux questions ouvertes**

- « Identifier **1 à 3 actions/réalisations relatives** à cet axe dans votre faculté » (Q1)
- « Identifier **1 à 3 améliorations potentielles** à apporter dans votre faculté pour que celle-ci soit plus en accord avec l'atteinte de cet axe » (Q2)

Méthodologie : démarche Top-down

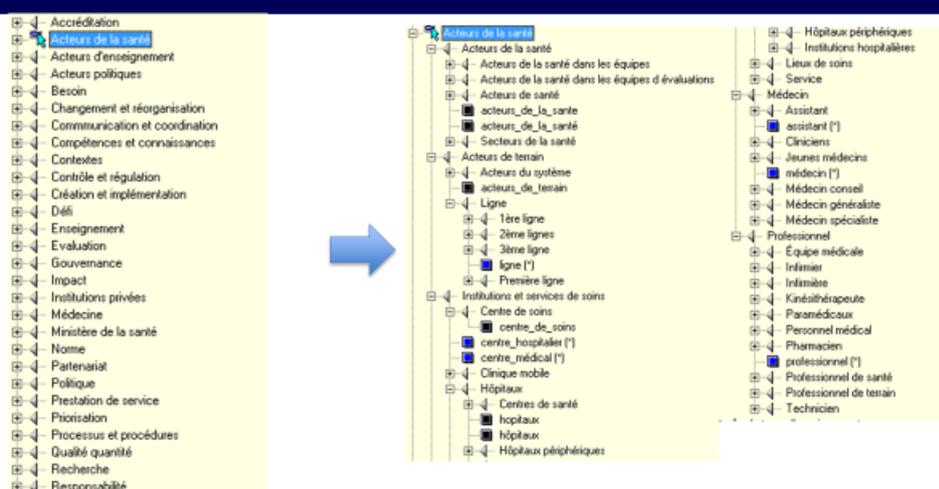
- Outil utilisé : TROPES, logiciel semi-automatique
- Construction d'une grille de lecture (scénario) au départ des 10 axes du consensus mondial
- Confrontation au corpus de texte le plus important : réponses à la Q2 « Améliorations potentielles » dont les difficultés rencontrées par les répondants ont été supprimées (57 908 mots)
- Analyse propositionnelle du discours : liste de thèmes abordés (substantifs)

Les différents seuils nécessaires à la construction du scénario ont été explicités plus haut et le sont également sur la diapositive ci-dessus. Comme on le voit sur la seconde diapositive, le scénario est construit de façon hiérarchique par groupes sémantiques, composés du regroupement de termes et de classes d'équivalents comme cela est illustré ci-dessous avec la catégorie « acteurs de la santé ».

Le scénario

Seuil de significativité (occurrence)	Mot spécifique	Mot trop générique
Pour le texte du consensus		
< 5	Non retenu	Non retenu
Pour le corpus de texte		
>40	Retenu	Retenu (santé, médecine)
De 20 à 40	Retenu	Retenu partiellement (par ex : clinique, service...)
< 20	Non retenu sauf en cas de classe d'équivalence existante	Non retenu (par ex : axe, cadre...)

Le scénario



Analyse

- Par groupe sémantique, regroupement des classes d'équivalents (thématiques)
- Par occurrence relative
- Verbatims extraits illustratifs

Nous voyons ci-dessous clairement que le taux de participation est décroissant d'axe en axe. Ceci s'explique par une lassitude des participants (l'enquête complète nécessitait environ 45 minutes de participation), mais également par une redondance des réponses possibles. En effet, une action réalisée (Q1) ou à réaliser (Q2) ne s'intègre pas forcément de façon exclusive à un axe, en particulier pour des personnes peu familiarisées avec ces axes et leur compréhension. Leur densité est donc plus

Réponses pour les 10 axes : Résultats globaux

Résultats

	Actions Conduites (%)	Améliorations potentielles (%)
Axe 1	440 (36,8%)	551 (46,1%)
Axe 2	311 (26%)	416 (34,8%)
Axe 3	260 (21,8%)	366 (30,6%)
Axe 4	222 (18,6%)	318 (26,6%)
Axe 5	142 (11,9%)	243 (20,3%)
Axe 6	120 (10%)	192 (16,1%)
Axe 7	127 (10,6%)	176 (14,7%)
Axe 8	112 (9,4%)	144 (12%)
Axe 9	104 (8,7%)	152 (12,7%)
Axe 10	58 (4,8%)	149 (12,5%)

- **23 facultés** (/28) ont participé à l'étude
- **1196 personnes incluses**
- **Type de répondants**
 - Etudiants : 269 (55,7% 2^{ème} cycle ; 38,3% en 3^{ème} cycle)
 - Enseignants : 254
 - Maîtres de stage : 88
 - Membres d'équipes décanales : 26
 - Membres des Ordres de médecins : 25
 - Administrateurs de la santé : 17
- Sexe ratio H:F=1,23
- Age médian : 39 ans

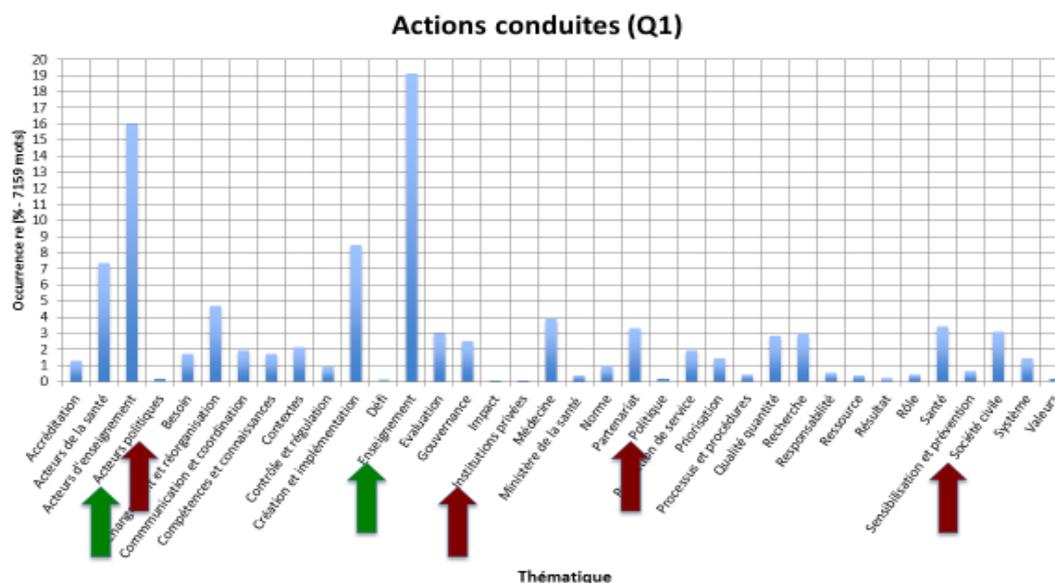
grande au début du questionnaire qu'à la fin de celui-ci, où on peut supposer que les répondants commencent à manquer d'imagination.

Parmi les participants, on remarque principalement les catégories « enseignants » et « étudiants », et parmi ces derniers, une bonne participation (38,3%) des étudiants de 3^{ème} cycle, c'est-à-dire les assistants en cours de formation. Ceci n'est pas surprenant puisqu'il s'agit des acteurs les plus proches de la faculté, et les plus accessibles pour le recrutement de l'étude.

Réponses pour les 10 axes : Belgique francophone

	Actions Conduites (%)	Améliorations potentielles (%)
Axe 1	45 (45%)	55 (55%)
Axe 2	28 (28%)	36 (36%)
Axe 3	21 (21%)	32 (32%)
Axe 4	21 (21%)	30 (30%)
Axe 5	8 (8%)	12 (12%)
Axe 6	8 (8%)	11 (11%)
Axe 7	12 (12%)	10 (10%)
Axe 8	9 (9%)	6 (6%)
Axe 9	6 (6%)	6 (6%)
Axe 10	5 (5%)	6 (6%)

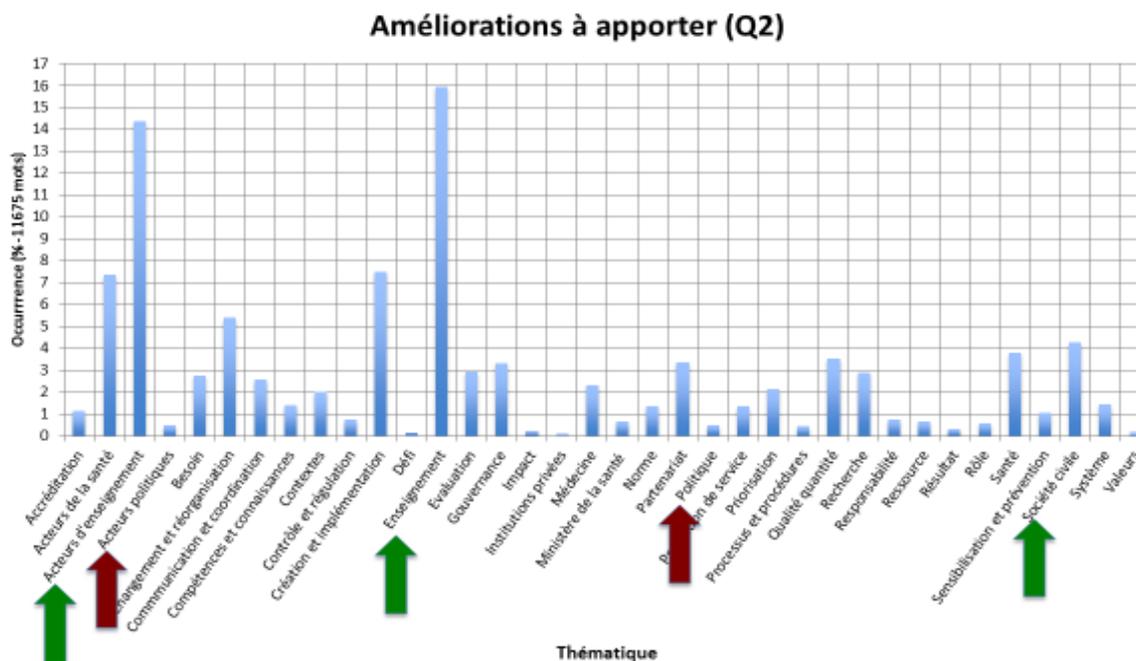
Axe 2 : Création de partenariats avec le système de santé et d'autres acteurs - Actions conduites (Q1)



Les tendances de participation, décroissante d'axe en axe, sont remarquablement les mêmes pour les participants issus de la Belgique francophone. Cependant le taux de réponse est légèrement supérieur pour ceux-ci que pour la moyenne des participants au niveau international (45% contre 36,8% pour la Q1 de l'axe 1 par exemple).

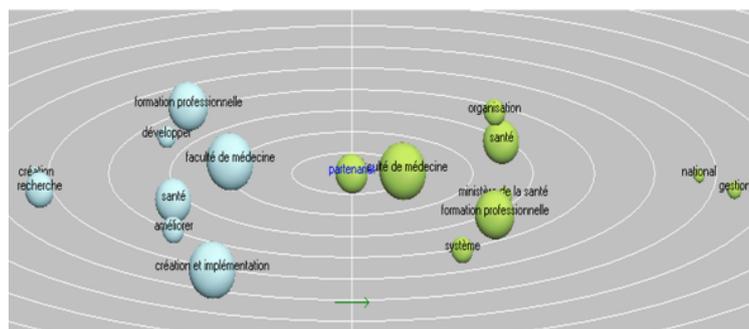
En matière de partenariats, il est souligné ici que les catégories « acteurs d'enseignement » et « enseignement » sont centrales dans les réponses. Ceci est compréhensible puisqu'il s'agit d'une enquête menée en milieu universitaire, et majoritairement par des personnes étudiantes ou travaillant dans une faculté de médecine. Notons les très faibles taux de réponses impliquant les « acteurs politiques », le « politique », la « société civile » et les « institutions privées ». Ces deux éléments tendent à montrer que les participants considèrent les facultés (et les universités de manière générale) comme les moteurs des actions réalisées (et donc une reconnaissance du travail accompli) alors qu'à l'inverse, les acteurs politiques au sens large ainsi que les organisations privées ne semblent pas avoir fait la preuve d'actions quelconques.

Axe 2 : Création de partenariats avec le système de santé et d'autres acteurs - Améliorations à réaliser (Q2)



Concernant les actions « à réaliser » (Q2), les acteurs liés à l'enseignement sont de nouveau à l'honneur. Chose plus surprenante, la « société civile » est sensiblement plus citée que lors de la Q1. De nouveau, le monde politique et les organismes privées sont très peu relevés. Ceci nous amène à penser que les participants comptent spontanément principalement sur les acteurs de l'enseignement pour relever les défis concernant la responsabilité sociale, mais désirent, de façon notable (même si pas écrasante) un investissement plus important de la société civile (acteurs associatifs, collectifs citoyens, acteurs sociaux, associations de patients...). Le monde politique et les institutions privées paraissent briller d'un désintérêt et d'un manque de confiance net dans la population participante.

Axe 2 : Création de partenariats avec le système de santé et d'autres acteurs - Améliorations à réaliser (Q2)



La diapositive suivante illustre simplement une fonctionnalité du programme Tropes, le graphe en « système solaire ». Le graphe est divisé en trois parties : au centre, l'axe 2 « Partenariats », à gauche « l'actant » et à droite « l'acté », selon si ces termes sont utilisés à la voie active ou passive dans les propositions analysées. Ici, nous pouvons lire cela comme A (à

gauche) fait des partenariats avec B (à droite). La superficie de chaque classe (taille de la sphère) représente le nombre d'occurrences, « l'importance », alors que la proximité au centre (le centre étant l'axe 2 « Partenariats ») illustre la distance au sein de chaque proposition analysée et donc le lien logique plus ou moins proche. Ce graphe a été intégrée uniquement pour compléter la présentation du logiciel, mais n'a pas fait l'objet d'analyses ou de commentaires supplémentaires.

Axe 2 - Création de partenariats avec le système de santé et d'autres acteurs

Verbatim

Constats

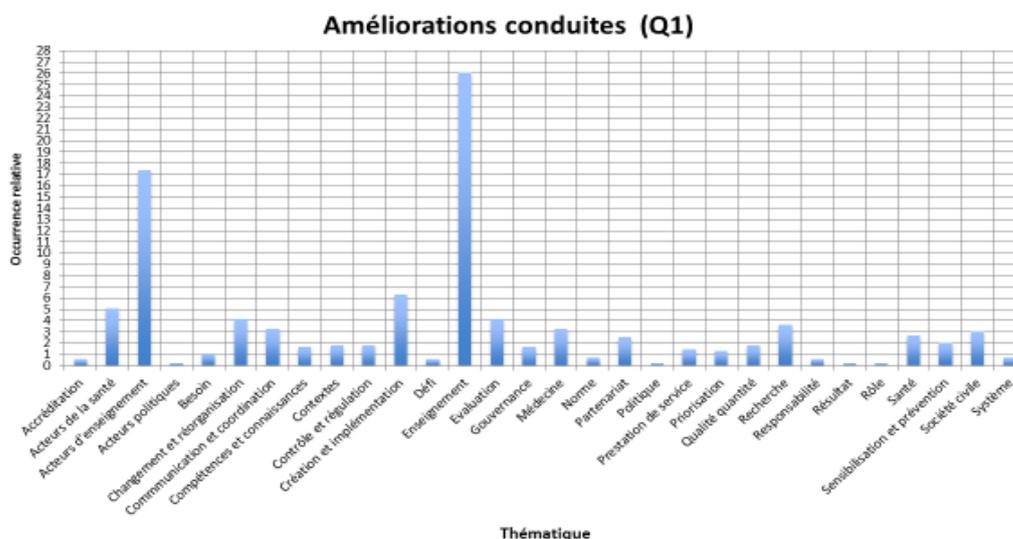
- « La faculté de médecine est on dirait isolée de la réalité de la vie quotidienne, des besoins réels de notre société du point de vue soins de santé primaire »
- « La définition d'axes de recherche concernant des problèmes de santé publique »
- « Stages dans les centres de soins de santé de base »

Amélioration potentielles

- « Améliorer le travail avec les associations ; orienter les sujets de recherche au sein de la faculté vers les problèmes de santé publique (en particulier les thèses de doctorat)
- « Impliquer les médecins de 1ère ligne dans la formation des étudiants ; collaborer et peut être impliquer des ONG dans le format »

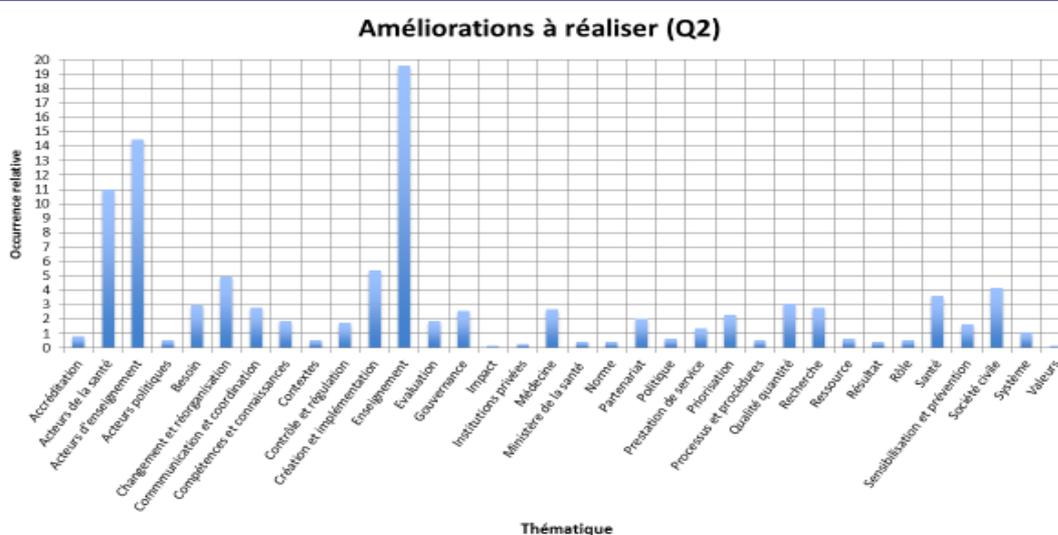
Les verbatim choisis ici illustrent les prémices de conclusion faits quelques diapositives plus tôt : des actions menées par les facultés, et des projets à développer en matière d'enseignement (thèses de doctorats) mais avec un lien marqué avec la société civile (ONG).

Thématique - Améliorations conduites (Q1) – Belgique FR



Pour l'histogramme spécifique à la Belgique francophone, nous n'avons pas limité notre échantillon de réponses à l'axe 2, mais rassemblé celles de tous les axes. Dans les actions réalisées, nous remarquons la même prépondérance pour l'enseignement et ses acteurs, ainsi qu'un faible taux identifiant les acteurs politiques ou issus de la société civile. Les institutions privées, elles, ne sont pas même évoquées.

Thématique – Améliorations à réaliser (Q2) – Belgique FR



Axe 4 – Education basée sur les résultats escomptés



Concernant les actions à réaliser (Q2), nous retrouvons les acteurs liés à l'enseignement. Cependant, nous voyons les acteurs de santé (médecins, cliniciens, hôpitaux...) nettement plus fréquemment évoqués que lors de l'analyse des actions réalisées. Les institutions privées sont très rarement évoquées, moins encore que la politique et ses acteurs. De façon similaire aux résultats globaux, la société civile est légèrement plus souvent identifiée dans les actions à réaliser que dans les actions réalisées.

Le graphe en système solaire permet une nouvelle fois de comprendre cette fonctionnalité avec un autre exemple. Il est nécessaire pour le réaliser de le centrer

Axe 4 – Education basée sur les résultats escomptés

Conclusion



Verbatim

- « *Le changement du cursus médical avec le changement des modalités du passage du concours de résidanat doivent être mis en question* »
- « *Formation des externes et des internes en médecine communautaire dans les centre de santé de base* »
- « *Accroître judicieusement les ressources pour une meilleure formation des médecins-une collaboration franche et réciproque de tous les acteurs de la santé* »

- Partenariats intra et inter-facultaires
- Rôle clef des enseignements
 - Agir sur les enseignements
 - Renforcer les concepts de RS dans les enseignements
- Stage dans les communautés
- Partenariats
 - Entre facultés
 - En recherche
- Demande exprimée pour renforcer le rôle de la société civile

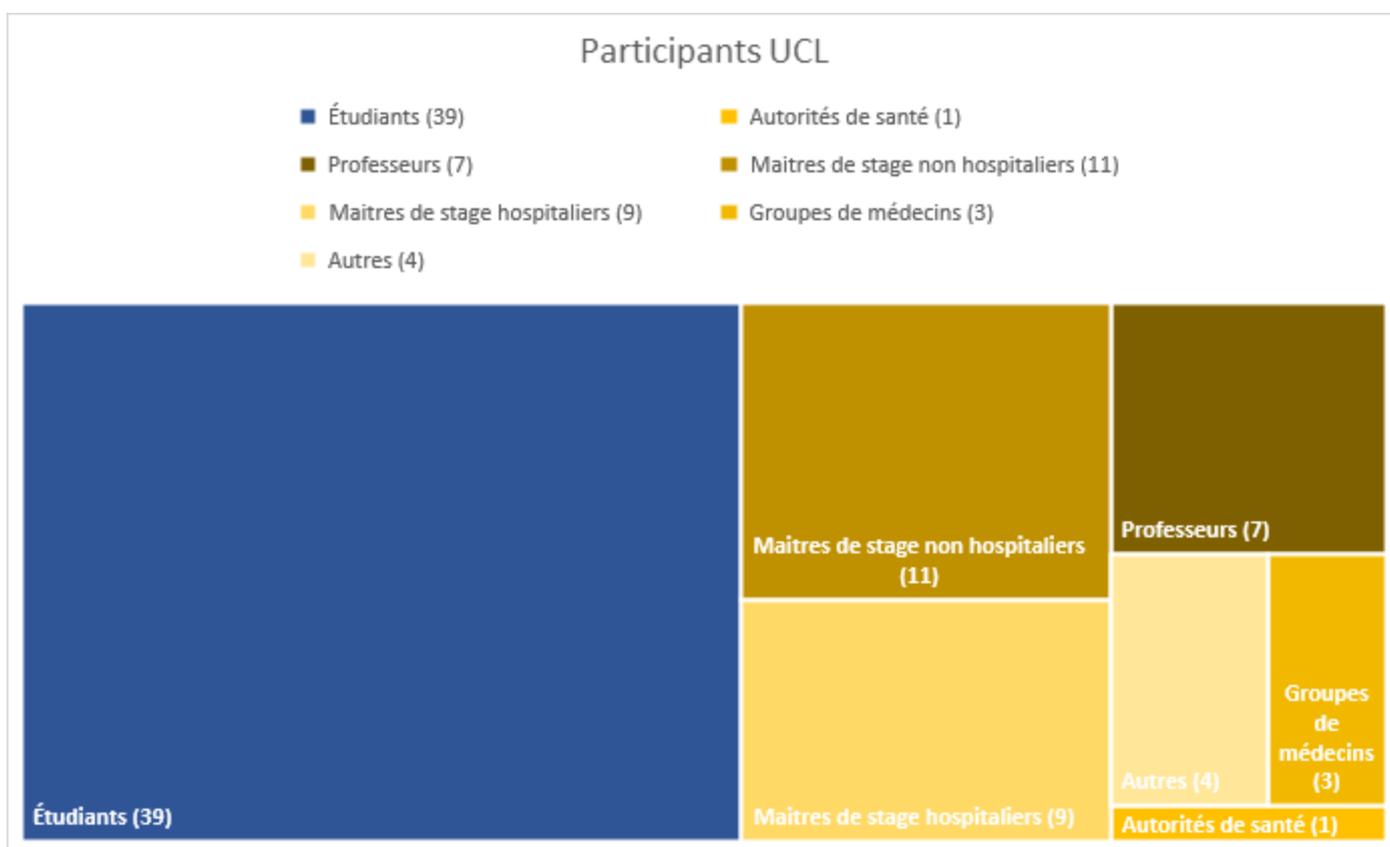
autour d'un terme, et la classe « enseignement » a donc été choisie puisqu'il s'agissait de l'item le plus fréquemment relevé quel que soit l'angle des analyses ci-dessus.

Nous avons dès lors pu conclure qu'il existait une demande importante pour des partenariats non seulement au sein des facultés, mais également avec d'autres acteurs, notamment les acteurs de santé et ceux de la société civile. Les acteurs d'enseignement sont identifiés à la fois comme principaux responsables des améliorations réalisées, mais également comme ceux à qui il incombe de mener le plus gros travail à l'avenir. Les mondes politique et privé ne semblent ni loués pour leurs accomplissements, ni pressentis comme des moteurs de progrès pour l'avenir. La société civile, elle, reste en marge quand il s'agit du bilan des actions réalisées, mais est quelque peu plus évoquée dans les ambitions futures.

4.5 Analyse UCL

4.5.1 Matériel

L'UCL a recruté un total de 74 répondants. Ceci constitue le quatrième taux le plus haut sur les 23 facultés participantes, et la première européenne. Les plus hauts taux



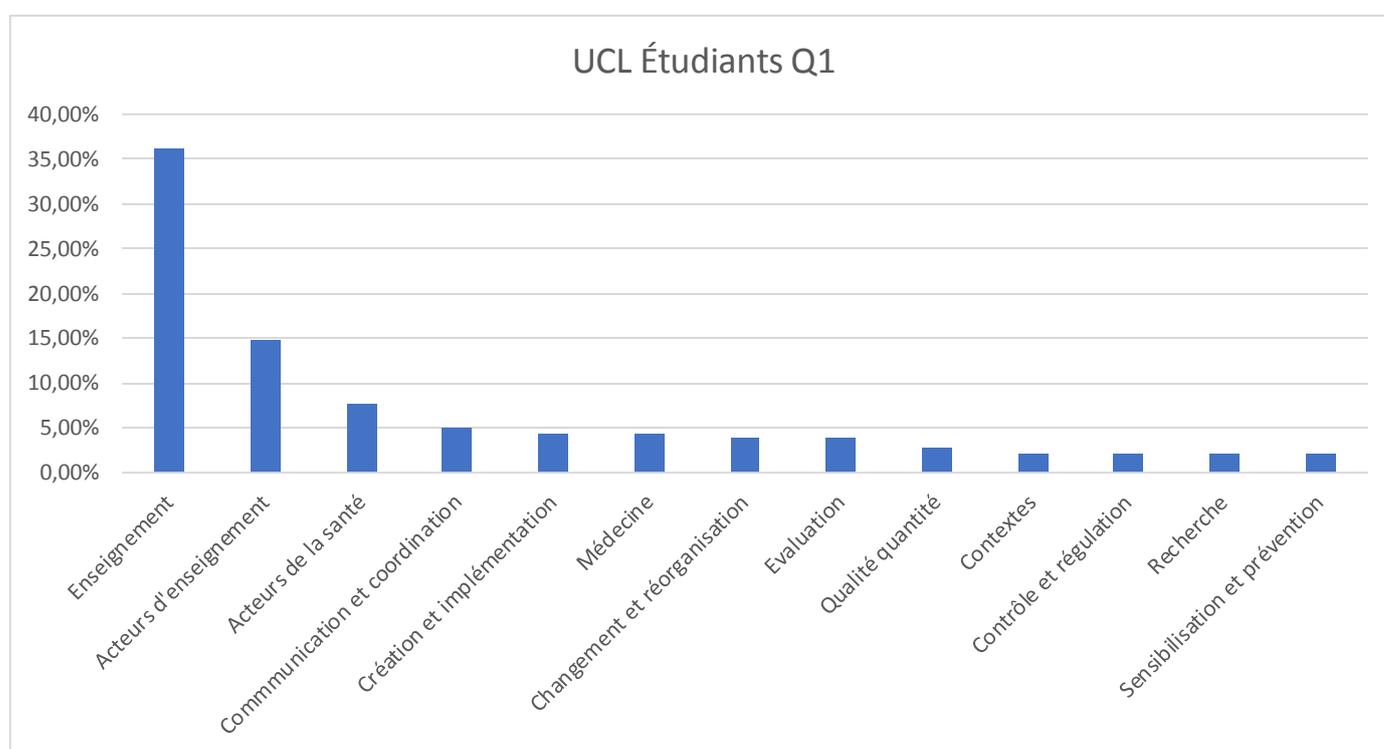
étant obtenus dans les Universités de Tunis El Manar (Tunisie, 77), de Cadi Ayyd (Maroc, 95) et de Sousse (Tunisie, 122).

Corpus de mots (fichier nettoyé) :

<u>Analyse UCL</u>	Étudiantsⁱⁱ	Autresⁱⁱ	Totalⁱⁱ
Q1	1199	852	2051
Q2	2283	1790	4073

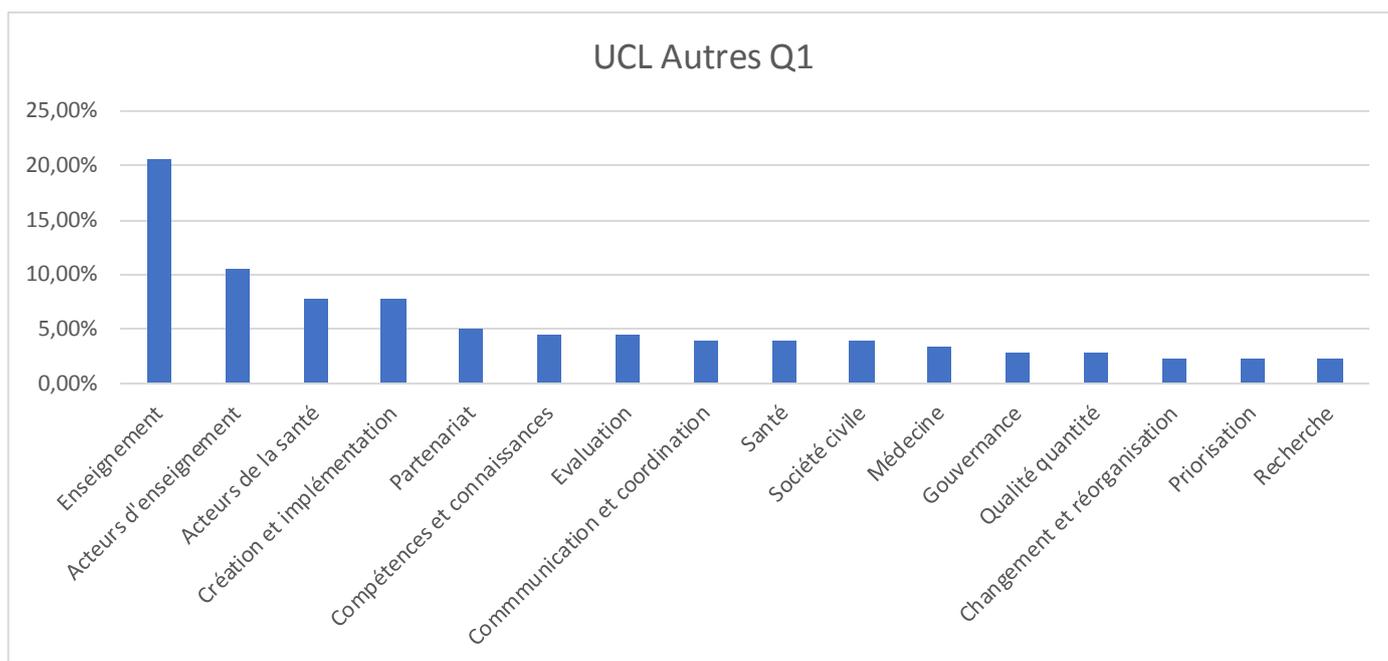
4.5.2 Présentation des résultats graphiques et discussion

Nous retrouvons ici les classes d'équivalents liés à l'enseignement en priorité, comme déjà souligné dans la présentation PowerPoint décrite plus haut.



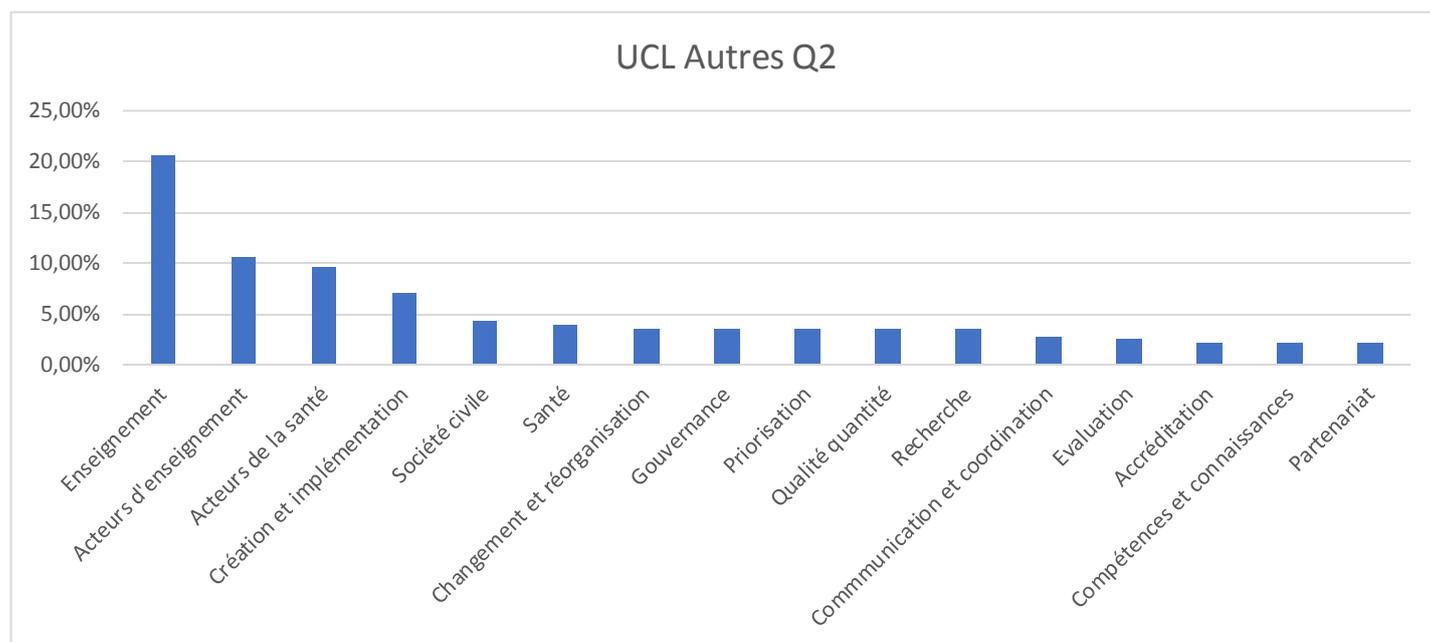
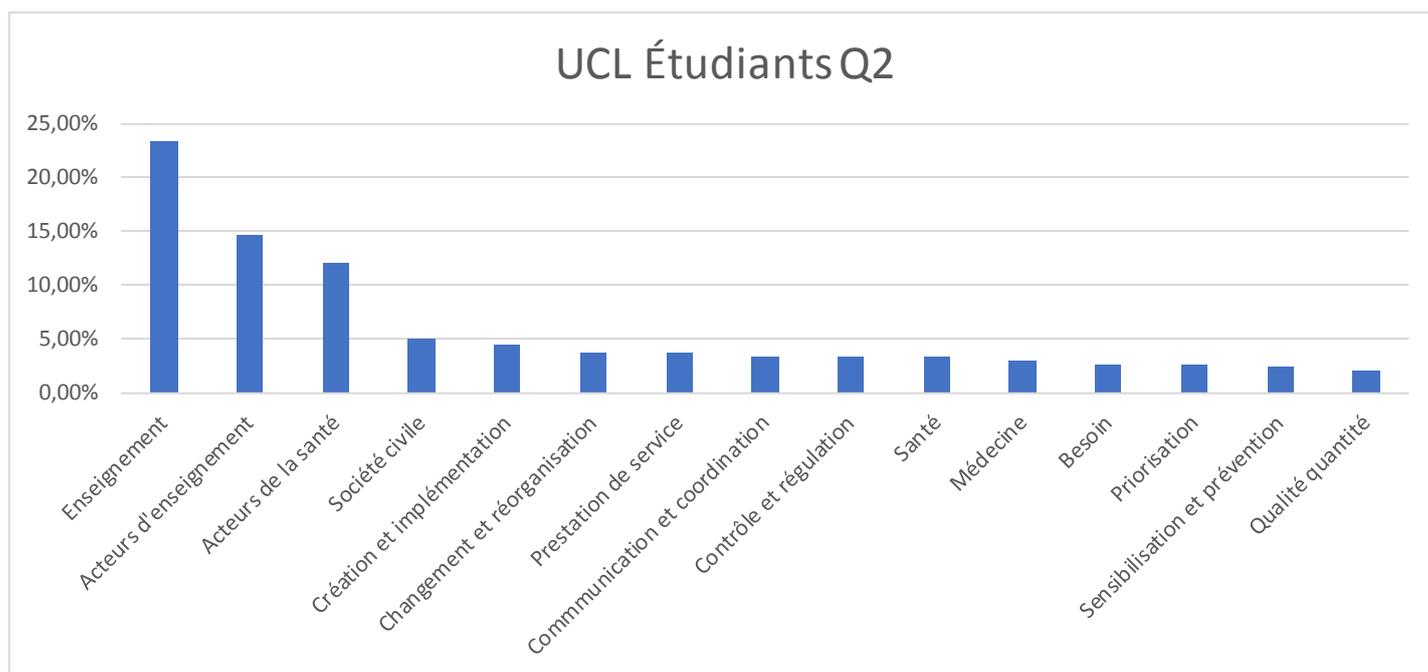
Nous pouvons illustrer cela par quelques commentaires (verbatim) qui semblent particulièrement pertinents quant au feed-back pour notre Faculté :

ⁱⁱ En nombre de mots.



« Un département de médecine générale ouvert aux acteurs de terrain, témoins conscients de l'évolution de la société où ils exercent », « séminaire avec des étudiants infirmiers », « cours évaluant sa qualité par un questionnaire en fin d'année ET changement notables apportés par après à l'enseignement ». Certains développements sont encouragés, mais souvent accompagnés de remarques critiques. Citons pour cela les cours de sésame, déontologie, éthique et formation à la relation, identifiés comme positifs mais nécessitant certains changements. Précisons que les faits ont donné raison à ces remarques, puisque depuis lors de nombreux changements dans une partie de ces cours ont été menés. Entre les deux catégories, étudiants et autres, nous ne notons pas de différences hiérarchiques importantes entre les thèmes.

Cependant, nous pouvons remarquer que les étudiants évoquent un nombre plus restreint de thèmes, alors que les « autres » présentent une distribution plus étalée des thèmes cités. Ceci pourrait s'expliquer par une origine plus variée et des expériences plus diverses au sein des non-étudiants, puisqu'ils peuvent aussi bien



être enseignants à la Faculté, maitres de stages en médecine générale ou à l'hôpital, ou encore issus des autorités de santé.

Ici pour la Q2, notons premièrement une distribution plus équilibrée entre les deux groupes de répondants. Si l'on pouvait remarquer une distribution plus large pour les non étudiants que pour les étudiants à la Q1, ce n'est plus le cas ici. Le corpus étudié est d'ailleurs beaucoup plus important (un total de 4073 mots pour la Q2, contre 2051 pour la Q1), ce qui contribue sans doute à ce phénomène.

Ensuite, nous voyons que pour la Q2, le groupe « autres » évoque la gouvernance, la recherche, et dans une moindre mesure l'accréditation et le partenariat. En revanche, les étudiants, s'ils n'évoquent pas ces termes, font état de la sensibilisation et de la prévention, items absents chez les non-étudiants. L'absence de l'item de recherche chez les étudiants entre en résonance avec une étude menée en Belgique francophone sur les motivations des étudiants inscrits en médecine⁴¹, suggérant entre autres que la recherche ne constituait pas pour ces étudiants un aspect motivationnel important.

Comme nous l'avons déjà souligné dans la présentation des résultats des facultés belges francophone plus haut, l'essentiel des attentes reste tourné vers les acteurs liés à l'enseignement, avec à la fois un désintéret envers le monde politique, et une certaine touche d'évocation de la société civile. Ceci se retrouve dans de nombreux exemples.

Un grand nombre de réponses évoquent une nécessaire « *évaluation des cours et des lieux de stage* ». En parallèle, il y a de manière prévisible une très forte demande pour une majoration du temps de pratique, à travers les stages ou des travaux pratiques lors du cursus intramuros.

Outre la mise en place d'une évaluation des stages, citons également le désir de « *favoriser la dispersion géographique des stages [...] avec cahier de charge et label de qualité* ». Toujours en lien avec « *le terrain* », nous constatons un désir de rencontres « *journées de partenariats université/professionnels de terrain [...] versus l'hospitalocentrisme, essayer de travailler l'interdisciplinarité avec d'autres paramédicaux* ».

En ce qui concerne les cours intramuros à proprement dit, beaucoup est proposé pour éviter un enseignement trop épars, vu parfois comme une mosaïque de dizaines de grands spécialistes, avec une difficulté pour l'étudiant de mettre en place une vision claire des pathologies et de l'attitude à avoir dans sa pratique future. L'impression que « *tout me dit quelque chose, mais je ne connais rien* », surajoutée au constat qu'un excellent médecin ne fait pas forcément un excellent enseignant rend beaucoup de répondants étudiants assez peu confiants dans leur qualité personnelle à être un bon praticien plus tard.

De plus, beaucoup de répondants insistent pour que les cours, outre la description théorique des pathologies et de leurs traitements, puissent permettre d'acquérir la capacité à réellement prendre en charge un patient dans une situation réelle : « *prendre conscience que dans certaines régions de la société actuelle, les médecins sont confrontés à des patients très précarisés qui sont à l'opposé du patient idéal (anamnèse difficile, examen clinique désagréable, peu de compliance...)* ». Dans le même ordre d'idée, une proposition est faite de « *stage obligatoire de psychiatrie* », partant du postulat que tous les types de pratiques et de spécialités rencontreront ces pathologies ; « *l'impact des maladies mentales est sous-estimé et la stigmatisation liée à celles-ci ne fait pas l'objet d'un enseignement dès le début des études* ».

La nécessité d'une place plus importante de la santé publique, de la prévention (notamment concernant les questions environnementales), ou de l'économie de la santé est évoquée : « *un des enjeux futurs de la pratique médicale est la compréhension et la prévention des impacts de l'environnement sur la santé* », « *un travail personnel dans le domaine serait un bon début pour sensibiliser les étudiants* » par exemple.

Les participants épinglent également une certaine homogénéité sociale au sein des facultés, chez les enseignants comme chez les étudiants. Aucune donnée ne démontre cela clairement, mais de nombreuses réponses semblent donner cette perception, comme ceci « *je ne suis pas certaine que les groupes défavorisés soient fort représentés dans notre faculté, on ne peut pas dire que la faculté recrute vraiment ces groupes* », avec un désir de « *favoriser le contact entre les différentes classes sociales* ».

Enfin, en ce qui concerne la gouvernance interne à la faculté et à ses organes, il existe un désir clair de « *simplification de la bureaucratie* », qui s'illustre par exemple ici : « *les décisions prises par la faculté gagneraient à être plus profondément expliquées aux étudiants dans le but de s'assurer d'une bonne compréhension et adhésion de ces derniers, étant donné qu'ils ne sont que trop peu pris en compte lors de ces décisions* ». Les étudiants finissent en effet fréquemment désintéressés de la gestion facultaire, et des enjeux des choix posés par la faculté (et donc des débats qui y prennent place), en particulier dans un contexte où le « *pôle politique étudiant n'est pas du tout assez développé. Les étudiants ne sont pas au courant de ce qui est dit et fait en conseil facultaire, et n'ont pas envie de s'y engager* ».

4.5.3 Comparaison entre l'UCL et les résultats globaux

Les résultats UCL suivent la même ligne générale que les résultats généraux en ce qui concerne la prépondérance des acteurs liés à l'enseignement dans les défis concernant la responsabilité sociale. De la même manière, la société civile est évoquée, quand le monde politique et pratiquement absent.

Entre les catégories, l'analyse est moins fine quand il s'agit des résultats UCL. Cependant, nous notons la même tendance avec des résultats très similaires aux résultats globaux. Ceci conduit à penser que, malgré des parcours et des occupations très différentes, tous les intervenants interrogés partagent, globalement un même constat des actions menées, et envisagent l'avenir avec les mêmes acteurs.

Dans la Faculté de Médecine de Poitiers (France), une thèse s'est penchée, entre autres, sur l'analyse spécifique des questionnaires poitevins⁴². Celle-ci arrive à des conclusions similaires à celles exposées dans notre travail : des résultats de la partie quantitative non interprétables, l'importance des thèmes liés aux inégalités d'accès, à l'éthique ou aux stages de première ligne.

4.5.4 Points faibles et points forts

Les points forts et les biais de cette étude ont déjà été en partie cités plus haut. Rappelons toutefois la volonté de se baser sur un travail de haute expertise (le texte du Consensus mondial et ses dix axes), avec le soutien d'un très grand nombre d'organisations internationales reconnues. La participation, inégale entre facultés et entre groupes, est toutefois restée bonne, notamment à l'UCL, et reflète une diversité géographique importante. L'implication des décanats et des départements de médecine générale ont également permis une diffusion vers des acteurs multiples.

Cependant, l'enquête souffre d'une méconnaissance ainsi que d'un manque de sensibilisation initiale du sujet, qui reste flou et/ou trop théorique à de nombreuses personnes. Dans ce même ordre d'idée, le taux de participation décroissant le long du questionnaire, particulièrement ardu, peut laisser penser à un certain biais d'échantillonnage (les plus rigoureux à répondre étant celles et ceux potentiellement déjà impliqués dans des expériences de RS).

4.5.5 Conclusion UCL

L'analyse spécifique des répondants UCL permet de suggérer des pistes de projets et d'améliorations à envisager. Si les réponses sont certes datées de plusieurs années, de nombreux commentaires restent pertinents à l'heure actuelle.

La primauté accordée aux acteurs d'enseignement conjuguée à un désintérêt pour le monde politique doit inciter les facultés et ses partenaires à mettre en place des projets autonomes, et relativement indépendants du monde politique, si fragmenté dans notre pays, et toujours changeant en fonction d'intérêts et de stratégies qui ne sont pas toujours au service de l'intérêt général. L'obstacle principal à des projets réellement autonomes reste naturellement le financement, pour lequel la Faculté (et les universités de manière générale) est en manque permanent. La nécessité de la revendication d'un budget plus ample se confirme, mais également avec la garantie d'une indépendance des institutions d'enseignement supérieur qui ne soumet pas l'obtention de tel ou tel budget à des circonstances politiciennes ou des accords complexes. Une grande partie d'actions supplémentaires en matière de responsabilité sociale est tributaire de ce financement, et sa demande constitue donc à lui seul déjà une action à visée de responsabilité sociale.

De plus, les importantes similitudes entre les sous-groupes étudiés, dans le cas de l'UCL comme dans l'analyse globale plus haut, indiquent que, même si des différences notables existent, les perceptions sont largement communes et identiques entre les différentes catégories. Ceci doit nous amener à organiser la mise en œuvre des projets de responsabilité sociale au sein de groupes transversaux composés d'académiques, de membres du décanat, de maîtres de stage, d'étudiants etc. Ces groupes hétérogènes permettraient d'éviter de donner le sentiment d'un projet porté voire imposé exclusivement par une seule catégorie de personnes, et démontreraient clairement l'efficacité et l'intérêt d'une collaboration considérable entre les différents acteurs.

L'implication des étudiants passe par un mécanisme de représentation étudiante efficace. Celui-ci est confronté au double défi d'un travail complexe sur les thèmes, et multiple sur la forme (nécessité de gérer à la fois des dossiers liés aux stages, aux affaires plus politiques de n° INAMI, des réformes de cours...) en plus des tâches

intrinsèques à son rôle. La représentation étudiante souffre d'un manque d'intérêt de la part des étudiants, mais par un travail trop peu efficace ou trop peu professionnel, risque de contribuer à ce phénomène de désintérêt. Une représentation étudiante dynamique et transparente est une nécessité absolue, et est un défi avant tout pour ces organisations. Le monde politique, par la place accordée aux mandataires étudiants dans les différents organes de concertation politique ou universitaire, et la Faculté, par sa volonté (ou non) de dialoguer constructivement et respectueusement avec la représentation étudiante, partagent une responsabilité dans l'émergence d'un réel dialogue, primordial à la mise en place d'une politique de responsabilité sociale.

Sur le plan concret, beaucoup de pistes peuvent être évoquées, malgré l'ancienneté relative des réponses.

Un cours à option de responsabilité sociale permettrait de développer les différents thèmes intéressants. Mais cela risquerait peut-être de clôturer son enseignement au cercle potentiellement « déjà acquis » et minoritaire des étudiants ayant fait ce choix. De plus, cela pourrait être compromettant dans la mesure où cela participe à démultiplier les lieux où la responsabilité sociale est évoquée, pour au final diluer le concept et obtenir peu de résultats.

La nécessité de centraliser l'enseignement médical, de le rendre plus intégré et cohérent est souligné de manière générale pour tous les cours, et ce dans un souci d'efficacité pédagogique même complètement indépendant des réflexions liées à la responsabilité sociale. Il faut veiller à ne pas faire la même erreur pour la responsabilité sociale (cours de sésame, déontologie, formation à la relation, santé publique, éthique...), et penser un plan clair, doté d'objectifs et de rôles définis.

Le mode d'évaluation est largement tributaire de la disponibilité des évaluateurs et donc de la conjugaison, heureuse ou non, des moyens financiers de l'université et du nombre d'étudiants. Cependant, il est nécessaire de garder à l'esprit que ce qui est intégré comme éléments relatifs à la responsabilité sociale lors du cursus doit idéalement également être évalué, afin d'éviter un désintérêt tactique des étudiants dans leur étude.

Le contenu des cours pourrait devoir inclure une certaine part faisant état des aspects sociaux des pathologies, de la prévention, de l'épidémiologie ou de la santé publique. Ceci est souvent enseigné par les différents professeurs, mais il serait positif d'en

uniformiser et en généraliser l'implémentation, par exemple via un cahier de charges ou un responsable académique dédié à la responsabilité sociale.

Une idée à première vue facile pour intégrer des concepts de responsabilité sociale aux cursus sans entreprendre de grandes réformes serait par exemple d'inclure certains de ses concepts aux évaluations de stage (APD ; Activités Professionnelles Délégables). Peut-être serait-il possible d'inclure des items dans le champ de la compréhension multiculturelle ou encore de l'exercice de la médecine dans un contexte de précarité sociale importante.

Dans le même ordre d'idée, les enseignants, maîtres de stages et assistants pourraient être sensibilisés à transmettre aux étudiants des exemples vécus sur les limites qu'ils ont ressenties pendant leur pratique en matière de communication, de patients socialement précaires ou de frustration face à un système de santé qui ne parvenait pas à répondre à leur ambition en termes de soins et dès lors aux besoins du patient. Ceci a lieu bien entendu de façon informelle, mais gagnerait à être partiellement institutionnalisé pour que cette expérience se transmette aux futurs acteurs de changements possibles. Afin d'insister sur l'importance de la mise en place de partenariats, les médecins pourraient également être invités à partager leur vécu où des projets efficaces et bénéfiques aux patients n'ont pas pu être mis en place à cause de problèmes de communication, de manque de volonté de la part des pouvoirs publics ou de conflits entre personnes en réalité injustifiés.

Les patients avec une pathologie psychiatrique et les patients gériatriques constituent des groupes pour lesquels l'exercice médical est souvent plus compliqué. La nécessité d'apprendre à créer une relation thérapeutique efficace, et à maintenir une rigueur médicale quelles que soient les circonstances est évidente. Pour aider les étudiants dans cet apprentissage, la Faculté pourrait aider à l'organisation de travaux pratiques avec essais de simulateurs de vieillissement, ou encore de courtes activités pratiques (stage, demi-journées d'observation...) dans des services de santé mentale.

Dans le même ordre d'idées, les aptitudes de prévention, mêlant d'une certaine façon épidémiologie, communication et persuasion, sont non seulement très peu enseignées, mais également très peu (voire pas) évaluées. La participation à des ateliers d'exercices internes à la Faculté, ou à certaines activités de prévention vers l'extérieur (comme cela est organisé dans des écoles ou des Centres Fedasil par

certaines kots-à-projets par exemple), permettrait d'apprendre ces compétences aux étudiants, tout en les familiarisant avec ce qui deviendra (ou devrait devenir) un exercice quotidien à l'avenir.

Enfin, la nécessité de stages plus longs est, comme attendu, fréquemment citée. Mais au-delà de cela, il pourrait être intéressant de réfléchir au type d'offre de stage. L'expérience en Clinique Universitaire n'est pas la même que dans un hôpital de périphérie. De même, un stage en médecine générale dans une maison médicale du centre de Bruxelles, ou en milieu rural avec un médecin travaillant seul sont fortement différents. Incorporer aux programmes de stage, de façon obligatoire ou facultative mais valorisée, la diversité des lieux de stages serait une amélioration certaine.

L'évaluation et le feed-back des stages par les étudiants sont fréquemment abordés. Ceci pourrait être mis en place via des outils en ligne et permettrait de fournir aux lieux de stage des conseils d'amélioration, des éléments permettant de juger plus objectivement de la valeur des notes obtenues dans chaque lieu de stage, et enfin, fournirait à l'université un outil pour répartir au mieux ses étudiants. En effet, la large offre de places de stages rendues disponibles grâce à l'effort réalisé pour la double cohorte va très bientôt être supérieure au nombre d'étudiants (post-concours et/ou post-examen d'entrée) et ceci nécessitera donc une certaine sélection des places de stage qui seront maintenues ou non.

Enfin, sans du tout entrer dans le débat de la sélection à l'entrée des études, soulignons que, même s'il n'est en aucun cas du ressort de la Faculté, et que nulle référence n'y est faite dans cette étude, des cas intéressants sont présentés dans la littérature conjuguant sélection et responsabilité sociale. Le plus marquant et interpellant est sans doute celui de l'Université de Flinders, dans le Sud de l'Australie, où des acteurs des communautés locales (pour la plupart médecins) sont invités à participer aux processus de sélection des étudiants, et que des quotas pour les étudiants issus des milieux ruraux ont été spécifiquement mis en place⁴³. Sans constituer un exemple parfaitement transposable, ceci peut nous amener à nous interroger sur quel mécanisme de sélection permettrait d'être au mieux en phase avec des objectifs intégrant les dimensions de responsabilité sociale.

5. Bilan et perspectives

Déjà dans son rapport de 2008⁴⁴ l'Organisation Mondiale de la Santé pointait le danger de la marchandisation des soins de santé. Les contextes économiques et politiques engrangent également de nouvelles menaces sur le financement et le fonctionnement des soins et des politiques de santé, y compris dans les pays d'Europe de l'Ouest. En parallèle, plusieurs études montrent un déclin des valeurs liées à l'altruisme chez les soignants.^{45 46 47}

Ces éléments doivent encourager d'autant plus chaque faculté et chacun de ses membres, à prendre part au vaste mouvement de la responsabilité sociale des facultés de médecine. Mettre les besoins des populations au centre des préoccupations, en particulier lorsque la santé de ces dernières est mise en péril, doit devenir une priorité pour tous les acteurs de la santé. La Faculté de Médecine a, dans cette équation, une place stratégique et peut ainsi prendre le leadership de ce mouvement et jouer un rôle moteur dans l'amélioration de la santé des communautés. Si elle le *peut*, elle le *doit*.

Les concepts de responsabilité sociale sont souvent mal compris, semblent abstraits, presque déconnectés de la réalité dans laquelle ils revendiquent pourtant de s'inscrire. En commençant ce travail il y a plus de deux ans, je ne percevais clairement ni les buts ni les fondements de ces concepts. Plus d'une fois, j'ai eu l'impression de longues tirades théoriques, sans conséquence sur le monde réel. Mais ces notions, loin d'être des vues de l'esprit académiques, ont la simple mais colossale ambition d'ajuster les priorités et les stratégies afin que notre société évite l'écueil que constituerait l'abandon de nos valeurs.

Il serait probablement intéressant de prolonger ces réflexions par des études plus approfondies sur l'impact des politiques de responsabilité sociale, sur les types de pratique, l'installation géographique, les hiérarchies de valeurs des étudiants, ou encore leurs compétences en prévention ou en communication et leur conscientisation en termes de médecine sociale. Ceci permettrait d'évaluer les meilleures stratégies de mises en œuvre et de donner des outils supplémentaires aux acteurs de terrain désireux de s'y atteler.

Multiplier les réflexions, les projets et les innovations, tel est le défi en face duquel se trouvent les facultés de médecine. Comme le dit le proverbe « une once de pratique vaut mieux qu'une tonne de théorie ». Alors, au travail !

6. Bibliographie

- ¹ Encyclopædia Britannica. (page consultée le 13/01/2018). [en ligne].
<https://www.britannica.com/topic/university>
- ² Jacquot D., auteur. La scholastique médicale. Dans : M.D. Grmek, Directeur d'ouvrage. Histoire de la pensée médicale en Occident. 1^{ère} édition. Seuil; 1995. p.179-185.
- ³ Mateo A.. La sécu dans la tourmente. Politique. 2004 décembre 10 ; n°37.
- ⁴ Reynolds L. (page consultée le 15/01/2018). Cost of living, Medical Sociology Group, [en ligne]. <http://www.cost-ofliving.net/the-inconveniently-excellent-beveridge-nhs-model-made-redundant-for-being-too-good/>
- ⁵ HR Today. (page consultée le 01/02/2018). Jean-Yves Mercier, [en ligne].
<https://www.hrtoday.ch/fr/print/22158>
- ⁶ Mallen Baker's respectful blog. (page consultée le 13/01/2018). Mallen Baker, [en ligne]. <http://mallenbaker.net/article/clear-reflection/definitions-of-corporate-social-responsibility-what-is-csr>
- ⁷ de Woot Ph., auteur. Responsabilité sociale de l'entreprise : faut-il enchaîner Prométhée ?. 1^{ère} édition. Paris : Economica ; 2005.
- ⁸ The Lancet. The NHS at 70 and Alma-Ata at 40. The Lancet. 2018;391(10115):1.
- ⁹ Organisation Mondiale de la Santé. (page consultée le 13/01/2018). Declaration of Alma-Ata ; International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. [en ligne]. http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
- ¹⁰ Boelen C. La stratégie de l'OMS « Vers l'Unité Pour la Santé » et la responsabilité sociale des facultés de médecine. Santé Publique. 2003;15(HS):137.
- ¹¹ Organisation Mondiale de la Santé. (page consultée le 26/10/2017). Boelen C, Heck J. Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine, Genève : OMS 2000 [en ligne]. http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_HRH_95.7_fre.pdf
- ¹² Sorbonne Universités. (page consultée le 11/11/2017). Serveur pédagogique de l'UPMC, [en ligne].
<http://www.edu.upmc.fr/medecine/pedagogie/DOCUMENTATIONS/PDF1/Abraham%20FLEXNER.pdf>
- ¹³ Organisation Mondiale de la Santé. Bulletin of the World Health Organization 2002, 80 (7). A new paradigm for medical schools a century after Flexner's report. Charles Boelen.

- ¹⁴ Flexner A. Medical education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. The Carnegie Foundation, Bulletin Number Four, 1910
- ¹⁵ Boelen C., Grand'Maison P., Ladner J., Pestiaux D. Responsabilité sociale et accréditation. Une nouvelle frontière pour l'institution de formation. *Pédagogie Médicale*. 2008; 9 (4): 235–244.
- ¹⁶ Id.
- ¹⁷ Boelen C, Dharamsi S, Gibbs T. The Social Accountability of Medical Schools and its Indicators. *Education for Health*. 2012;25(3):180.
- ¹⁸ Frenk J, Chen L, Bhutta Z, Cohen J, Crisp N, Evans T et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. 2010;376(9756):1923-1958.
- ¹⁹ TheNet. (page consultée le 23/11/2017. Training for Health, [en ligne]. <https://thenetcommunity.org/our-approach/>
- ²⁰ Larkins S, Preston R, Matte M, Lindemann I, Samson R, Tandino F et al. Measuring social accountability in health professional education: Development and international pilot testing of an evaluation framework. *Medical Teacher*. 2012;35(1):32-45.
- ²¹ TheNet. (page consultée le 02/01/2018). [en ligne]. <http://thenetworktufh.org/>
- ²² Lionis C, Symvoulakis E, Vardavas C. Implementing family practice research in countries with limited resources: a stepwise model experienced in Crete, Greece. *Family Practice*. 2009;27(1):48-54.
- ²³ Société Internationale Francophone d'Éducation Médicale. (page consultée le 24/12/2017). Groupe Responsabilité Sociale des institutions de formation, [en ligne]. <https://www.sifem.net/fr/groupe-responsabilite-sociale-des-facultes>
- ²⁴ Conférence Internationale des Doyens et des Facultés de Médecine d'Expression Française, [en ligne]. <http://www.cidmef.u-bordeaux2.fr/sites/cidmef/files/RS-Sfax.pdf>
- ²⁵ Réseau International pour la Responsabilité Sociale en Santé. (page consultée le 19/02/2018). Mise au monde du RIFRESS, [en ligne]. <http://rifress.org/2017/07/10/mise-monde-reseau-international-francophone-responsabilite-sociale-rifress/>
- ²⁶ Grand'Maison P, Ladner J, Maherzi A, Poitevien G, Poitras J, Duplain R et al. Facultés de médecine francophones et responsabilité sociale : approche stratégique 2015-2020. *Pédagogie Médicale*. 2015;16(3):175-182.
- ²⁷ Organisation Mondiale de la Santé. WHO/EIP/OSD/2000.9 • ORIGINAL : ANGLAIS : « Vers l'Unité pour la Santé, défis et opportunités des partenariats pour le

développement de la santé ». Document de travail édité par l’OMS, Genève, 2001.
Rédigé par Charles Boelen.

²⁸ Organisation Mondiale de la Santé. (page consultée le 11/01/2018). Rapport sur la santé du monde 2008, [en ligne]. <http://www.who.int/whr/2008/overview/fr/index2.html>

²⁹ Id.

³⁰ Boelen C. Faire mieux dans le système de santé : créer l’unité d’action entre partenaires. Revue Médicale Suisse. 2000; volume -4. 20814

³¹ Belgium.be informations et services officiels. (page consultée le 03/11/2017).

Structure de l’état fédéral et des niveaux de pouvoir, [en ligne].

https://www.belgium.be/fr/la_belgique/pouvoirs_publics/la_belgique_federale/structure

³² Service Public Fédéral. (page consultée le 03/11/2017). Aperçu des professions de soins de santé, [en ligne].

<https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/themes-pour-les-patients/soins-de-sante-transfrontaliers/dispensateurs-de>

³³ Assemblée Générale des Étudiants de Louvain. (page consultée le 01/03/2018).

Décret relatif à la participation et la représentation étudiante dans l’enseignement supérieur, [en ligne]. [http://www.ulg.ac.be/upload/docs/application/pdf/2007-](http://www.ulg.ac.be/upload/docs/application/pdf/2007-12/decret_definissant_la_participation_etudiante.pdf)

[12/decret_definissant_la_participation_etudiante.pdf](http://www.ulg.ac.be/upload/docs/application/pdf/2007-12/decret_definissant_la_participation_etudiante.pdf)

³⁴ Collectif de 73 auteurs. Les organes d’avis scientifiques bientôt sous tutelle politique ?. Le Vif 2017 septembre 19.

³⁵ Dhaese S, Van de Caveye I, Bussche P, Bogaert S, De Maeseneer J. Student participation: To the benefit of both the student and the faculty. Education for Health. 2015;28(1):79.

³⁶ Roland M., Ladner J. Recherche-action sur la responsabilité sociale des Facultés de Médecine : Analyse quantitative phase 1. [Présentation interne]. Faculté de Sousse (Tunisie). 2013.

³⁷ Tudrej B. Responsabilité sociale des facultés de médecine, Poitiers dans une démarche internationale : une recherche-action. [Thèse pour le diplôme d’état de docteur en médecine]. Poitiers : Université de Poitiers, Faculté de médecine et de pharmacie ; 2013.

³⁸ Galukande M, Nakasujja N, Sewankambo N. Social accountability: a survey of perceptions and evidence of its expression at a Sub Saharan African university. BMC Medical Education. 2012;12(1).

³⁹ Woollard R. Caring for a common future: medical schools' social accountability. Medical Education. 2006;40(4):301-313.

- ⁴⁰ Murdoch-Eaton D, Green A. The contribution and challenges of electives in the development of social accountability in medical students. *Medical Teacher*. 2011;33(8):643-648.
- ⁴¹ Boudrenghien G, Dessambre N, Ntamashimikiro S, Deneff J, Vanpee D. Qui sont les étudiants de première année en sciences de la santé ? Leurs représentations et motivations à l'égard des études et des métiers. *L'Orientation scolaire et professionnelle*. 2015;(44/3).
- ⁴² Tudrej B. Responsabilité sociale des facultés de médecine, Poitiers dans une démarche internationale : une recherche-action. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Poitiers : Université de Poitiers, Faculté de médecine et de pharmacie ; 2013.
- ⁴³ Stagg P., Rosenthal DR. Why community members want to participate in the selection of students into medical school. *Rural Remote Health*. 2012 Aug 20.
- ⁴⁴ Organisation Mondiale de la Santé. (page consultée le 11/01/2018). Rapport sur la santé du monde 2008, [en ligne]. <http://www.who.int/whr/2008/overview/fr/index2.html>
- ⁴⁵ Powell Th. The Francis Report (Report of the MidStaffordshire NHS Foundation Trust public inquiry) and the Government's response. [Rapport commandé par la la Chambres des Communes du Royaume-Uni] 2018.
- ⁴⁶ Coulehan J., Williams P. Vanquishing Virtue : The Impact of Medical Education. *ACADEMIC MEDICINE*,VOL.76,NO. 6/JUNE2001
- ⁴⁷ Fleming K. Declining altruism in medicine. *BMJ*. 2002;324(7350):1398a-1398.