

Pratiquer la responsabilité sociale en santé : de la théorie à la pratique. Une étude Delphi internationale

Ségolène de Rouffignac, Naji Mokaddem, Robin Treutens, Maud Robert, Bernard Millette, Paul Grand'Maison, Josette Castel, Janie Giard, Maxime Sasseville, Marie-Dominique Beaulieu

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2024/3 (VOL. 36), PAGES 9 À 20
ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.243.0009

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2024-3-page-9.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Pratiquer la responsabilité sociale en santé : de la théorie à la pratique. Une étude Delphi internationale

Practicing social responsibility in medicine:

From theory to practice. An international Delphi survey

Sécolène de Rouffignac¹, Naji Mokaddem¹, Robin Treutens¹, Maud Robert¹, Bernard Millette², Paul Grand'Maison³, Josette Castel⁴, Janie Giard⁴, Maxime Sasseville⁴, Marie-Dominique Beaulieu²

➡ Résumé

Introduction : La responsabilité sociale en santé (RSS) des professionnels de santé est difficile à traduire en compétences, à enseigner et à mettre en œuvre concrètement dans la pratique professionnelle.

But de l'étude : Afin d'éclairer l'élaboration d'un profil de compétences, cette étude du Réseau international francophone pour la responsabilité sociale en santé (RIFRESS) a visé à développer un consensus sur les composantes de la RSS des médecins selon le point de vue d'experts en éducation médicale. La méthode Delphi a été utilisée, le premier tour étant ouvert et les deux autres, fermés. Le logiciel Mesydel a servi pour l'analyse qualitative du premier tour, le SPSS pour l'analyse du degré de consensus pour les tours 2 et 3.

Résultats : Trente-quatre experts ont répondu à l'étude. Lors du premier tour, 62 codes ont émergé, regroupés en 13 thèmes. À partir de l'analyse initiale, 40 éléments ont été soumis pour le deuxième tour. Sur ces 40 items, 23 sont alors sortis consensuels, ainsi que 13 sur les 18 items soumis de nouveau après le troisième tour. Des exemples d'éléments consensuels : l'éco-responsabilité, le plaidoyer, la défense du bien commun, l'analyse critique de sa pratique et le leadership collaboratif.

Conclusions : La présente étude visait à définir concrètement les composants de la RSS des médecins. Ce consensus doit être utilisé à la lumière du contexte local et permettre de former des médecins qui répondent aux besoins de santé prioritaires de la société dans un monde en profonde mutation.

Mots-clés : Méthode Delphi ; Consensus ; Responsabilité sociale ; Médecin ; Enseignement

➡ Abstract

Introduction: Health professionals' social responsibility in health resists translation into skills that can be taught and implemented concretely in professional practice.

Purpose of the research: This study, conducted by the Réseau International Francophone pour la Responsabilité Sociale en Santé (RIFRESS), aims to develop a consensus on the components of doctors' social responsibility in health from the perspective of experts in medical education. Its findings are intended to inform the creation of a skills profile. A three-round Delphi consensus method was used, with an open first round and closed second and third rounds. Mesydel software was used to organize the process and to do the qualitative analysis of the first round. SPSS was used for consensus analysis for rounds 2 and 3.

Results: Thirty-four experts responded to the study. During the first round, 62 codes emerged, grouped into 13 themes. From the initial analysis, 40 items were submitted for the Delphi round 2. Of these 40 items, 23 came out consensual after the second round, as did 13 of the 18 resubmitted items after the third. Examples of items that emerged as consensual are eco-responsibility, advocacy, defense of the common good, critical analysis of practice, and collaborative leadership.

Conclusions: The present study represents a much-needed effort to concretely define the components of doctors' social responsibility in health. Local context must be taken into account when using these findings. They can help to train tomorrow's doctors to better meet the priority health needs of society in a profoundly changing world.

Keywords: Delphi method; Consensus; Social accountability; Medical doctor; Teaching

¹ Université catholique de Louvain (UCL), Bruxelles, Belgique.

² Université de Montréal, Montréal, Canada.

³ Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada.

⁴ Université Laval, Québec, Canada.

Correspondance : S. de Rouffignac
segolene.derouffignac@uclouvain.be

Réception : 01/12/2023 – Acceptation : 29/02/2024

Introduction

En 1995, l'OMS a défini et mis en avant le concept de la responsabilité sociale (RS) des facultés de médecine, soit « l'obligation d'orienter la formation qu'elles donnent, les recherches qu'elles poursuivent et les services qu'elles dispensent vers les principaux problèmes de santé de la communauté, région et/ou nation qu'elles ont comme mandat de servir » (1). En 2010, un consensus mondial a résulté avec l'identification de 10 axes prioritaires d'action pour une faculté souhaitant devenir socialement responsable (2).

Le concept de RS s'est progressivement élargi vers celui de responsabilité sociale en santé (RSS), concept qui interpelle alors non seulement les facultés de médecine, mais aussi l'ensemble des intervenants du domaine de la santé : décideurs politiques, gestionnaires de santé, professionnels de la santé et communautés (soit le pentagone du partenariat) (3).

Pour les médecins, comme pour les autres professionnels de santé, apparaît alors un besoin significatif de traduire le concept de RSS en compétences professionnelles à développer et en comportements concrets à démontrer sur le terrain de la pratique active.

Face à ce développement de la RSS, diverses initiatives ont émergé pour répondre à la nécessité d'une approche coordonnée et intégrée, impliquant tous les acteurs du domaine de la santé. Parmi ces initiatives, le RIFRESS (Réseau international francophone pour la responsabilité sociale en santé) se distingue comme une plateforme cruciale proposant « un lieu commun d'échange et d'action » pour les francophones au niveau mondial afin de promouvoir l'engagement concerté de tous les acteurs de santé autour des valeurs communes à la RSS.

Le « Groupe Formation » du RIFRESS a pour objectif d'optimiser la formation des acteurs de santé au regard de la RSS et de façon plus spécifique les leaders de cette formation qui œuvrent dans les institutions académiques, les étudiants et les professionnels de santé en pratique active. Toutefois, malgré les efforts concertés et les structures mises en place, appliquer concrètement les idéaux de la RSS dans la pratique médicale quotidienne reste un objectif complexe à atteindre.

La difficulté réside dans la nature même des principes de la RSS, comme le démontre une revue systématique de la littérature récente (4). Cette étude met en évidence que la RSS repose sur un ensemble de valeurs et de concepts dont la matérialisation en compétences concrètes et en comportements observables est tout sauf directe. En

particulier, les moteurs essentiels de la transférabilité de ces valeurs en objectifs d'enseignement/apprentissage et en compétences et comportements attendus relèvent majoritairement des attitudes, ou du savoir-être. Ainsi, pour le professionnel de santé, la démarche vers la RSS transcende la simple possession de connaissances. Elle exige une transformation qui se traduit par un engagement et des comportements qui démontrent cette RSS.

Considérant que les facultés de médecine sont la cible initiale de l'OMS en ce qui concerne la RS et au vu de la diversité des professions, ce projet a choisi de cibler les médecins, tout en étant conscient de l'objectif commun et de la complémentarité des professionnels de santé. Ainsi, cette recherche vise à atteindre un consensus sur l'étendue des compétences/manifestations (comportements) attendues de la part d'un médecin dont la pratique s'inscrit dans la RSS et d'identifier les consensus et les divergences sur celles-ci.

Matériels et méthodes

Choix de la méthode

Pour cette étude, la méthode Delphi a été privilégiée, en accord avec les recommandations des travaux précédents (5-8). Cette méthode itérative, qui se déroule sur plusieurs tours, est idéale pour rechercher et identifier des consensus autour de questions spécifiques et de leurs diverses composantes. Le Delphi classique comprend trois tours, le premier tour pouvant adopter une approche entièrement ouverte et qualitative. Cette caractéristique était particulièrement pertinente pour notre étude, qui visait à enrichir la compréhension du concept de la RSS chez les professionnels de santé.

Le processus Delphi permet aux participants de réévaluer et de réajuster leurs opinions initiales à la lumière de celles des autres, ce qui favorise un consensus plus éclairé et nuancé. La méthode est reconnue pour sa structure systématique et claire, qui facilite la collecte et l'analyse des opinions des participants, et par conséquent améliore la communication des résultats et la crédibilité de l'ensemble du processus.

La méthode est très flexible et peut donc être appliquée dans différents contextes, y compris dans un cadre international. Elle s'avère particulièrement efficace dans des situations où les participants sont géographiquement éloignés. Elle permet d'identifier aussi bien des zones d'accord que de désaccord.

Le recours à la méthode Delphi implique la constitution d'un panel d'experts dans le domaine de l'étude, offrant des perspectives variées. Les réponses individuelles et confidentielles des experts aux questions posées contribuent à minimiser les biais liés à la pression sociale ou à la domination de certaines opinions, ce qui enrichit le spectre des réponses. Ce panel diversifié favorise l'émergence d'idées et de solutions innovantes.

Enfin, cette méthode garantit une transparence dans le processus décisionnel, chaque étape étant documentée. Cette transparence est cruciale pour asseoir la confiance dans les résultats finaux de l'étude.

Recrutement des experts

Il n'existe pas de règles strictes pour déterminer la taille du panel d'experts, mais selon la littérature un nombre de 15 à 60 participants permet d'avoir l'étendue d'opinions nécessaire pour orienter un consensus (5-6). La tâche consiste à mettre sur pied un panel comprenant un nombre d'experts suffisant pour atteindre une diversité d'opinions.

L'expertise recherchée dans la présente étude était celle de la formation des médecins au niveau international francophone. Les experts devaient donc être impliqués dans les milieux de cette formation pour être inclus. Une diversité de profils a été obtenue en fonction du rôle (doyens ou vice-doyens de facultés de médecine, directeurs de départements de formation, professeurs enseignants ou émérites, formateurs cliniciens et étudiants en médecine), des pays d'origine classés par régions de l'OMS (région africaine, région des Amériques, région de l'Europe, région de la Méditerranée orientale, région du Pacifique occidental), du genre et de l'âge des experts.

Une liste d'experts a été établie par les membres de l'équipe de recherche à partir du carnet d'adresses des membres du Réseau international francophone pour la responsabilité sociale en santé avec le souci d'assurer une représentativité des rôles et des régions géographiques.

Les experts ont été contactés par un courriel exposant le projet et la raison de leur sollicitation. En cas de non-réponse, un nouvel expert au profil similaire était choisi et contacté à son tour.

Mesure et définition du consensus

Lors du deuxième et du troisième tour du Delphi, les participants étaient invités à évaluer la pertinence qu'ils attribuent à chacun des énoncés développés par l'équipe

de recherche à partir des résultats du premier tour. Par pertinence, il était entendu « caractéristique concrète de la pratique de tout médecin démontrant un engagement dans la RSS ».

Les experts se positionnaient sur une échelle de Likert de 1 à 6, la valeur 1 indiquant que l'item n'est pas du tout pertinent et la valeur 6 indiquant que l'item est extrêmement pertinent. Il a été décidé de ne pas utiliser d'échelle incluant un point central afin d'éviter le « biais de la tendance centrale », car il est démontré que les enquêtés ont tendance à éviter les extrêmes dans l'échelle, préférant rester dans une position de neutralité autour de la position centrale (7).

Plusieurs approches peuvent être employées pour déterminer si un item est consensuel dans une étude Delphi. L'approche sélectionnée est une méthode reposant sur les écarts interquartiles (EI) (8). En règle générale, un intervalle interquartile (EI) de 2 unités ou moins sur une échelle de 10 unités peut être considéré comme un consensus. Pour cette étude, un écart interquartile d'une unité a été utilisé. Cette méthode permet d'identifier les énoncés pour lesquels il y a un accord ou un désaccord entre les participants, les énoncés dont la distribution dépasse un EI étant considérés comme non consensuels.

Déroulement de l'étude et questionnaires

Premier tour

Lors du premier tour, la définition de la RSS de Cauli a été présentée aux participants comme point de référence sur lequel baser leurs réponses¹ (9). Après avoir répondu à des questions sur leurs données sociodémographiques, les participants étaient invités à « penser à un médecin qui, pour vous, est engagé dans la responsabilité sociale. Pourquoi considérez-vous que cette personne soit un exemple ? Pouvez-vous citer les manières d'agir qui lui permettent de se distinguer particulièrement par rapport à d'autres médecins ». Ils devaient ensuite décrire les actions, aux niveaux micro (pratique clinique et auprès de ses patients), méso (communautaire) et macro (auprès

¹ « La RSS impose une approche complexe et globale. Elle implique une analyse des besoins et déterminants de santé des patients et des populations, une stratégie cohérente pour y répondre et la mesure des impacts résultant des actions menées. Elle nécessite une mobilisation effective des différents partenaires dans les domaines médicaux, scientifiques, sociaux, économiques, écologiques, éthiques et des droits humains. Elle vise des actions transformatives susceptibles d'engager l'ensemble des professionnels de santé, individuellement et comme groupes, dans une communauté de valeurs et en co-gestion avec les parties prenantes. »

des instances de pouvoir), d'un médecin qu'ils considéraient comme engagé dans la RSS. Enfin, ils pouvaient ajouter les éléments liés à leur vision idéale de la pratique de la RSS (10). Le questionnaire était disponible en ligne grâce au logiciel Mesydel pendant 21 jours.

Deuxième tour

À partir de l'analyse des résultats du premier tour, des énoncés ont été rédigés de manière à rester au plus près des verbatim des experts, afin de refléter fidèlement leurs opinions et leurs connaissances. Puis, sur la base de la revue de littérature, quatre items ont été ajoutés portant sur les compétences attendues de la part d'un médecin socialement responsable : la réflexivité relative à son rôle de soignant et ses relations avec autrui ; la recherche d'un équilibre entre le point de vue scientifique, professionnel et interpersonnel ; l'ouverture et la curiosité de l'autre et de sa rencontre ; et l'intégration des principes de partenariat avec les patients dans l'organisation de sa pratique (4). Les énoncés étaient regroupés en fonction de leur domaine d'application (ex : pratique clinique, collaboration professionnelle et avec la communauté, etc.), sans proposer de libellés à ces regroupements pour éviter les « sous-construits ». En effet, la pertinence pour un item peut être perçue différemment s'il est associé à un sous-construit plutôt qu'à la définition large du concept. Les participants avaient aussi la possibilité d'insérer un commentaire dans leurs réponses. Le questionnaire était disponible en ligne sur Mesydel pendant une période de 15 jours. Des rappels ont été faits une semaine et 48 heures avant la clôture du tour.

Troisième tour

Seuls les énoncés n'ayant pas atteint un consensus au tour précédent ont été soumis lors de ce tour. Certains des énoncés ont été reformulés à la suite des commentaires qui ont été faits par les experts lors du tour précédent. L'énoncé original était alors présenté pour information. Le résultat du tour précédent a été présenté sous forme d'histogramme pour chacun des énoncés. De cette façon, les experts ont pu comparer leur opinion à celle des autres participants.

Une période de 17 jours a été accordée aux participants sur Mesydel, des rappels ayant été envoyés une semaine, 48 heures et 24 heures avant la clôture du tour.

Analyses

Le logiciel Mesydel a été utilisé pour la gestion anonymisée des contacts avec les experts et pour l'analyse qualitative du premier tour. Ce logiciel permet de coder les verbatim (« tags ») et de regrouper ces codes dans des thèmes (« facettes »).

Une analyse thématique inductive a été réalisée par les quatre chercheurs principaux sur une partie du matériel (SD, MD, NM, RT), puis par deux chercheurs (NM et RT) pour l'ensemble des réponses.

Le logiciel SPSS a été utilisé pour réaliser l'analyse descriptive et l'analyse de consensus pour les tours 2 et 3.

Éthique

Le projet a été accepté par le comité d'éthique hospitalo-facultaire Saint-Luc, UCL (Belgique).

Résultats

Participants

Sur les soixante-dix experts invités, huit ont refusé de participer, dix-huit n'ont pas répondu et quarante-quatre experts ont accepté (tableau 1) pour un taux d'acceptation de l'invitation au Delphi de 62,9 % (figure 1). Les quarante-quatre experts ayant accepté de participer forment une bonne représentativité en matière d'âge, de sexe, de régions et de fonctions. La région Pacifique occidentale (Nouvelle-Calédonie et Polynésie française) a été contactée par courriel, mais n'a pas répondu. Une autre vague de recrutement n'a pas été jugée nécessaire.

Taux de participation aux trois tours du Delphi

Le taux de participation des experts ayant répondu aux trois tours était de 63,6 % (n = 28/44). Huit experts n'ont répondu à aucun tour (18,1 %), quatre à un seul tour (9,0 %) et quatre à seulement deux tours (9,0 %). À chaque tour, l'ensemble des experts était contacté pour le tour suivant, quelle que soit sa participation aux tours précédents. À noter que, pour le dernier tour, trente experts ont participé, soit un taux de participation de 68,8 %.

Tableau 1 : Résultats aux questions démographiques du 1^{er} tour.

		N =	%
Genre	Femme	10	29,4
	Homme	24	70,8
Âge	Moins de 30 ans	4	11,8
	30 à 49 ans	10	29,4
	50 à 65 ans	17	50,0
	Plus de 65 ans	3	8,8
Région	Région des Amériques	8	23,5
	Région européenne	15	44,1
	Région africaine	6	17,7
	Région de Méditerranée orientale	5	14,7
Fonction	Doyen ou vice-doyen	8	23,5
	Directeur	3	8,8
	Professeur	16	47,1
	Formateur clinicien	8	23,5
	Étudiant en médecine	5	14,7
Formation initiale	Encore en formation/étudiant	3	8,8
	Médecine, spécialité médicale	9	26,5
	Médecine, spécialité chirurgicale	4	11,8
	Médecine, spécialité en médecine générale	9	26,5
	Médecine, spécialité santé publique	4	11,8
	Profession de la santé autre que la médecine	2	5,9
	Sciences sociales	3	8,8
Années d'expérience	Moins de 5 ans	4	11,8
	5-10 ans	7	20,6
	11-20 ans	9	26,5
	Plus de 20 ans	12	35,3
	Ne s'applique pas (étudiant)	2	5,9
Total		34	100,0

Tour 1

Treize regroupements thématiques ont émergé, regroupant 62 codes, à partir de 140 verbatim. Les thèmes portaient sur le contexte sociodémographique, les valeurs, le plaidoyer, l'engagement, les besoins émergents, la réflexivité et l'adaptation de la pratique,

l'approche communautaire, la formation médicale, l'organisation du travail, la recherche, les compétences cliniques et relationnelles, la santé publique et le modèle de rôle. À partir de ces thèmes et de ces codes, quarante items ont été formulés en respectant les verbatim.

Tour 2

Les quarante items issus de l'analyse du premier tour ont été soumis pour recherche de consensus au deuxième tour. Vingt-trois d'entre eux ont obtenu un consensus dès le premier tour d'analyse quantitative, vingt énoncés ont été considérés par les participants comme étant « très » (EI 5) voire « extrêmement pertinents » (EI 6) et trois autres comme « assez » (EI 4) à « très pertinents » (EI 5) (tableau 2).

Tour 3

Dix-huit items ont été à nouveau soumis au troisième tour, parmi lesquels sept ont été reformulés en fonction des commentaires et un scindé en deux nouveaux. Ces modifications ont été précisées dans le questionnaire au même titre que les histogrammes qui illustrent les résultats du tour précédent. Treize nouveaux énoncés ont été identifiés comme consensuels lors de ce troisième tour. Parmi eux, onze énoncés ont été considérés comme étant « très » voire « extrêmement pertinents » pour un médecin engagé à agir selon les valeurs et principes de la responsabilité sociale en santé, et deux autres caractéristiques comme « assez » à « très pertinentes » (tableau 2).

Commentaires libres

Les commentaires des participants relevaient principalement la difficulté pour les médecins d'endosser toutes ces responsabilités tout seuls. De même, certains soulignaient que l'engagement au niveau communautaire et politique pourrait se faire par l'intermédiaire d'un porte-parole. Certains experts invitent à contextualiser l'application de ces items en fonction des priorités du pays et de la pénurie de professionnels de santé. Enfin, les experts invitent les chercheurs à se poser la même question pour tout professionnel de santé.

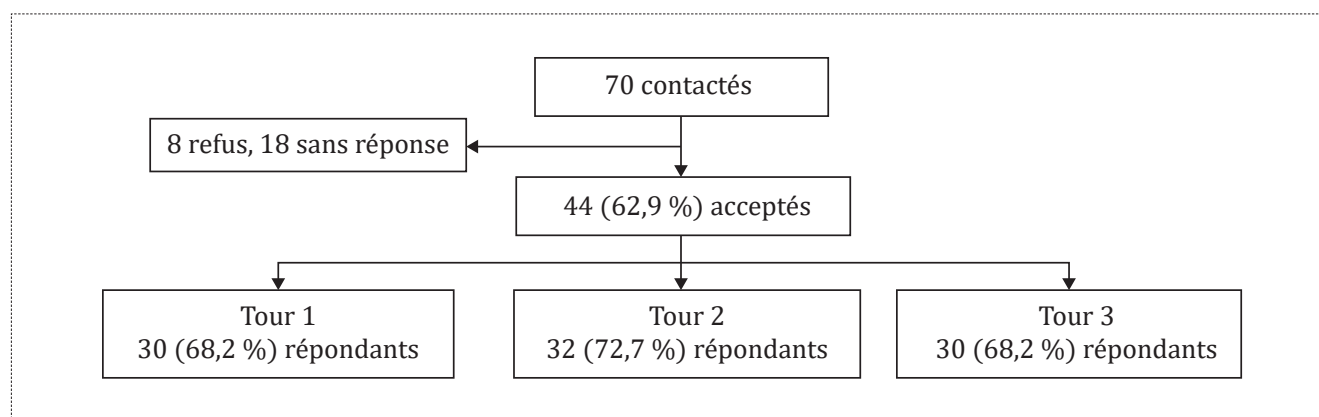


Figure 1 : Diagramme de flux des participants à l'étude

Discussion

Cette étude a mis en évidence trente-six comportements, ou manifestations, considérés comme pertinents pour décrire la pratique d'un médecin engagé en RSS. Il est intéressant de noter que les énoncés ayant un rapport direct avec la relation médecin/patient (micro) ont atteint un consensus dès le premier tour. En revanche, les énoncés liés à une approche communautaire (méso) ou politique (macro) ont nécessité un deuxième tour pour établir un consensus, lorsque cela était possible. Il est important de souligner que, parmi les éléments évalués, les cinq items qui n'ont pas abouti à un consensus concernent les niveaux méso et macro.

La littérature ne met pas en évidence de référentiels de compétences spécifiques à la RSS (4). Qu'apportent donc ces items consensuels par rapport aux référentiels de compétences déjà connus, comme le CanMEDS, qui décrit les compétences à acquérir « pour répondre de façon efficace aux besoins de ceux et celles à qui ils prodiguent des soins » (11) ? Ce consensus souligne les spécificités de la responsabilité sociale, révélant son caractère transversal et son application aussi bien dans une approche individuelle avec le patient dans la pratique de la médecine (micro), que dans une approche populationnelle ou communautaire (méso), ainsi que dans une approche politique et de plaidoyer (macro).

Alors que le référentiel CanMEDS identifie quatre compétences liées directement à la responsabilité sociale des médecins², les experts consultés soulignent

que la responsabilité sociale est omniprésente et ne peut se réduire à quelques compétences isolées ou au seul colloque singulier. Ainsi, l'importance de la réflexivité et de l'adaptabilité dans un processus de questionnements constants sur les besoins émergents et prioritaires apparaît au cœur de la pratique de la RSS selon nos experts. Être un médecin engagé en RSS n'est pas un état statique, mais un processus continu d'amélioration et d'adaptation. Cette dynamique exige que l'expertise médicale et la promotion de la santé soient constamment recalibrées pour s'adapter aux besoins des patients et de la société. Cette recherche met également l'accent sur les déterminants sociaux de la santé et les enjeux environnementaux de la santé, et sur les patients les plus vulnérables.

Dans ce consensus, ainsi que dans le CanMEDS, la notion de collaboration est abordée. Cependant, les experts insistent sur les aspects suivants : l'engagement à l'échelle locorégionale et l'élargissement du spectre de la collaboration pour inclure d'autres intervenants, au-delà du milieu médical traditionnel, favorisant ainsi une intersectorialité. Au cœur de cette collaboration se situe un leadership qui n'est pas passif, mais de nature collaborative. Le leadership collaboratif s'exprime particulièrement dans les sphères communautaires et politiques, transcendant ainsi la pratique médicale conventionnelle. Le médecin, dans ce rôle, devient un agent actif en participant à la définition des priorités de santé, à l'élaboration des programmes de santé, à la conduite de plaidoyers

médecins », « Démontrer leur engagement à participer à des initiatives liées à la sécurité des patients et à l'amélioration de la qualité », « Collaborer avec des collectivités ou des populations afin de caractériser les déterminants de la santé qui s'appliquent » et « Participer à une initiative d'amélioration de la santé dans une collectivité ou une population qu'ils servent ».

² « Assumer sa responsabilité sociale envers les patients, la société et la profession, et répondre aux attentes de la société à l'endroit des

Tableau 2 : Synthèse des résultats

Énoncé	Résultats 2 ^e tour	Reformulation pour le 3 ^e tour	Résultats 3 ^e tour	Conclusion
Bloc 1				
Applique les principes d'une communication efficace selon les exigences de la situation clinique rencontrée (ex : écoute active, réciprocité, expressivité, efficacité).	6 (5-6)	/	/	Accord consensuel : De « très à extrêmement » pertinent
Recherche, lors de sa rencontre avec le patient, un équilibre entre le point de vue scientifique, professionnel et interpersonnel.	5 (4-6)	/	5 (3,75-5)	Non-consensus : Élimination
Favorise chez ses patients une démarche d'autonomisation (empowerment).	6 (4-6)	/	5 (4-6)	Non-consensus : Élimination
Reconnaît les effets, chez ses patients, des dynamiques sociétales qui influencent la santé et le bien-être.	6 (5-6)	/	/	Accord consensuel : De « très à extrêmement » pertinent
S'assure que ses patients peuvent accéder aux meilleurs soins, indépendamment de qui ils sont (nationalité, religion, ressources financières, etc.).	6 (5,5-6)	/	/	Accord consensuel : De « très à extrêmement » pertinent
Intègre l'évaluation systématique de la situation socio-économique de ses patients dans sa démarche clinique.	5 (5-6)	/	/	Accord consensuel : De « très à extrêmement » pertinent
Orienté ses patients en situation de précarité ou d'oppression vers des ressources appropriées pour répondre à leurs besoins.	5 (4-6)	Informe ses patients en situation de précarité ou d'oppression des aides disponibles pour répondre à leurs besoins.	6 (5-6)	Accord consensuel : De « très à extrêmement » pertinent
Intègre les enjeux écologiques à sa pratique en vue de préserver la santé de ses patients et de sa communauté (exposition aux risques environnementaux comme des canicules, proximités d'usines, perturbateurs endocriniens, etc.).	5 (5-6)	/	/	Accord consensuel : De « très à extrêmement » pertinent
Intègre les principes de partenariat avec les patients dans sa démarche clinique et l'organisation de sa pratique.	5 (4-6)	Intègre les principes de partenariat avec les patients dans sa démarche clinique.	5 (4-6)	Non-consensus : Élimination
		Intègre les principes de partenariat avec les patients dans l'organisation de sa pratique.	4 (3,25-5)	Non-consensus : Élimination
Pratique de manière non violente, dénué d'oppression pour contribuer à un environnement sain pour tous.	5 (5-6)	/	/	Accord consensuel : De « très à extrêmement » pertinent

Bloc 2				
Organise sa pratique de façon à assurer l'équité pour tous dans l'accessibilité à ses services (disponibilité, modalités de consultation, etc.).	5 (5-6)	/	/	Accord consensuel : De « très à extrêmement » pertinent
Considère les enjeux écologiques dans l'organisation de sa pratique (choix du matériel, électricité verte, écoresponsables, etc.).	5 (4-6)	/	5 (5-6)	Accord consensuel : De « très à extrêmement » pertinent
Tient compte des principes de santé durable dans sa pratique clinique (coûts/bénéfices de ses interventions, prescription judicieuse, etc.).	6 (5-6)	/	/	Accord consensuel : De « très à extrêmement » pertinent
Analyse sa pratique pour identifier des besoins émergents ou non comblés dans sa communauté.	6 (4,25-6)	Identifie avec ses collègues les besoins non comblés dans sa communauté pour essayer d'y répondre.	5 (5-6)	Accord consensuel : De « très à extrêmement » pertinent
Interroge la littérature scientifique pour répondre aux situations émergentes dans sa pratique.	6 (5-6)	/	/	Accord consensuel : De « très à extrêmement » pertinent
Sollicite les aides « expertes » pour se former afin d'être en mesure de mieux répondre aux nouveaux enjeux identifiés dans son travail clinique et sa relation aux patients.	5 (5,5-6)	/	/	Accord consensuel : De « très à extrêmement » pertinent
Fait appel à d'autres intervenants pour résoudre les situations complexes (collaboration trans-, inter- et intra-disciplinaire).	6 (5-6)	/	/	Accord consensuel : De « très à extrêmement » pertinent
Démontre un leadership collaboratif favorisant la mise en commun des compétences de chaque intervenant pour trouver la réponse la plus adéquate à une situation.	5 (5-6)	/	/	Accord consensuel : De « très à extrêmement » pertinent
Contribue à créer un environnement de travail sain et sécuritaire pour éviter l'épuisement des soignants.	5 (5-6)	/	/	Accord consensuel : De « très à extrêmement » pertinent
Bloc 3				
Vise à intégrer la communauté dans les décisions liées à l'organisation des soins de santé de son territoire (local ou régional).	5 (4-5,75)	/	5 (5-6)	Accord consensuel : De « très à extrêmement » pertinent
Collabore avec des représentants des communautés pour mieux intervenir sur les déterminants de la santé qui concernent ses patients.	5 (4-6)	/	5 (5-6)	Accord consensuel : De « très à extrêmement » pertinent
Travaille en réseau avec différents acteurs en favorisant le partenariat locorégional.	5 (4,25-6)	/	5 (5-6)	Accord consensuel : De « très à extrêmement » pertinent

Initie ou participe à des activités visant à répondre aux besoins de la communauté.	5 (4-6)	Participe, avec les autres acteurs du terrain, à des activités visant à répondre aux besoins de la communauté.	5 (5-6)	Accord consensuel : De « très à extrêmement » pertinent
Effectue des travaux d'analyse de la situation sanitaire orientés vers les besoins de la communauté.	5 (4-6)	Effectue des travaux d'analyse de la situation sanitaire orientés vers les besoins de la communauté en collaboration avec les autres acteurs du terrain.	5 (4-5)	Accord consensuel : De « assez à très pertinent »
Intervient dans l'élaboration ou la prestation de programmes ou de services de santé qui concernent sa spécialité.	5 (4-5)	/	/	Accord consensuel : De « assez à très pertinent »
S'implique dans sa communauté, dans l'enseignement et/ou dans la recherche, l'innovation ou l'amélioration continue.	5 (4-6)	S'implique dans sa communauté, dans l'enseignement et/ou dans la recherche.	5 (4-5)	Accord consensuel : De « assez à très pertinent »
Bloc 4				
Participe, en partenariat avec les hautes instances, à l'identification des besoins de la population en lien avec les déterminants sociaux et la promotion de la santé.	5 (4-6)	/	5 (4-6)	Non-consensus : Élimination
S'implique dans des structures politiques ou associatives dans le but de contribuer à l'amélioration des soins et services et de la santé.	4,5 (4-5)	/	/	Accord consensuel : De « assez à très pertinent »
Est actif au niveau stratégique dans le plaidoyer pour l'amélioration de l'équité de l'accès aux soins.	5 (4-6)	/	5 (5-6)	Accord consensuel : De « très à extrêmement » pertinent
Fait valoir ses opinions auprès des décideurs politiques en réalisant des plaidoyers sur les besoins prioritaires en santé.	5 (4-5)	/	/	Accord consensuel : De « assez à très pertinent »
Est actif dans la défense des intérêts des plus vulnérables.	5 (4-6)	/	5 (5-6)	Accord consensuel : De « très à extrêmement » pertinent
Reconnaît l'importance du premier niveau de soins (ou soins de première ligne) et contribue par ses actions à la coordination entre les différents niveaux de soins pour optimiser la réponse aux besoins prioritaires de la population.	6 (5-6)	/	/	Accord consensuel : De « très à extrêmement » pertinent
Bloc 5				
Défend le bien commun sans privilégier ses intérêts personnels.	6 (5-6)	/	/	Accord consensuel : De « très à extrêmement » pertinent
Développe sa capacité à poser un regard critique et distancié sur les positions et les influences collectives afin de se forger ses propres idées.	5 (4,5-6)	/	6 (5-6)	Accord consensuel : De « très à extrêmement » pertinent

Développe une démarche réflexive quant à son rôle de soignant, ses relations avec autrui et les implications/conséquences de ses actions et de ses inactions.	5 (5-6)	/	/	Accord consensuel : De « très à extrêmement » pertinent
Remet sans cesse en question sa pratique et la fait évoluer pour le bien des patients.	5 (5-6)	/	/	Accord consensuel : De « très à extrêmement » pertinent
Promeut et met en pratique les valeurs de diversité, d'inclusion et d'équité.	6 (5-6)	/	/	Accord consensuel : De « très à extrêmement » pertinent
Cultive une ouverture et une curiosité de l'autre et de sa rencontre.	6 (5-6)	/	/	Accord consensuel : De « très à extrêmement » pertinent
Démontre à ses pairs, par ses attitudes et actions, son engagement dans la RSS (modèle de rôle relatif).	5 (5-6)	/	/	Accord consensuel : De « très à extrêmement » pertinent
S'implique à la fois aux niveaux individuels (sa pratique) et collectifs (communauté).	5 (4-6)	S'implique à la fois aux niveaux individuels (sa pratique) et collectifs.	5 (5-6)	Accord consensuel : De « très à extrêmement » pertinent

et à un engagement dans les structures associatives ou politiques.

Par ailleurs, l'accent est mis sur la recherche et la formation continue, des éléments présents dans le CanMEDS. Néanmoins, le consensus insiste sur l'analyse critique de sa pratique et la recherche de terrain. Cette démarche réflexive s'applique à soi-même afin de développer un « regard critique et distancié sur les positions et les influences collectives afin de se forger ses propres idées » (tableau 2). Le CanMEDS et notre étude évoquent le rôle d'exemplarité des médecins. Il est important de souligner qu'une nouvelle version de CanMEDS sortira en 2025 et que celle-ci vise à inclure de nouveaux concepts émergents. On y retrouvera notamment des valeurs promues par la RSS et le consensus (équité, diversité, inclusion et justice sociale, lutte contre le racisme, humanisme des médecins), mais également cette approche réflexive de sa pratique (expertise adaptative, médecine fondée sur les données, raisonnement clinique) et la santé planétaire mise en avant dans notre étude (9). Le fait que le CanMEDS intègre ces notions montre bien l'importance d'aborder et d'approfondir le concept de RSS et sa transversalité.

À noter qu'au niveau international le « médecin-cinq étoiles » défini par l'OMS en 1996 rejoint également les éléments retrouvés dans l'étude en les spécifiant, à savoir : un dispensateur de soins, un décideur, un communicateur, un membre influent dans la communauté, un gestionnaire (12).

L'identification de trente-six comportements démontrant la RSS d'un médecin en pratique professionnelle, répartis sur trois niveaux d'action, met en exergue la complexité et la difficulté inhérentes à sa mise en œuvre pratique : l'engagement d'un médecin dans la RSS implique-t-il qu'il maîtrise l'ensemble de ces compétences et s'implique à tous les échelons d'action ? Bien que cet engagement soit présenté comme l'un des défis majeurs, il existe un consensus parmi les participants selon lequel un médecin engagé en RSS « s'implique à la fois aux niveaux individuel (sa pratique) et collectif (communauté) ». Néanmoins, le commentaire le plus récurrent sur les différents items portait sur la faisabilité pour un médecin d'embrasser simultanément l'ensemble de ces obligations. En effet, cinq des sept items qui ont été reformulés portaient sur une compétence relative à l'engagement du médecin au niveau méso, nécessitant une clarification afin d'atteindre un consensus, notamment en intégrant l'expression « avec les autres acteurs du terrain » ou « avec ses collègues ». L'item « Participe, en partenariat avec les hautes instances, à l'identification des besoins de la population en lien avec les déterminants sociaux et la promotion de la santé » n'a pas été consensuel, les commentaires soulignant que les capacités du médecin sont limitées et que celui-ci « ne peut pas faire tout, tout seul ».

Cette perspective fait écho au fondement de la RSS qui préconise de travailler en collaboration avec les différents acteurs du pentagone du partenariat : décideurs politiques, gestionnaires de santé, professionnels de

santé, institutions académiques et communautés (10). La revue de littérature réalisée précédemment renforce cette notion, affirmant que « la réalisation de toutes les activités nécessite l'implication de tous les membres de l'équipe » (4). Pour certains participants, ces rôles pourraient être endossés par l'intermédiaire d'un représentant désigné. Ainsi, malgré des résultats consensuels, une certaine réticence à l'action communautaire en santé et à l'action politique est perçue. Cette approche, pourtant plébiscitée par les promoteurs de la RSS, pourrait-elle être considérée par certains experts de la formation comme irréaliste, voire utopique ? Cette dissonance suggère la nécessité de réévaluer la conceptualisation ou la communication des attentes et souligne l'importance de trouver un équilibre entre aspirations idéalistes et pragmatisme opérationnel de la pratique médicale. En outre, la réticence des médecins à embrasser des compétences aux niveaux communautaire (mésos) et national (macro) est en grande partie due à la reconnaissance insuffisante de ces compétences par les systèmes de santé actuels. Cette observation met en lumière la nécessité de faire évoluer le système de santé pour favoriser et intégrer pleinement la RSS dans ses pratiques et politiques.

Pour élaborer une vision complète et cohérente d'un programme de formation d'un professionnel de santé socialement engagé, inclure tous les acteurs du pentagone du partenariat ainsi que des représentants de toutes les professions de santé et de divers contextes aurait été pertinent. Cependant, si la méthodologie Delphi, adoptée dans cette étude, privilégie une diversité de profils, elle nécessite également un langage commun étant donné qu'elle limite les interactions directes entre les participants et les chercheurs. Par conséquent, un choix stratégique a été opéré pour diversifier les perspectives contextuelles en visant un consensus à l'échelle internationale, tout en affinant le champ d'étude sur un profil spécifique, celui du médecin, et sur un segment particulier, celui du cadre académique.

Les chercheurs ont émis l'hypothèse que certaines attitudes et compétences cruciales du médecin engagé en RSS pourraient également être pertinentes pour d'autres professionnels de santé. Par ailleurs, ils ont présumé que le curriculum de formation devrait être le plus universel possible, un diplôme devant être valable d'un pays à l'autre, justifiant ainsi la recherche d'un consensus à portée globale. De ce fait, les experts invités provenaient principalement d'institutions académiques spécialisées dans la formation des médecins, sans sélection fondée sur leur expertise du concept de RSS. En conséquence, les réponses recueillies au cours de cette recherche reflètent essentiellement ce que les experts conviés envisagent comme profil

pragmatique pour les praticiens en exercice. Ce consensus, tout en étant un jalon significatif, pourrait être enrichi par l'implication complémentaire des divers acteurs du pentagone ainsi que par la contribution de spécialistes chevronnés dans le domaine de la RSS. Une contextualisation semble donc incontournable aussi bien pour impliquer les autres acteurs du pentagone que pour adapter ce profil aux réalités concrètes du terrain. Ainsi, en évoquant des dimensions telles que l'éco-responsabilité ou la santé durable, certains experts soulignent la nécessité de priorisation, notamment dans les pays où les ressources sont limitées et où les médecins sont en sous-effectif. Cela suppose donc d'accepter le fait que son application devra tenir compte des conditions et capacités locales. De plus, dans certains pays, la formation des médecins intègre déjà certaines de ces compétences, les considérant comme fondamentales. Il convient alors de reconnaître et de valoriser ces spécificités locales dans la quête d'une formation médicale véritablement pertinente et efficace.

Forces et limites

La crédibilité des résultats d'une enquête Delphi repose sur le choix des experts, la clarté des questions et la capacité à engager à chaque tour la majorité des experts invités. La décision de procéder à un premier tour entièrement qualitatif a permis de faire émerger spontanément les avis des experts de la formation médicale issus de pays différents de la francophonie, relativement à un concept encore difficile à mettre en place du point de vue de la pratique professionnelle et de la formation des médecins. Il s'agit d'une des forces de l'étude, bien que cette décision réduise à deux tours le vote sur les énoncés. La possibilité de faire un quatrième tour avait été annoncée, mais l'analyse des écarts interquartiles a confirmé que cela n'était pas nécessaire.

Le taux de participation est resté élevé tout au long de l'étude. En fait, le consensus a émergé assez rapidement et force est de constater que la distribution des réponses était asymétrique en faveur des réponses positives. Il est possible que le choix d'une échelle de Likert à six positions ait limité la capacité de faire émerger des subtilités dans les réponses, mais la décision fut prise en se fondant sur les pratiques recommandées pour ce genre d'enquête (7).

On ne peut exclure la présence d'un certain biais de désirabilité sociale pour certains énoncés, mais on voit tout de même émerger un manque de consensus sur certaines questions comme celle de l'engagement de tous les médecins dans la sphère politique et celle de la responsabilité à l'égard des enjeux environnementaux.

On peut s'interroger sur la représentativité du panel d'experts participants. La distribution entre les régions est assez proche de la distribution des facultés de médecine de la francophonie, bassin de référence, mais il est clair que les participants sont majoritairement des hommes appartenant au groupe d'âge le plus élevé et occupant des postes universitaires. Ceci est en revanche probablement le reflet de la réalité dans certaines des régions visées. Il s'agit d'une étude faite dans les milieux de la francophonie, ce qui limite la transférabilité à d'autres milieux de formation.

Conclusion

Cette étude de consensus permet de mieux appréhender les compétences et comportements des médecins engagés en responsabilité sociale. Un travail complémentaire est nécessaire pour l'enrichir en fonction du point de vue de différents groupes, dont les autres acteurs du pentagone et les promoteurs de la RSS. La mise en application de ce consensus dans un programme de formation nécessite également de le traduire en profil de compétences et de référencer dans chaque milieu de formation les évolutions à apporter en fonction de ce qui existe déjà.

Remerciements

Nous remercions Cécile Ponsar (PhD), dont les précieux commentaires et les critiques constructives ont largement contribué à la rigueur et à la qualité de notre travail.

Références

1. Boelen C, Heck JE. Defining and Measuring the Social Accountability of Medical Schools [En ligne]. WHO; 1995. 32 p. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/59441/1/WHO_HRH_95.7.pdf
2. Boelen C. Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine. Santé publique (Paris). 2011;23(3):247-50.
3. 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):137-45.
4. Hatem M, Sanou A, Millette B, De Rouffignac S, Sebbani M. La responsabilité sociale en santé : référents conceptuels, valeurs et suggestions pour l'apprentissage. Une revue méthodique et systématique de la littérature. Pédagogie médicale. 2022;23(1):27-48.
5. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research Guidelines for the Delphi Survey Technique. J Adv Nurs. 2000;32(4):1008-15.
6. Letrilliart L, Vanmeerbeek M. À la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? Exercer. 2011;99(99):170-7.
7. Drumm S, Bradley C, Moriarty F. 'More of an Art Than a Science'? The Development, Design and Mechanics of the Delphi Technique. Res Soc Adm Pharm. 2022;18(1):2230-6.
8. Von der Gracht HA. Consensus Measurement in Delphi Studies. Review and Implications for Future Quality Assurance. Technol Forecast Soc Change. 2012;79(8):1525-36.
9. Cauli M, Pestiaux D, Denef JF, Millette B. La responsabilité sociale en santé : évolution d'un concept. De l'implication individuelle aux enjeux de développement durable. Pédagogie médicale. 2021;22(1):33-42.
10. Buchman S. Pratiquer la responsabilité sociale. Can Fam Physician. 2016;62(1):24-7.
11. Thoma B, Karwowska A, Samson L, Labine N, Waters H, Giuliani M, et al. Emerging Concepts in the CanMEDS Physician Competency Framework. Can Med Educ J. 2023;14(1):4-12.
12. OMS. Médecins pour la santé. Une stratégie mondiale de l'OMS pour la réorientation de l'enseignement de la médecine et de la pratique médicale en faveur de la santé pour tous [En ligne]. OMS; 1996. 24 p. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/63567>