



La responsabilité sociale en santé : référents conceptuels, valeurs et suggestions pour l'apprentissage. Une revue méthodique et systématique de la littérature

DANS **PÉDAGOGIE MÉDICALE** 2022/1 Vol. 23 , PAGES 27 À 48
ÉDITIONS **EDP SCIENCES**

ISSN 1625-6484

DOI 10.1051/pmed/2022002

Date de mise en ligne : 18/11/2024

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-pedagogie-medicale-2022-1-page-27?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour EDP Sciences.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://stm.cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

La responsabilité sociale en santé : référents conceptuels, valeurs et suggestions pour l'apprentissage. Une revue méthodique et systématique de la littérature

Social responsibility in health science education: conceptual referents, values and suggestions for learning. A systematic review of the literature

Marie HATEM^{1,*}, Aboubakary SANOU¹, Bernard MILLETTE², Ségolène DE ROUFFIGNAC³, et Majda SEBBANI⁴

¹ Université de Montréal, École de santé publique, Département de médecine sociale et préventive, Hygeia, Montréal, Canada

² Université de Montréal, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Montréal, Canada

³ Université catholique de Louvain, Faculté de médecine et médecine dentaire (MEDE), Secteur des sciences de la santé (SSS), Centre académique de médecine générale (CAMG), Bruxelles, Belgique

⁴ Département de santé publique, médecine communautaire et épidémiologie, Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech (FMPM), Université Cadi Ayyad (UCA), Service de recherche clinique, Centre hospitalier universitaire de Marrakech, Marrakech, Maroc

Manuscrit reçu le 9 mai 2021 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 11 octobre et le 7 janvier 2021 ; accepté pour publication le 11 janvier 2022

Résumé - Contexte et problématique: Certains auteurs datent les références historiques de la responsabilité sociale en santé (RSS) d'aussi loin que le serment hippocratique. De la multitude de termes et définitions, la prédominance de certaines références a mis en exergue ce qu'est cette notion en termes de concepts, valeurs et compétences. **Objectif:** Le but du présent article était de contribuer à l'élaboration, à partir des différentes sources recensées, d'une définition et d'un contenu de la RSS, à utiliser pour la formation du personnel de santé en partant de la question : qu'est-ce qu'un clinicien, un chercheur, un gestionnaire socialement responsable en santé ? **Méthodes:** Une revue méthodique et systématique de la littérature a été effectuée. Les sources de données bibliographiques en ligne explorées couvrent : *Medline, Embase, EBM Reviews et Cochrane Library et Cochrane Database of Systematic Reviews, ACP Journal Club, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Clinical Answers, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Methodology Register, Health Technology Assessment, NHS Economic Evaluation Database, Ovid Medline*[®]. **Résultats :** Parmi 1154 documents identifiés, 127 ont été retenus. La RSS se réfère prioritairement à la prise en compte des besoins des communautés. La documentation de l'OMS a servi de référence à 45 % des définitions et 40 % des valeurs. Seuls deux écrits évoquaient la durabilité environnementale. **Discussion et conclusion :** Une notion de RSS à promouvoir intégrerait les engagements et concepts développés dans le domaine de la santé, les valeurs humaines, les compétences professionnelles, les questions de comptes à rendre en matière économique et la durabilité.

Mots clés : responsabilité sociale en santé, redevabilité sociale, réactivité sociale, socialement responsable, valeurs, compétences, pédagogie

Abstract. Background: Some authors date the historical references of social accountability in health as far as the Hippocratic oath. The various terminologies and definitions in use highlight a specific understanding of the issue in terms of concepts, values and skills. **Objective:** The aim of this article was to contribute to the development, from various scientific sources, of a definition and content of social accountability in health to be used for training health personnel using the initial research question: what is a socially responsible clinician, researcher or health manager? **Methods:** A systematic literature review was used. Online bibliographic data

*Correspondance et offprints : Marie HATEM, Université de Montréal, École de santé publique, Département de médecine sociale et préventive, 7101, avenue du Parc, H3N 1X9 Montréal – Bureau 3149C.P 6128, succursale Centre-ville Montréal (QC), Canada H3C 3J7. Mailto: marie.hatem@umontreal.ca.

sources namely Medline, Embase, EBM Reviews and Cochrane Library and more specifically the Cochrane Database of Systematic Reviews, ACP Journal Club, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Clinical Answers, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Methodology Register, Health Technology Assessment, NHS Economic Evaluation Database, Ovid Medline[®] were searched. **Results:** Out of 1154 documents identified, 127 were analyzed. Social accountability primarily refers to taking into account the needs of communities. Up to 45% of the definitions and 40% of the values mentioned referred to those proposed by the WHO. Only two references mentioned environmental sustainability. **Discussion and conclusion:** A notion of social accountability in health integrating various engagements and concepts developed in the health sector, human relation values, professional skills and issues of economic account and sustainability is to be promoted.

Keywords: social responsibility, social accountability in health, social responsiveness, socially responsible, values, competences, pedagogy

Introduction

Les institutions de formation en santé doivent à la société, selon les contextes, l'environnement sain, les normes et régulations, les financements issus des impôts et l'autonomie institutionnelle qui leur permettent de mener leurs activités. En acceptant ces bénéfices de la société, elles s'engagent dans un contrat implicite à travailler et à éduquer les étudiants pour le bien de tous [1,2]. Cela signifie qu'elles doivent assumer, de façon volontaire, un certain degré de responsabilité et de redevabilité vis-à-vis de la société et des questions de santé de la communauté [3]. Ainsi, les institutions de formation et de services en santé sont amenées à se questionner et à être questionnées quant à leur place dans la société et à leurs responsabilités vis-à-vis des populations qu'elles desservent. Il en va de même pour le professionnel de santé.

La responsabilité sociale en santé (RSS) a des racines historiques; le serment hippocratique et bien d'autres écrits peuvent être considérés comme des références à cet égard [4–6]. Dans le secteur économique, le concept de responsabilité, émergeant dès la fin des années 1800 et le début du xx^e siècle, a dû attendre 50 ans pour connaître un vrai développement dans les années 1950 [7–9]. Durant cette période, la responsabilité sociale défendait la recherche d'une compatibilité entre l'atteinte des objectifs d'activité et de performance des structures, et le respect des valeurs et des bénéfices sociaux, constamment renouvelés au goût des préoccupations sociétales. Il faudra encore attendre presque 50 autres années pour que cette notion re-imprègne le milieu de la santé, notamment par le biais de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui en donne une définition au milieu des années 1990 [10]. La RSS est présentée comme un nouveau paradigme et une des balises contribuant à encadrer la bonne formation, la recherche et la gouvernance de la structure ainsi que le comportement du soignant. Le concept questionne surtout les valeurs et la place dans la société des structures de production du savoir, des soins et des professionnels de santé [10–12].

Les termes utilisés pour aborder les questions de la RSS sont nombreux et les préférences terminologiques changent selon la langue utilisée. Ainsi, on peut rencontrer, en français, des termes comme imputabilité sociale,

redevabilité sociale ou responsabilité sociale et, en anglais, les termes de *social accountability*, *social responsibility* et *social responsiveness*. De même, les définitions qui s'y rattachent peuvent avoir différents points d'emphase et différents concepts piliers. L'analyse de la notion de RSS nécessite donc un examen conséquent de ces différentes perspectives. Une mise en évidence des valeurs spécifiques en rapport avec celles souvent considérées comme universelles [10,13] et avec des compétences fondamentales [14] à développer chez les étudiants et les travailleurs en santé semble nécessaire pour l'orientation des acteurs et des structures intéressés à développer ces capacités et dispositions.

Le présent article se propose de relever les suggestions faites pour ces volets en analysant, à travers les écrits disponibles :

- les terminologies utilisées et les définitions faites de la RSS ;
- les concepts piliers et les valeurs centrales de la RSS ;
- les compétences, capacités/manifestations attendues des intervenants de santé socialement responsables ;
- les suggestions et stratégies d'enseignement et d'évaluation de la RSS.

Méthodes

Procédures et sources documentaires

Une revue systématique de la littérature a été conduite par une équipe de chercheurs internationaux multidisciplinaires, membres du « groupe de travail sur la formation à la responsabilité sociale en santé » du Réseau international francophone pour la responsabilité sociale en santé (RIFRESS). Le groupe a adopté une approche fondamentalement interprétative et réflexive [15]. Chaque membre s'est vu assigner au moins un thème spécifique de la revue pour l'extraction des informations selon une grille de lecture préétablie et validée par l'équipe. La vérification des extraits a été réalisée par deux membres de l'équipe et la validation des synthèses a été faite par tous les membres. Conformément aux démarches usuelles de revue, un objectif et une question de recherche ont été discutés pour l'organisation et l'orientation de l'activité réelle de recherche documentaire [16,17]. La question de recherche

de base était : « *Qu'est-ce qu'un clinicien, un chercheur, un gestionnaire socialement responsable en santé ?* ». Le but final de l'activité était de contribuer à l'élaboration, à partir des différentes sources disponibles, d'une définition et d'une compréhension de la RSS à utiliser pour la formation du personnel de santé.

Les sources utilisées étaient constituées par tous les travaux publiés en langue française ou anglaise, répertoriés dans les bases de données bibliographiques en ligne *Medline*, *Embase*, *EBM Reviews* et *Cochrane Library* et *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *ACP Journal Club*, *Database of Abstracts of Reviews of Effects*, *Cochrane Clinical Answers*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Methodology Register*, *Health Technology Assessment*, *NHS Economic Evaluation Database*, *Ovid Medline*[®]. Les listes de références de certains articles et documents ont aussi permis d'identifier certains travaux supplémentaires considérés comme pertinents pour la recherche.

L'inclusion des documents

Les études et les écrits fournissant une définition ou des explications identifiables de la notion de RSS ont été pris en compte. La période de publication s'étendait de 1995 à 2019. Les mots-clés et termes de base, et les termes connexes utilisés pour la recherche des documents étaient : – « responsabilité sociale », « *social responsibility* » et « *social accountability* ».

Ils ont été intégrés dans divers procédés et regroupements combinatoires comme :

- personnel ou professionnel ou ressources humaines en santé ou *professional* ou *health human resources* ;
- *health formation* ou *education* ou *training* ;
- compétences ou capacités ou *competencies* ou *capabilities* ou *skills* ou *abilities* ;
- valeur ou mission ou *value* ;
- apprentissage ou *learning* ou *coaching* ou *tutoring* ou *apprenticeship* ;
- *health* ou santé ou *medical* ou *medicine*.

Les requêtes utilisant les mots-clés individuels ont donné un grand nombre de documents qui a été réduit après l'application des différentes combinaisons. L'application de critères d'inclusion a permis de déterminer l'éligibilité finale des travaux. Ces critères étaient au nombre de trois :

- la langue (anglais ou français) ;
- la mention dans le titre ou dans le résumé de la responsabilité sociale ou de « *social accountability* » ou de « *social responsibility* », etc. ;
- le domaine de la santé.

Une recherche manuelle a été couplée à la sélection informatisée. Les chercheurs ont procédé à une revue de l'ensemble des travaux pertinents identifiés en vue de constituer la liste finale des documents à inclure. Une attention particulière a été apportée aux travaux traitant de la formation ou de l'éducation, sans toutefois y limiter la recherche. Certains travaux sur le sujet de la

responsabilité sociale en entreprise ont été utilisés à titre informatif dans la mesure où les concepts, techniques ou stratégies sont transférables au domaine de la santé. Une précision plus fine des termes et des objectifs de la revue de littérature a permis de résoudre les différences de point de vue des auteurs sur l'inclusion ou non des différents documents dans l'analyse finale, ce qui est une démarche souvent nécessaire dans les revues [18,19].

Analyse des données et présentation des résultats

L'extraction, l'organisation et l'analyse de données ont été faites à l'aide des logiciels Nvivo, Excel et Word et par traitement « manuel ». Les extraits expressifs ou explicatifs des définitions ont été identifiés en combinant l'approche de codification de Nvivo et l'analyse thématique manuelle du corpus textuel des documents. Des tableaux Excel ont été utilisés pour organiser et quantifier le nombre de travaux dans lesquels les termes clés et concepts sont rapportés. La compilation et la catégorisation des informations sous Excel ont été faites selon les éléments suivants :

- auteurs, affiliations et professions ;
- type de documents (recherche, opinion, revue de littérature, etc.), devis/méthode ;
- définition de la responsabilité sociale ;
- capacités/manifestations attendues de l'intervenant de santé socialement responsable ;
- rapport d'expériences d'apprentissage de la RSS ;
- suggestions de stratégies d'apprentissage de la RSS ;
- modalités et critères d'évaluation suggérés. Le résultat de cette étape était une compilation de citations et résumés de contenus issus des documents.

Les informations compilées ont été ensuite analysées et synthétisées afin de faire ressortir les différents concepts piliers de la RSS. Les concepts récurrents et ceux en émergence (pertinents mais non initialement retenus) ont été mis en exergue. Diverses catégories et référents thématiques ont pu être identifiés et comptabilisés. Les produits des différentes analyses ont été résumés sous forme de tableaux, comme suggéré par certains auteurs [20], et de graphiques, pour faciliter la présentation des informations. Les références bibliographiques ont été intégrées aux tableaux pour alléger le texte.

La sélection des documents

Au total, comme présenté sur la [figure 1](#), 1154 documents, ont été examinés. À la suite du premier tri, 10 doublons ont été supprimés de la liste initiale. Au second tri, 989 documents qui ne correspondaient pas aux trois critères d'éligibilité ont été exclus, aboutissant à 155 travaux pertinents par rapport à l'objectif de la recherche documentaire. Un troisième tri par l'évaluation préliminaire du contenu a identifié 28 travaux comme non spécifiques de l'objectif. Ces documents ont été exclus de la liste prioritaire pour l'extraction des données. Le travail d'analyse a porté sur 127 documents considérés comme pertinents pour l'objectif de cette revue.

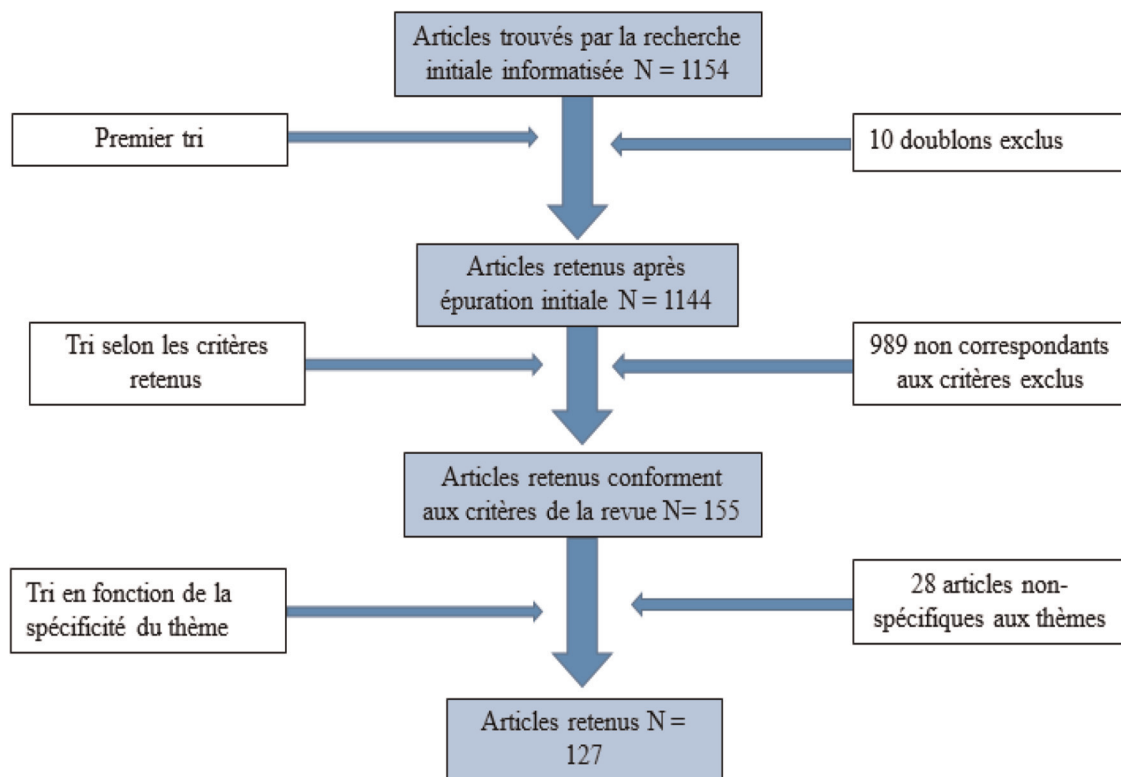


Figure 1. Schéma du processus de sélection des documents.

Résultats

Terminologie, définitions de référence et définitions subsidiaires de la responsabilité sociale en santé

Terminologie

Les termes évocateurs de la RSS sont principalement au nombre de trois :

- responsabilité sociale, traduit par *social responsibility* en anglais. De perspective à long terme, elle se rapporte, pour une structure ou pour l'acteur de santé, à la perception autocentrée de son devoir de répondre aux besoins de la société. Ce terme était plus souvent utilisé dans les documents en français. Dans l'ensemble des documents en anglais, le terme *responsibility* ne vient dans les définitions que trois fois, souvent accompagné de « *accountability* » qui l'explique ou duquel il est différencié [10,21,22] ;
- imputabilité sociale/redevabilité sociale, qui rend compte du terme *social accountability* en anglais. Cette notion est la plus utilisée dans les travaux en anglais se rapportant à la RSS. Elle exprime l'idée pour les structures de formation et le soignant de rendre des comptes à sa société ;
- réactivité sociale, qui se traduit par *social responsiveness* en anglais. Rapporté en *responsiveness* ou *responsive*, ce terme ressort dans 12 documents consultés. Il traduit l'idée que, dans un cours d'action, la structure de formation en santé et le service de santé comme le prestataire de soins doivent être en mesure d'apporter des réponses à des nécessités spécifiques de la société. Ils

doivent être des réponses à des aspirations et besoins sociaux spécifiques, relevant de leurs contextes sociaux historiques et géographiques [23–26].

Les définitions de référence et définitions subsidiaires de la responsabilité sociale en santé

La définition donnée par l'OMS [10] de la notion de RSS a été utilisée comme référence par 48 des 107 auteurs (45 %) ayant fourni une définition spécifique par laquelle ils orientaient leurs travaux. Cette définition, qui a surtout ciblé les facultés de médecine, suggère que la redevabilité sociale est l'obligation que doivent avoir les facultés de médecine d'orienter leurs activités de formation, de recherche et de service vers la résolution des problèmes prioritaires de santé de la communauté, de la région et/ou du pays qu'elles ont le mandat de desservir. Les problèmes de santé prioritaires doivent être identifiés conjointement par les gouvernants, les organismes de santé, les professionnels de la santé et les populations. Le terme utilisé dans cette définition est celui de redevabilité. Cependant, les auteurs qui l'utilisent en donnent un contenu étendu qui va au-delà de la redevabilité et couvre même la définition de la réactivité.

Le réseau *Training for Health Equity Network* (THEnet), de son côté, définit la RSS en amendant la définition de l'OMS. Il suggère que les établissements qui forment les agents de santé conçoivent leurs activités d'éducation, de recherche et de services pour répondre aux besoins de santé des communautés qu'ils desservent avec

des priorités définies conjointement par le gouvernement, les prestataires de services et autres concernés, y compris les populations les plus démunies [27,28].

Quant à l'Association des facultés de médecine du Canada, elle aussi se réfère à la définition de l'OMS dans le document de Santé Canada qui stipule que : la pertinence des activités sous-entend que les facultés de médecine, ensemble avec les gouvernements, la profession et d'autres intervenants majeurs du système de santé, abordent systématiquement les besoins prioritaires, incluant l'accessibilité aux services, la formation de la combinaison et du nombre approprié de médecins, et leur répartition géographique nécessaire pour rencontrer les besoins de la communauté [11].

Plusieurs définitions subsidiaires et des définitions de travail de la RSS ont été utilisées par les auteurs. En général, elles font référence aux besoins prioritaires et aux services à la communauté, à la région ou à la nation mais aussi aux questions d'équité et de justice.

Les concepts piliers de la responsabilité sociale en santé

Les concepts centraux qui sont ressortis des définitions et descriptions de la RSS ont été regroupés en six grands thèmes à savoir : (1) l'accent sur la communauté ; (2) les préoccupations sociales et éthiques ; (3) la collaboration ; (4) les habiletés et attitudes ; (5) la santé et le système éducatif ; (6) l'impact et les résultats (Tab. I).

Au total, la revue note que 123 références (97 %) mentionnaient la nécessité de mettre l'accent sur la communauté. Parmi ces références, 72 se rapportaient au fait de prendre en compte les besoins des communautés, 36 évoquaient l'idée de rendre service à la communauté et 15 l'importance des bénéfiques pour les individus et la population. Les préoccupations sociales et éthiques ont été mentionnées dans 59 références (46,5 %). Parmi celles-ci, 24 documents font ressortir les considérations éthiques, morales et sociales, 20 la nécessité de prendre en compte la justice sociale et la vulnérabilité des populations, 13 les déterminants de la santé et du contexte et 12 l'équité, morale et sociale. Le concept de la collaboration est mentionné dans 70 (55 %) documents. La collaboration est évoquée en termes de participation active de la population dans 45 documents, de partenariat et collaboration dans 18 références et d'intersectorialité dans sept références. Cette collaboration implique le gouvernement, les décideurs politiques, les gestionnaires de la santé, les professionnels de santé, les institutions académiques et les communautés. Elle prône, en premier lieu, la nécessité de procéder conjointement à la détermination des besoins et à la planification. Les éléments relatifs aux habiletés et attitudes ont été évoqués 93 fois en termes de communication, de sensibilisation et intérêt, de connaissances, compétences techniques, d'émotions, valeurs, réflexion (sentiment), de respect/comportement envers les autres (agir), de leadership, d'engagement/autonomisation et de

performance. La relation entre santé et système éducatif est ressortie dans 37 (29 %) travaux. Dans 17 cas, il s'agit de questions relatives à la durabilité et au développement du système de santé et son adaptation aux changements ; dans 15 cas, les propos se rapportaient aux questions de qualité, à savoir l'amélioration de la qualité du système de santé et de la qualité de l'éducation, y compris par l'accréditation. Dans cinq cas, il s'agit de questions d'accès, notamment l'accès de populations marginalisées aux écoles de médecine et à la santé. L'impact et les résultats des interventions en RSS ont été abordés 52 fois dans les écrits sous les thèmes de l'évaluation/impact (28 fois), de la responsabilité (15 fois), de la pertinence (7 fois) et de l'efficacité (5 fois). Les informations discutées se rapportaient à la nécessité d'aboutir à des résultats en termes de satisfaction des besoins des populations, d'éducation et de politiques.

Les valeurs centrales de la responsabilité sociale en santé

Au total, 25 documents (19 %) ont rapporté 36 concepts, expressions ou regroupements de concepts classés au titre des valeurs. Ces valeurs, au terme de l'analyse thématique des extraits de textes, ont été regroupées en cinq catégories, à savoir : (1) les valeurs de la RSS selon l'OMS ; (2) les valeurs morales, éthiques et relationnelles ; (3) les valeurs professionnelles ; (4) les valeurs philanthropiques ; et (5) les valeurs de la durabilité (Tab. II).

Au titre des valeurs de la RSS selon l'OMS, les auteurs font ressortir toutes les quatre valeurs à savoir, la pertinence, la qualité, l'efficacité et l'équité. Au nombre des évocations, on note que les valeurs relatives à la RSS sont tout d'abord l'équité évoquée 14 fois, l'efficacité et la qualité évoquées 10 fois chacune, la pertinence (9 fois). Les valeurs morales, éthiques et relationnelles ressortent dans 14 concepts ou regroupements de concepts. La RSS fait ainsi appel à l'altruisme et au respect, considérés comme importants (concepts évoqués six fois chacun). Les valeurs de la RSS se rapportent aussi à l'intégrité, aux approches centrées sur les personnes et sur les diversités. Les valeurs professionnelles et de service ont été répertoriées à travers 15 mots ou expressions. Il s'agit tout d'abord de valeurs comme la responsabilité et l'excellence, citées quatre fois chacune. Il y a aussi les valeurs de l'auto-détermination du professionnel et de la responsabilité professionnelle.

Au titre des valeurs philanthropiques et civiques, deux cas ont été considérés, à savoir l'offre d'assistance et l'engagement civique. Tout comme les précédentes, les valeurs de la durabilité sont ressorties dans deux documents. Elles se rapportaient à l'amélioration continue et à la durabilité environnementale. Comme le montre la figure 2, les valeurs les plus évoquées par les auteurs sont celles proposées par l'OMS. En effet, sur 109 itérations relatives aux valeurs de la RSS, presque 40 % faisaient référence aux valeurs suggérées par l'OMS.

Tableau I. Concepts principaux et contenus explicatifs relatifs à la responsabilité sociale en santé dans les documents.

		Focus sur la communauté		
	Contenus	Code des références	Totaux	
Besoins de la communauté	Parvenir à un système de soins de santé qui reflète la diversité et les besoins de la population	[22]	1	
	S'attaquer aux préoccupations de santé/besoins/demandes de la communauté/nation/région/population	[5,21-24,28,30,32,38,39,51-92]	53	53
	Plaidoyer pour les besoins des autres Programmes, curriculums de formation (etc.) et professionnels de la santé qui répondent aux besoins sociétaux	[93,94]	2	
		[48,86,88,95,96,97,98]	7	
	Au-delà de la conscience et des intentions de répondre aux besoins d'une communauté ou d'une société	[84]	1	
	Le contenu évolue avec l'évolution des attentes et des besoins sociaux	[99]	1	72
	Démontrer à eux-mêmes et à leur public qu'ils répondent aux besoins des communautés qu'ils desservent	[64]	1	
	présentement et dans le futur Identification des besoins et défis sanitaires prioritaires de la société	[54,71,84]	3	
	Un soutien public aux besoins des autres qui réitère les problèmes sociaux	[93]	1	
	Une politique gouvernementale réactive et appropriée avec le financement et les ressources	[77]	1	
	Volonté et capacité de s'adapter aux besoins des patients et des systèmes de soins de santé	[98]	1	
	Activités qui contribuent au bonheur, à la santé, au bien-être et à la prospérité d'une communauté	[2,43,75,100,101]	5	
	Bénéfice pour l'individu et la communauté	[23,56,102]	3	
Bénéfice pour l'individu et de la communauté	Preuve que leurs actions ont un impact positif sur la santé et la vie des gens	[103]	1	15
	Les professionnels (diplômés médecins et autres) s'engagent pour la santé et le bien-être de chaque patient et de la société	[48,75,79,104]	4	
	L'action de l'école profitera en partie à la communauté locale	[103]	1	
	Activités qui contribuent au bonheur, à la santé, au bien-être et à la prospérité d'une communauté	[128]	1	
	Servir la communauté	Mandat de servir la communauté	[23,24,28,32,38,51,52,54,55,56,57,58,59,60,62,63,64,65,67,71,72,74,76,78,80,82,84,85,86,87,88,89,90,91,92,105]	35
Obligation des établissements d'enseignement de servir la santé de leurs communautés		[101]	1	

Tableau I. (suite).

		Préoccupations sociales et éthiques		
	Contenus	Code des références	Totaux	
Justice sociale et population vulnérable	Attention particulière au milieu rural (formation et pratique professionnelles)	[95]	1	
	Attention aux communautés autochtones (formation des ressortissants ; services à la population)	[95,106]	2	
	Mettre en place un système de soins de santé qui reflète la diversité et les besoins de la population	[22]	1	
	Se concentrer sur les communautés médicalement mal desservies/défavorisées/vulnérables (autochtones, groupes minoritaires, populations ethniquement et linguistiquement diverses, zones reculées et pauvres)	[107]	1	
	Placements cliniques formels dans les communautés et dans les services de santé gérés par la communauté	[38,66,67,71,76,78,80,82,95,96,106]	12	
	Améliorer la qualité et la performance des prestataires de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire	[76]	1	
	Réflexion sur la nécessité de protéger le fragile, le vulnérable, le périssable	[69]	1	
	Contribuer au développement d'un système de santé efficace, équitable et durable	[108]	1	
	Égalité des possibilités	[54]	1	
	Se concentrer sur la justice et les disparités/inégalités	[108,109]	1	
Équité	Liens entre l'autonomisation des communautés, la justice sociale, l'équité et la santé	[75,80,91,96]	4	
	Étroitement lié à un certain nombre de construits humanistes, y compris les droits de l'homme, la justice sociale et l'engagement communautaire	[76]	1	12
	Poursuite ou atteinte de l'équité dans la société	[94]	1	
	Promouvoir la santé de tous les publics	[59,67,110]	3	
	Dimension éthique et pratique	[89]	1	
	Préoccupation fondamentale de ce qui est juste en ce qui concerne les questions sociales, morales et éthiques	[99,105,107]	3	
	Sécurité et préservation de l'environnement	[22,71,75,93,108,109,111]	6	
	Approches fondées sur les droits de l'homme	[105,111]	2	
	Gestion des ressources humaines	[69,94,111,112,113]	5	24
	Principe : précaution	[107,111]	2	
Préoccupations éthiques/morales/sociales	Principe : liberté d'expression	[103]	1	
	Principe : consentement éclairé (libre, volontaire)	[103]	1	
	Principe : ne pas nuire	[103]	1	
	Contrat social	[103]	1	
		[71,88]	2	

Tableau I. (suite).

Déterminants de la santé/ Contexte	Reconnaître et traiter les déterminants sociaux de la santé et les problèmes sociaux Focus sur le contexte culturel, politique et social spécifique à la population qu'ils desservent	[30,45,48,79,88,89,90,94,110]	10	3
	Attention particulière au milieu rural (formation et pratique professionnelle)	[30,90,114]	3	

Collaboration				
	Contenus	Code des références	Totaux	
Participation active de la communauté	Participation active du gouvernement, des décideurs, des gestionnaires de la santé, des professionnels de la santé, des établissements universitaires et des communautés	[78,79,84,90,101,114]	4	45
	Participation active de la communauté/des citoyens	[21,43,50,55,69,77,91,112,115]	9	
	Identifié conjointement avec la société comme priorité pour le présent et le long terme	[3]	1	
	Importance du plaidoyer communautaire	[38,69]	2	
	Implication de la communauté dans l'identification des besoins, l'établissement des priorités et l'établissement et l'évaluation de nouveaux modèles de pratique	[21,22,63,72,97,109,116]	7	
	Problèmes de santé prioritaires identifiés conjointement par les gouvernements, les organisations de soins de santé, les professionnels de la santé et le public	[5,24,28,52,54,55,56,58,60,62,64,65,67,76,80,84,88,91,92]	20	
	Travail en équipe	[30]	1	
Partenariat/ collaboration	Volonté d'améliorer le pouvoir des utilisateurs de services et la responsabilité	[69]	1	18
	Collaboration/partenariat	[56,64,69,79,80,84,90,92,95,101,102]	10	
	Collaboration entre le gouvernement, les organisations de services de santé et les communautés	[5,24,78,79,101]	5	
	Gouvernance participative	[69]	1	
	Promotion d'une confiance mutuelle entre la profession et le public	[75,90]	2	
	Responsabilité et interaction dans toutes les professions et organisations de la santé (services cliniques, formation et recherche)	[22,39,80,114]	4	
Intersectorialité	Collaboration interprofessionnelle	[30,64,101]	3	7

Habilité et attitudes				
	Contenus	Code des références	Totaux	
Communication : compétences et ressources	Communication avec les patients, le personnel de santé et les collègues	[95,112]	2	9
	Communication comme compétence relationnelle	[102,117]	2	
	Utilisation habituelle et judicieuse des ressources : communication, connaissances, compétences techniques, raisonnement clinique, émotions, valeurs et réflexivité	[102]	1	
	Informers les citoyens de leurs droits, des services et avantages auxquels ils ont droit	[112,113]	2	

Tableau I. (suite).

		Habileté et attitudes			
	Contenus	Code des références	Totaux		
Conscience et intérêt	Notification (éducation ciblée ; attentes des patients)	[81]	1		
	Plaidoyer communautaire	[81]	1		
	Éveiller les consciences et l'intérêt pour la médecine générale	[95]	1		
	Compétences en éveil sociale (prise de perspective et empathie)	[38,88,93,94]	4	8	
	Prise de conscience : relation entre les hiérarchies sociales, la bonne santé et les soins de santé	[117]	1		
	Focus sur l'acquisition de compétences et des habiletés	[23,82]	2		
	Équilibre entre objectivité et subjectivité	[39,88,90,105,110]	5		
	Mélange d'altruisme et de science	[92]	1		
Connaissance, habileté technique (pensée)	Spécialisation et compétence technique accentuées	[91]	1		
	Connaissances, compétences techniques, raisonnement clinique et réflexion	[101]	1		
	Processus continu de réflexivité : habitudes de penser, ressentir et agir	[66,102]	2		
	Formation pratique (rétroaction ; éducation efficace ; modèle de rôle)	[118]	1		
	Construire sur des principes d'excellence, d'humanisme, de responsabilité et d'altruisme : démontré par compétence clinique, communication et compréhension éthique.	[81]	1	18	
	Ensemble d'outils que les citoyens peuvent utiliser pour influencer la qualité de la prestation de services	[107]	1		
	Être digne de confiance et fiable pour améliorer la santé de la société	[113]	1		
	Confiance et crédibilité	[2,71]	2		
	Utilisation de la théorie, de l'expérience et des preuves	[88]	1		
	Objectifs d'apprentissage affectif : attitudes, sentiments, valeurs, comportements, aptitudes sociales, dispositions.	[32]	1		
	Équilibre entre objectivité et subjectivité	[88,117,119]	3		
	Mélange d'altruisme et de science	[92]	1		
	Compétences en conscience sociale (prise de vue et empathie) et aptitudes relationnelles (communication et coopération).	[91]	1		
	Éthique et statut professionnel (internalisation de l'éthique ; amour de l'humain ; statut spirituel ; motivation professionnelle)	[117]	1		
	Procédures, normes et structures formelles et informelles dans un système politique	[81]	1		
	Émotions, valeurs, réflexion (sentiment)	Utilisation habituelle et judicieuse de la communication, des connaissances, des compétences techniques, du raisonnement clinique, des émotions, des valeurs et de la réflexion	[116]	1	13
		Processus continu d'auto-réflexivité impliquant des habitudes de penser, de ressentir et d'agir	[102]	1	
		Principe du professionnalisme : excellence, humanisme, responsabilité et altruisme	[118]	1	
Manifestation : compétence clinique, communication ; compréhension éthique.					
Fournir des soins sensibles, équitables, compétents et de haute qualité		[107]	1		
Renforcer les valeurs humanistes		[110]	1		
Communication avec les patients, le personnel de santé et les collègues		[118]	1		
Respect/comportement envers les autres (agissement)		Objectifs d'apprentissage affectif : attitudes, sentiments, valeurs, comportements, aptitudes sociales, dispositions.	[56,90,117,120]	4	16

Tableau I. (suite).

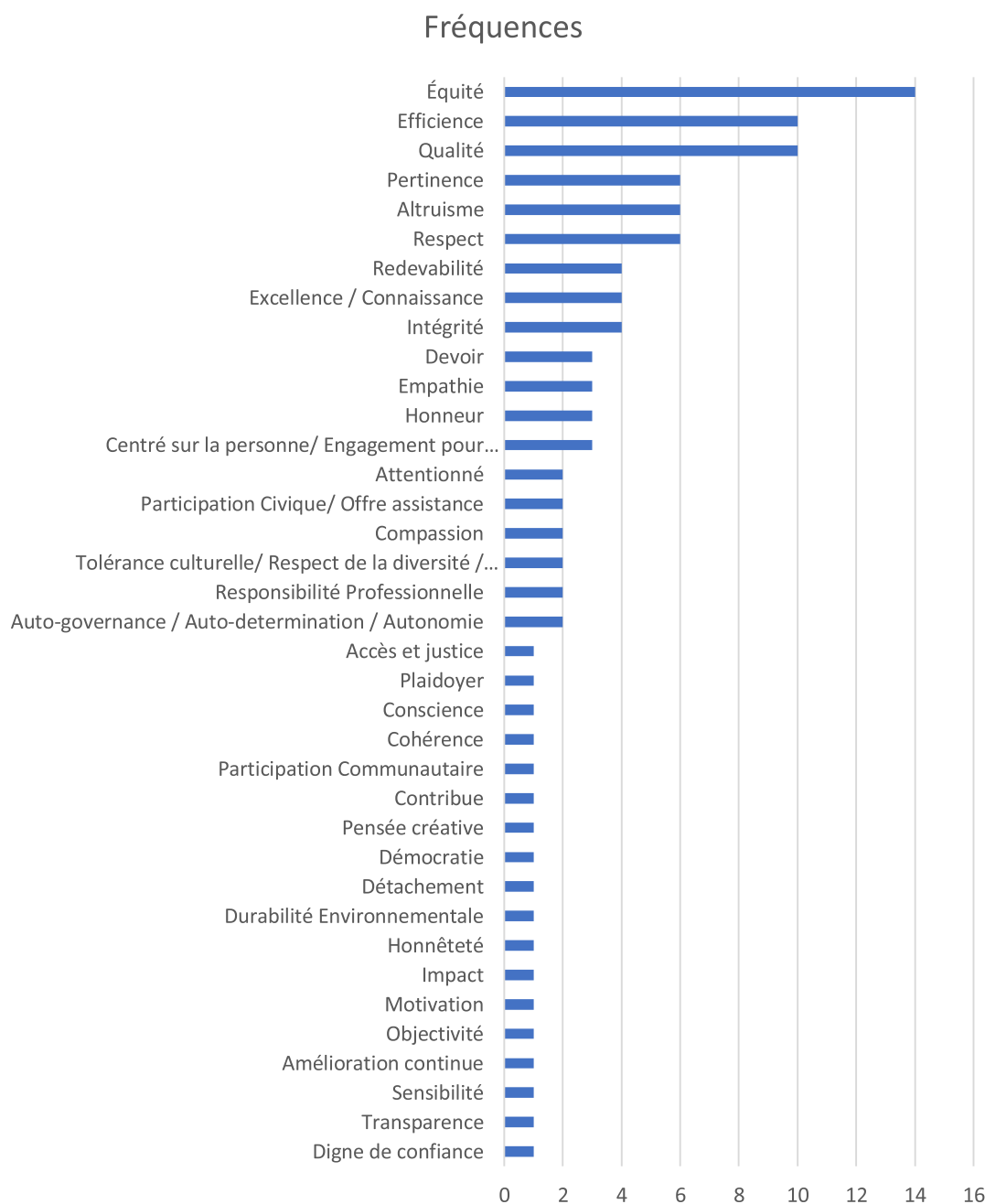
Habileté et attitudes				
	Contenus	Code des références	Totaux	
Leadership	Respect : comportement envers les pairs, les patients et les personnes en position d'autorité	[91,102]	2	
	Habitudes de travail : gestion du temps et du stress	[117]	1	
	Compétences en conscience sociale (prise de vue et empathie) et compétences relationnelles (communication et coopération)			
	Normes de comportement personnelles élevées	[99]	1	
	Promotion d'une confiance mutuelle entre la profession et le public	[118]	1	
	Professionalisme	[75,88]	2	
	Sens des responsabilités (engagement ; souci de la vie humaine ; autogestion)	[22,81,99,107]	4	
	Influence de l'établissement : associé aux institutions de recherche ; maintenir le leadership	[81]	1	
	Chef de file dans les domaines d'intervention de la santé des zones rurales et éloignées, de la santé autochtone et de la médecine tropicale	[95]	1	
	Agent de changement pour l'avenir	[95]	1	
	Intégration des compétences en leadership, administration, gestion et professionnalisme	[38,79,85]	3	
	Leadership et champions partageant des valeurs, une influence politique et une volonté de questionner les paradigmes dominants	[107]	1	
	Non seulement responsable de ce qui relève du pouvoir de la direction de l'école, mais aussi d'essayer d'influencer les choses	[77]	1	
Objectifs d'apprentissage affectif : attitudes, sentiments, valeurs, comportements, aptitudes sociales, dispositions	[98]	1		
Faire preuve d'adhésion et d'engagement	[43,110,115]	3		
Engagement/ autonomisation	Autonomisation des communautés	[21]	1	5
	Sens de responsabilité (engagement ; souci de la vie humaine ; autogestion)	[81]	1	
	Améliorer la qualité et la performance des praticiens individuels et des systèmes de santé	[38,69,113,115]	4	6
Performance	Compétence des médecins	[105]	1	
	Établissement : offrir une éducation de haute qualité	[86]	1	
Santé et système d'éducation				
	Contenus	Code des références	Totaux	
Assurer l'accès	Conscience des besoins de santé des autochtones (endroits sûrs pour étudiants autochtones, les encourager ; désir ardent exprimé : les accueillir et leur offrir du soutien)	[76,95]	2	5
	Assurer l'accès et la qualité du système	[22]	1	
	Informers les citoyens de leurs droits et du statut de la prestation de services	[112]	1	
	Promouvoir la santé de tous les publics	[89]	1	
	Assurer un service de santé de qualité	[22,67,69,95,110,113]	6	
Qualité	Évaluation continue et amélioration de la qualité	[90]	1	15
	Offrir une éducation de haute qualité	[67,86]	2	
	Qualité	[3,61,79,98]	4	
	Accréditation	[39,98]	2	
Durabilité/développement	Adapter le système de santé	[69,79]	2	
	Le contenu évolue avec l'évolution des attentes et des besoins sociaux	[99]	1	17
	Contribuer au développement de la médecine et de la société	[71,79,86,98,118]	6	

Tableau I. (suite).

Santé et système d'éducation			
	Contenus	Code des références	Totaux
	Autonomisation des communautés	[21,76,112]	3
	Favoriser la compétence pour la recherche et l'amélioration	[98]	1
	Leadership et champions partageant : valeurs, influence politique et volonté de contester les paradigmes dominants	[77]	1
	Développement de la qualité	[98]	1
	Développement durable	[54,21]	2
Impacts et résultats			
	Contenus	Code des références	Totaux
Pertinence	Adaptation des programmes de l'établissement en éducation, recherche et soins cliniques	[84]	1
	Diplômés « aptes à travailler »	[71]	1
	Soins pertinents dans le cadre du service communautaire	[43,61,79,87,88]	4
	Variabilité des différents types de professionnels de la santé	[71]	1
	Agrégation des données sur la performance des installations de service	[112]	1
Évaluation/impact	Évaluation de l'impact et de la performance	[23,24,53,54,61,64,79,84,89,91,97]	11
	Évaluation continue et amélioration de la qualité	[90]	1
	Engagement explicite d'obtenir des résultats par ses actions de formation, de recherche et de service	[53]	1
	Évaluation externe et interne de l'impact des interventions institutionnelles	[69,84]	2
	Suivi de l'effet de chacune de leurs actions sur la communauté et l'environnement	[105]	1
Responsabilité	Résultats mesurables et résultats tangibles	[3,43,53,54,55,84,91,97,104,106]	10
	Suivi des services de santé par le public	[114]	1
	Responsabilité envers la profession et la société	[69,99]	2
	Démontrer à eux-mêmes et à leur public qu'ils répondent aux besoins des communautés qu'ils desservent présentement et à l'avenir	[64]	1
	Expliquer les décisions et garantir la réparation des échecs	[3,29,69,103,113,114,116]	7
Efficacité	Tenir responsables : politiciens, décideurs et agents publics	[50,114]	2
	Nécessité de rendre des comptes	[53,91,115]	3
	Contribuer au développement d'un système de santé efficace	[54,110]	2
	Un bon rapport coût-efficacité	[61]	1
	Information et participation : exiger des services publics plus justes et efficaces	[112]	1
	Politique gouvernementale réactive et appropriée avec financement et ressources	[77]	1

Tableau II. Éléments rapportés au regard des types de valeurs relatives à la responsabilité sociale en santé.

Types de valeurs	Éléments rapportés	Références
Valeurs organisation mondiale de la santé	Qualité, équité, pertinence, efficacité	[60,61,69,77,79,81,91,94,99,107,115,120,121,122,123]
Valeurs morales et relationnelles	Tolérance culturelle/respect de la diversité/pluralisme, compassion, centré sur la personne/engagement à l'humanité/service, honneur, empathie, intégrité, respect, altruisme	[24,57,94,99,102,107,117,120,124,125]
Valeurs professionnelles	Responsabilité professionnelle, professionnel attentionné, devoir, excellentes connaissances, redevabilité	[24,69,94,99,102,118,120,124]
Valeurs civiques et philanthropiques	Engagement civique/offre de l'assistance	[94,99]
Valeurs de durabilité	Amélioration continue, durabilité environnementale	[94,125]

**Figure 2.** Distribution des valeurs de la responsabilité sociale en santé tirés des travaux des auteurs. Les chiffres de la ligne inférieure de la figure indiquent le nombre de travaux respectivement dédiés aux différentes notions.

Compétences, capacités et manifestations attendues du professionnel socialement responsable

L'analyse des opinions se rapportant à la RSS en termes de capacités, manifestations et attitudes a été organisée suivant les cinq regroupements suivants (Tab. III).

Le travailleur pouvant pratiquer à titre d'expert professionnel de santé

Au total, 22/127 (17%) documents ont rapporté des éléments relatifs à cette compétence d'expert. À ce titre, le prestataire socialement responsable serait tout d'abord compétent techniquement. Son intervention est pertinente, efficiente et vise l'excellence. Un tel prestataire montrerait plusieurs éléments de valeurs morales, éthiques et relationnelles, dont l'altruisme, la prise en compte des besoins des personnes défavorisées et de leurs référents culturels. Une composante de la compétence du professionnel de santé socialement responsable serait la capacité de communication, d'écoute, de collaboration interprofessionnelle et de partenariats trans-sectoriels.

Le professionnel attentif aux besoins communautaires, notamment aux déterminants sociaux de la santé

Cette compétence se rapporte aux enjeux sociaux de la pratique. Elle ressort dans 13% des écrits consultés. En plus de la prise en compte des questions d'équité et de justice sociale, le prestataire manifesterait son intérêt et sa réactivité par rapport aux déterminants sociaux influençant la santé des patients et des populations. Par des approches collectives d'intervention, un tel prestataire socialement responsable œuvrerait au développement social à partir des communautés avec une considération raisonnée des changements environnementaux.

Le professionnel qui intègre à sa pratique la promotion de la santé et la réduction des risques à la santé

Cette compétence se réfère à la capacité d'anticiper en amont les problèmes de santé des individus et des populations. Un prestataire socialement responsable serait initiateur d'activités de prévention de la maladie et de promotion de la santé aux niveaux individuel et communautaire. Cette compétence est évoquée par deux documents de l'ensemble des écrits consultés.

Le professionnel qui gère sa pratique et son environnement

Cette compétence est également évoquée par deux documents dans l'ensemble des écrits consultés. La compétence attendue du professionnel socialement responsable se rapporterait à sa capacité à promouvoir un cadre de pratique non violent, dénué d'oppression (pour les gens) et un environnement accueillant et chaleureux pour tous [29]. Le prestataire serait capable d'organiser

une pratique inclusive mettant à la disposition des patients vulnérables, les informations et les ressources pertinentes.

Le professionnel qui réalise des actions de plaidoyer et un leadership

La capacité de s'investir dans le plaidoyer est au centre de cette compétence. Elle ressort de 7% des écrits. Elle couvre plusieurs domaines et objectifs, parmi lesquels ceux visant à favoriser la justice sociale, l'accessibilité à la santé pour tous, l'accès à des rémunérations et financements incitatifs, la participation aux recherches. La prise en compte de cette compétence serait nécessaire dans la formation du prestataire.

Suggestions pour l'enseignement et l'apprentissage

Les suggestions d'approches pédagogiques relatives à la RSS sont ressorties de 23 (18%) travaux sous trois aspects : la formation, l'évaluation, le plan de communication et de partenariat (Tab. IV).

La formation à la responsabilité sociale en santé

Elle se présente sous trois aspects : la formation à la RSS dans le cadre de la formation initiale des futurs professionnels, la formation continue et la formation des formateurs à la RSS.

La formation à la RSS dans le cadre de la formation initiale des futurs professionnels

Elle est suggérée par 15 travaux (12%), autant sur le plan théorique que sur le plan pratique. Dans le volet théorique (11 travaux), les auteurs insistent sur la nécessité d'élaborer des contenus de programmes basés sur les compétences à acquérir. Plusieurs approches sont proposées, dont : la vérification des contenus, l'élargissement de la vision par la collaboration avec d'autres facultés, l'évolution en fonction des priorités locales et nationales et des besoins du (futur) professionnel de santé. La cohérence des programmes, les compétences globales de base et optionnelles, la santé préventive, l'apprentissage dans le milieu, la santé communautaire sont aussi évoquées pour le volet théorique. Selon les auteurs, l'université peut procéder par la création de contenu dans le cadre d'un partenariat associant les communautés, la médecine et d'autres disciplines, en adaptant son programme pour la formation des agents de santé communautaire. L'approche pratique, expérientielle, suggérée dans 11 travaux, inclut des séjours prolongés dans les communautés et les services de santé, le suivi longitudinal de familles. Elle permettrait aux étudiants d'être confrontés à la réalité et de prendre ainsi conscience de leurs idées et préjugés. Ces apprentissages expérientiels présenteraient des défis de disponibilité des structures et de supervision.

Tableau III. Types de compétences évoquées par les auteurs relativement à la responsabilité sociale en santé (RSS).

Définitions des compétences : éléments de contenu	Références
<p>1. Pratique à titre d'expert professionnel de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compétent - Vise qualité, pertinence et efficience dans les soins et services - Médecin de famille (MF) – clinicien compétent - MF – relation médecin-patient centrale - Excellence - Fidélité - Fiabilité - Digne de confiance - Respect des gens - Intérêt et offre de service envers le patient, notamment les défavorisés, les marginaux - Altruisme - Dignité humaine - Compassion - Confidentialité - Intégrité - Est conscient des enjeux de pouvoir et des gains secondaires en découlant - Compétence culturelle - Leadership, agent de changement <i>La capacité de communication et de collaboration</i> - Capacité d'écoute, de compréhension - Capacité de collaboration - Capacité de travail interprofessionnel et d'équipe - Établit des partenariats trans-sectoriels 	[2,24,29,30,37,47,54,65,66,73,88,92,100,109,114,125,126,127,128,129,130]
<p>2. Est attentif aux besoins communautaires, notamment aux déterminants sociaux de la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vise l'équité pour tous - Vise la justice sociale - Réactif aux besoins des communautés, de la société - Dépiste la pauvreté - Anamnèse sociale à faire par les médecins de famille pour tous les patients - MF orienté vers la communauté et représentant une ressource pour une population définie - Attention, prise en compte et actions vis-à-vis des déterminants sociaux de la santé - Adopte une approche collective de travail ou d'intervention - Travaille au développement <i>à partir des</i> communautés - Tient compte de l'écologie, des changements environnementaux - [modèle AIDER, une façon d'approcher la RSS : « Assess, Inquire, Deliver, Educate, Respond » (évaluer, explorer, délivre, informer/éduquer, répondre)] 	[5,29,30,54,65,73,82,92,94,100,109,114,127,128,131,132]
<p>3. Intègre à sa pratique la promotion de la santé et la réduction des risques à la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Activités de prévention/promotion de la santé des individus et des communautés 	[5,65]
<p>4. Gère sa pratique et son environnement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cadre de pratique non-violent, dénué d'oppression (pour les gens), environnement accueillant et chaleureux pour tous, - Organisation de la pratique afin de pouvoir aider les patients vulnérables (accueil non discriminant, info, support, mise en lien avec ressources...) - Utilise les outils de gestion et d'évaluation du champ de la santé publique/santé populationnelle) 	[29,129]
<p>5. Réalise des actions de plaidoyers et un leadership</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer requis pour favoriser la justice sociale - Plaidoyer pour la santé accessible et atteinte pour tous - Plaidoyer pour rémunération et financement incitatif - Médecins porte-parole des défavorisés, des marginalisés - Actions individuelles et collectives requises - Participation aux recherches en lien avec les plaidoyers - [nécessité de formation pour être apte à faire des plaidoyers] 	[5,24,88,92,109,114,128,133]

Tableau IV. Approches pédagogiques en matière de responsabilité sociale en santé (RSS).

Domaine et approche pédagogique	Références bibliographiques
Contenus	
(1) Formation 1.a. Formation des futures professionnels <i>Théorique</i> – Contenus liés aux compétences – Intégration d'autres domaines de connaissances – Priorités locales basées sur les données – Cohérence des programmes – Formations optionnelles – Santé préventive et communautaire – Création de contenu en partenariat – Apprentissage contextualisé – Éducation centrée sur l'apprenant <i>Pratique</i> – Système de rotations de personnel – Suivi longitudinal de familles – Apprentissages décentralisés dans la communauté – Apprentissages dans des services de santé – Exposition à des populations défavorisées – Collaboration multidisciplinaire	[21,29,31,32,65,85,86,87,118,123,134] [2,29,32,65,85,86,100,120,123,134,135]
1.b. Formation continue – Contribution à l'amélioration de la santé de la population – Intégration des dimensions du professionnalisme – Intégration des enjeux sociétaux du champ professionnel – Intégration des pratiques individuelles dans des fonctionnements collectifs – Pédagogie basée sur les pratiques – Pédagogie interactive, ou réflexive, centrée sur des situations cliniques – Prise en compte des contextes formels et informels	[30,32,86]
1.c. Formation des formateurs – Développement du corps professoral – Les « experts » sont des enseignants apprenants	[31]
(2) L'évaluation – Prise en compte des besoins et de la compétition aux niveaux locaux, nationaux et internationaux – Sélection équitable et intégrative – Évaluation basée sur le <i>savoir-se-comporter</i> – Évaluation de l'engagement vis-à-vis de la santé globale – Évaluation des activités extrascolaires – Processus d'admission participatif – Évaluation favorisant l'amélioration des compétences – Prise en compte des capacités d'intégration des aspects socioculturels – Évaluation mutuelle enseignants-apprenants – Évaluation des structures en matière la RSS	[2,31,32,39,74,85,86,118,123,135]
(3) Plan de communication et partenariat – Partage d'expérience – Diffusion et plaidoyer sur le projet de RSS – Communication et collaboration autour des projets en RSS – Apprentissage réciproque des acteurs – Amélioration de la réputation des établissements – Partenariat instructif avec les communautés – Projets inclusifs avec un leadership distribué – Les plans inclusifs faisant émergé des idées également de la communauté (« <i>bottom-up</i> ») – Implication des membres de la communauté dans le processus – Curriculum élaboré en collaboration avec les bénéficiaires et les acteurs de terrains	[2,21,31,32,41,48,62,64,65,85,86,87,100,120,134,135,136]

Le développement professionnel continu

Évoqué dans trois travaux, il peut améliorer la santé de la population, pour autant qu'il relève d'une démarche intégrative selon les auteurs: intégration des diverses dimensions du professionnalisme (savoirs théoriques et praxis), intégration des enjeux sociétaux du champ professionnel et intégration des pratiques individuelles dans des fonctionnements collectifs [30]. C'est une pédagogie basée sur les pratiques, mais également une prise en compte de la responsabilité sociale du professionnel de santé [30]. Elle reposerait sur une approche interactive, ou réflexive, centrée sur des situations cliniques dans des contextes formels ou informels.

La formation des formateurs à la RSS

Elle est évoquée en lien avec l'idée que le développement du corps professoral ferait partie d'une pédagogie socialement responsable [31]. Les « experts » deviennent des « enseignants » et sont en même temps des « apprenants », en étant eux-mêmes formés en retour.

L'évaluation dans une perspective de responsabilité sociale en santé

Évoquée dans 10 documents (8 %), l'évaluation dans une perspective pédagogique couvre divers aspects. Selon les auteurs, la sélection des étudiants, faite par un comité composé d'acteurs académiques, d'étudiants et de membres de la communauté, doit prendre en compte l'inclusion de candidats de sous populations mal-desservies et la compétition internationale pour les ressources humaines. L'évaluation des apprentissages privilégiera plutôt l'acquisition d'un savoir-être par des activités extrascolaires (bénévolats, volontariat...). Les auteurs suggèrent que l'évaluation faite en termes de succès/échec devrait être orientée vers l'amélioration des compétences. Le raisonnement clinique des futurs ou actuels professionnels de santé, leurs relations de soins avec les patients, leurs valeurs personnelles, leur éthique, leurs attitudes, leurs sensibilités culturelles et socio-économiques ainsi que leur professionnalisme seraient à prendre en compte. Les auteurs suggèrent que les enseignants et les étudiants s'évaluent mutuellement et évaluent la qualité du programme. L'avis des membres de la communauté serait aussi important. L'évaluation de la responsabilité sociale des institutions d'enseignement utilisant une approche participative inclusive, basée sur les données et jouissant du soutien institutionnel est suggérée. La présence d'organismes d'accréditation bien établis favoriserait la responsabilité sociale des structures [32]. Une structure d'enseignement socialement responsable impliquerait la communauté dans le choix du personnel académique et la détermination des priorités de recherche.

Le plan de communication et le partenariat

Dix-sept documents (13,4 %) suggèrent que le plan de communication des projets et le partenariat mobilisent

aussi des capacités pédagogiques. Le partage d'expérience, permettant de diffuser la vision et les actions en lien avec la RSS et d'en faire le plaidoyer, ferait partie de l'approche pédagogique. La communication et la collaboration autour des projets en RSS visent la durabilité, l'intérêt des parties-prenantes, l'apprentissage réciproque et la réputation des institutions d'enseignement. Les curriculums, dans ces contextes, sont élaborés en collaboration avec les bénéficiaires et les acteurs du terrain. La responsabilité sociale s'étendrait au financement des projets, à l'utilisation optimale des ressources et à une considération sociale des retombées. Selon les auteurs, les projets doivent être inclusifs, avoir un leadership distribué (qui promet la participation de tous) avec une perspective de pérennité et d'implication de tous les acteurs. L'évaluation participative des projets, faite par les professeurs, étudiants et communautés, doit démontrer leurs effets sur les besoins prioritaires des communautés.

Discussion

La littérature recensée et les définitions de la RSS permettent d'isoler des éléments saillants qui servent à la révélation ou à l'identification de ce qui en constitue l'essence et en facilite la compréhension. Selon sa forme, passive, proactive ou active [12,33], la RSS s'exprime à travers plusieurs concepts porteurs qui, selon les auteurs, indiquent ce que doit être la formation, le service et l'offre de santé responsables.

Il faut cependant tenir compte d'un certain nombre de limites de cette synthèse de la littérature. Tout d'abord, il faut souligner la prédominance de certains auteurs ou groupes d'auteurs, dont ceux liés au travail initial de l'OMS sur la définition de la RSS. Beaucoup de nos références sont des analyses ou opinions et non des résultats de recherche, ce qui en réduit les perspectives d'utilisation comme données probantes. Enfin, les critères linguistiques retenus ont conduit à n'inclure que les travaux en français ou en anglais. Nous pouvons néanmoins retenir les points d'intérêt qui suivent.

L'analyse terminologique révèle que les différents termes utilisés (responsabilité sociale – *social responsibility* –, redevabilité sociale – *social accountability* – et réactivité sociale – *social responsiveness*) renvoient, selon les cas, à des contenus différents ou aux mêmes notions [34]. Certes, au regard de la perspective de l'OMS, le terme de redevabilité sociale est à préférer à celui de responsabilité sociale [10]. En français, même si de façon générale le terme le plus utilisé est celui de responsabilité, des choix différents sont parfois effectués, comme par exemple de la part de Santé Canada qui utilise plutôt le terme d'imputabilité [11]. Dans la même ligne, notre revue des contenus explicatifs montre que les auteurs parlent de réalités différentes quand ils évoquent la RSS. Par exemple, si certains auteurs ciblent la satisfaction des besoins locaux par les institutions et les travailleurs [35], d'autres ont des perspectives locales, globales et internationales [36–39]. Ces nuances dans l'énoncé des définitions et l'usage des termes nécessitent un effort

d'élucidation et de consolidation [2], étant donné les divergences de compréhension [2]. La RSS s'adresse aux établissements de formation, aux structures sanitaires ou aux prestataires eux-mêmes [3]. Les perspectives d'enseignement, d'intervention et de recherche/évaluation homogènes couvriraient difficilement tous les champs et surtout toutes les notions concernés [23–25,40,41]. Cependant, il n'est pas certains qu'il soit possible ni pertinent d'opérer un cloisonnement étanche entre ces différents termes théoriques quand il s'agit de passer à la pratique. Dans un désir réel de formation et d'implantation d'une approche de RSS, il nous semble plus judicieux de tendre vers une intégration de ces notions en vue d'optimiser le partage de valeurs entre les différents acteurs concernés du réseau, figurés dans le pentagramme de partenariat [4,6,42] et de couvrir la multiplicité d'intérêts pour la RSS. Bien que chacun de ces termes révèle des connotations spécifiques, ils sous-tendent tous l'idée d'un devoir moral, intellectuel, culturel et matériel de l'institution ou de l'acteur de santé envers la société. Pour mieux marquer la proximité de ces différentes notions, certains auteurs [43] utilisent dans une même et unique définition les mots aux connotations sémantiques proches de ces trois notions [43].

Un travailleur de santé socialement responsable est un professionnel, médecin, infirmier ou autre, qui intégrerait dans sa pratique l'esprit des différentes notions et définitions de la RSS. Un professionnel socialement responsable formé inclurait dans sa pratique les valeurs de pertinence, de qualité, d'efficacité et d'équité, auxquelles il en ajoutera beaucoup d'autres, parmi lesquelles la durabilité de perspective, la durabilité environnementale et un souci de rendre des comptes. Qu'il renvoie à la perspective éthique utilitariste ou à celle de la durabilité [9], le concept de responsabilité sociale renvoie aussi à des valeurs qui peuvent être identifiées et classifiées de diverses façons. Les stratégies d'implantation des activités en vue de promouvoir la responsabilité sociale mettent en avant des valeurs différentes en fonction des impératifs contextuels. Dans certains domaines, on note par exemple que la perception des populations a obligé les organisations et entreprises à évoluer d'approches philanthropiques vers des approches plus stratégiques et intégratrices de la responsabilité sociale [44]. Pour le secteur de la santé, les valeurs suggérées par l'OMS peuvent toujours servir de références fondamentales. Cependant, ces valeurs nécessitent d'être désagrégées et mises à jour pour une utilisation plus instrumentale et individuelle par les professionnels. Par exemple, même si les écrits évoquent l'efficacité, il ressort que les auteurs ont mis l'accent beaucoup plus sur les aspects moraux et techniques, délaissant un peu les aspects de comptes économiques à rendre, plus en lien avec les exigences de meilleurs résultats [10]. Ils ont aussi délaissé les aspects environnementaux et la notion de durabilité qui peut aussi être traduite par des termes comme soutenabilité, pérennité, viabilité ou stabilité. Les auteurs sur la RSS ont privilégié la perspective volontariste, semblant laisser à d'autres les questions de devoir et d'imputabilité économique.

Un professionnel socialement responsable est compétent sur plusieurs dimensions. Les opinions sur les compétences énumérées pour un travailleur de la santé socialement responsable indiquent qu'en général les compétences seraient celles que l'on attendrait dans certains cas d'un professionnel de santé tout court. Certaines aptitudes comme la prise en compte de la durabilité environnementale relèveraient davantage de spécialisations ou de préoccupations plus ou moins connexes aux métiers de santé. La particularité d'un professionnel socialement responsable se situerait surtout au niveau du grand nombre d'activités à mener et du grand effort à déployer au profit de leurs patients pour être socialement responsables [45]. Les préceptes de la RSS sont évoqués le plus souvent pour les écoles de médecine et pour les médecins. La réalisation de toutes les activités nécessite l'implication de tous les membres des équipes. Comme le notent certains auteurs, les problèmes de santé, de même que les considérations pour l'implantation et l'évaluation de la RSS, ont des caractéristiques contextuelles [4,6,34,46]. Dans une perspective globale, il est important de noter que les rôles des infirmiers, des sages-femmes et d'autres professionnels, complémentaires au rôle médical, sont assez importants dans beaucoup de zones, notamment dans les pays aux ressources limitées. Il est évident, de ce fait, que l'inclusion de tous les métiers de santé est importante dans la mise en œuvre de la RSS. Promouvoir la RSS pour tout personnel de santé est donc souhaitable.

Un professionnel socialement responsable met ses compétences au bénéfice de ses patients et de la communauté. Les concepts relatifs à l'importance de prendre en compte les besoins prioritaires de la communauté sont ceux qui sont les plus évoqués dans les définitions et les écrits. Dans cette perspective, la RSS ne se différencie pas beaucoup des diverses stratégies proposées pour promouvoir la santé des populations, l'implication des communautés et la prise en compte de leurs priorités. Ce faisant, nous pouvons dire qu'en dehors des termes de la RSS eux-mêmes, et de la définition proposée par l'OMS, il n'y a pas de termes exclusifs qui en désigneraient sa spécificité, qui la distingueraient. C'est plutôt l'application de l'ensemble des procédés, concepts et valeurs, qui permettrait sa manifestation et son identification dans différents contextes. Cette situation se ressent par exemple par la proximité qu'il y a entre la RSS et le professionnalisme. En effet, on note que le médecin agissant avec professionnalisme n'est pas seulement celui qui est doté du « pouvoir faire » (« *doing* »), mais surtout du pouvoir « être » (« *being* ») [47].

Un professionnel socialement responsable en santé est un membre d'une communauté de pratique responsable. De l'ensemble des écrits, il ressort que l'idée de la responsabilité sociale n'est pas un domaine de monopole intellectuel soumis au rapport unidirectionnel du connaissant vers le récepteur de connaissance. La pédagogie qui en découle est plus celle d'une communauté de connaissance, de pratique, de partenariat et d'engagement. Les approches de gagnant-gagnant, d'enseignant/apprenant, d'évaluation participative impliquant enseignants, étudiants,

prestataires et communautés sont suggérées [2,31,48]. Ces approches donnent de la pertinence aux différents réseaux mis en place pour promouvoir la RSS comme le THEnet, le RIFRESS. L'implantation de l'initiative RSS dans différents cadres pourrait donc bénéficier d'une affiliation à ces regroupements. Des réseaux impliquant des milieux de prestation de soins et la collaboration internationale, comme déjà suggéré [49], pourraient aussi renforcer l'implantation de la RSS, notamment dans les contextes où le continuum enseignement-pratique n'est pas assuré. Les différents projets de développement de la RSS et les plans de communication sont donc naturellement des écoles et des cadres d'apprentissage pour les différents partenaires et pour un acteur socialement responsable.

L'OMS suggère que des outils doivent être développés pour mesurer la réactivité des institutions d'enseignement aux besoins sociaux, à la pratique professionnelle et aux soins de santé [49]. Cette démarche, adoptée par certaines institutions, pourrait se faire en utilisant divers critères définis en fonction de quatre valeurs spécifiques, soit la pertinence, la qualité, le coût-efficacité et l'équité [10]. Prenant en compte les différentes perspectives de la question, et la diversité des priorités et attentes, il est important de savoir quel point de vue des différents acteurs et niveaux concernés – le public, les travailleurs, les niveaux local ou international – est à considérer dans de telles évaluations [12]. Les critères et les cibles de ces évaluations doivent ainsi être déterminées dans un processus collaboratif et transparent, permettant d'améliorer la confiance entre décideurs gouvernants et populations [50]. La responsabilité sociale ne peut être évoquée en dehors du respect des engagements initiaux en matière de santé. Cela implique aussi la satisfaction du niveau minimum en compétences et en offres, ainsi que celle des besoins des populations, dans une perspective équilibrée d'utilisation efficiente et optimale des ressources, pour la qualité et la durabilité et dans le respect de l'éthique. La formation initiale et la formation en cours d'emploi doivent prendre en compte cette perspective, en misant sur le long terme, pour favoriser l'émergence de professionnels socialement responsables. Cela implique une plus grande considération de la formation des formateurs, volet malheureusement insuffisamment couvert par les écrits analysés.

Conclusion

Les termes utilisés pour caractériser la RSS semblent interchangeables lorsque l'on passe du français à l'anglais. Alors que les travaux en français utilisent plus le terme responsabilité, ceux en anglais mettent en avant *accountability*. Cependant, les deux se réfèrent à des contenus théoriques différents même si, en pratique, les actions tendent à se rapprocher. La majorité des travaux se réfèrent à la définition de l'OMS. En conséquence, les concepts, valeurs et compétences qui en découlent sont davantage ceux de la prise en compte des besoins des populations, de la performance, de l'éthique et des qualités

humaines et professionnelles. C'est aussi vers ces aspects que les évaluations sont en majorité orientées. Ce faisant, les travaux ont jusque-là mis beaucoup plus l'accent, respectivement, sur les aspects moraux et techniques, que sur les comptes à rendre dans les champs économiques, environnementaux et en lien avec la durabilité, ou sur le volontarisme plutôt que sur le devoir de résultat. Dans le domaine des pratiques, l'idée de la responsabilité sociale se développe dans un environnement envahi par divers concepts et engagements internationaux en matière de santé. La promotion de la RSS nécessite donc l'intégration de toutes ces initiatives. La RSS permettrait ainsi la satisfaction optimale des besoins de santé des populations, dans le respect des exigences d'éthique, d'efficacité et de qualité. Un professionnel socialement responsable intégrera dans sa pratique l'ensemble de ces éléments avec une perspective de comptes à rendre et de respect de l'environnement local et global, à court, moyen et long termes. Quoi qu'il en soit, la décision reviendrait aux professionnels de la santé et aux établissements responsables de leur formation de décider d'emboîter le pas de cette ouverture paradigmatique pour garantir à la société des ressources de santé socialement responsables. Pour ce faire, un consensus est requis dans le domaine et une consultation élargie est indispensable.

Contributions

Marie Hatem a proposé un premier devis pour la revue de littérature et Aboubakary Sanou, une première version de l'article. Les cinq auteurs (Marie Hatem, Aboubakary Sanou, Bernard Millette, Ségolène de Rouffignac et Majda Sebbani) ont solidairement collaboré aux travaux de revue de la littérature, puis à l'écriture et à la révision des versions successives du manuscrit ainsi qu'à sa version finale.

Liens d'intérêts

Aucun auteur ne déclare de conflit d'intérêts en lien avec le contenu de cet article.

Approbation éthique

Non sollicitée, car sans objet.

Remerciements

Les auteurs remercient Cassi Bergeron-Caron pour son appui à la réalisation de différentes activités de la revue.

Références

1. McCurdy L, Goode LD, Inui TS, Daugherty RM, Jr., Wilson DE, Wallace AG, *et al.* Fulfilling the social contract between medical schools and the public. *Acad Med* 1997;72:1063-70.

2. Faulkner LR, McCurdy RL. Teaching medical students social responsibility: the right thing to do. *Acad Med* 2000;75:346-50.
3. Boelen C. Prospects for change in medical education in the twenty-first century. *Acad Med* 1995;70(7 Suppl.):S21-8; discussion S9-31.
4. Woollard RF. Caring for a common future: medical schools' social accountability. *Med Educ* 2006;40:301-13.
5. Dharamsi S, Ho A, Spadafora SM, Woollard R. The physician as health advocate: translating the quest for social responsibility into medical education and practice. *Acad Med* 2011;86:1108-13.
6. Denef J-F., Pestiaux D, Van Maele L, de Rouffignac S. La responsabilité sociale en santé : quel rôle pour notre faculté de médecine et pour nos diplômés ? *Louvain Med* 2021;140:172-77.
7. Wilson C. Indigenous roots of social responsibility? *Bus Hist Rev* 1986;32:4444.
8. Rahman S. Evaluation of definitions: ten dimensions of corporate social responsibility. *World Rev Bus Res* 2011;1:166-76
9. Jbara N. Perspective historique de la responsabilité sociale des entreprises (RSE). *Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail (REMEST)* 2017;11:86-102.
10. Boelen C, Heck JE, World Health Organization. Division of Development of Human Resources for H. Defining and measuring the social accountability of medical schools (WHO/HRH/95.7.). 1995 [On-line]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59441>.
11. Health-Canada. Social Accountability a vision for Canadian medical school. Canada: Minister of Public Works and Government Services, 2001 [On-line]. Disponible sur https://www.afmc.ca/future-of-medical-education-in-canada/medical-doctor-project/pdf/sa_vision_canadian_medical_schools_en.pdf.
12. Brandao C, Rego G, Duarte I, Nunes R. Social responsibility: a new paradigm of hospital governance? *Health Care Anal* 2013;21:390-402.
13. Schwartz SH, Sagiv L. Identifying culture-specifics in the content and structure of values. *J Cross Cult Psychol* 1995;26:92-116.
14. Frank J, Snell L, Sherbino J, Boucher A. Référentiel de compétences, CanMEDS 2015 pour les médecins. Ottawa (ON): Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015 [On-line]. Disponible sur : <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-f>.
15. Jones K. Mission drift in Qualitative Research, or moving toward a Systematic Review of qualitative studies, moving back to a more systematic narrative review. *Qual Rep* 2004;9:95-112.
16. Lavis J, Davies H, Oxman A, Denis JL, Golden-Biddle K, Ferlie E. Towards systematic reviews that inform health care management and policy-making. *J Health Serv Res Policy* 2005;10(Suppl. 1):35-48.
17. Lavis JN, Davies HT, Gruen RL, Walshe K, Farquhar CM. Working within and beyond the Cochrane Collaboration to make systematic reviews more useful to healthcare managers and policy makers. *Health Policy* 2006;1:21-33.
18. Oxman AD, Cook DJ, Guyatt GH. Users' guides to the medical literature. VI. How to use an overview. Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* 1994;272:1367-71.
19. Green B, Johnson C, Adams A. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *J Sports Chiropr Rehabil* 2001;15:5-19.
20. Saracci C, Mahamat M, Jacquéroz F. Comment rédiger un article scientifique de type revue narrative de la littérature ? *Rev Med Suisse* 2019;15:1694-8
21. Green-Thompson LP, McInerney P, Woollard B. The social accountability of doctors: a relationship based framework for understanding emergent community concepts of caring. *BMC Health Serv Res* 2017;17:269.
22. Baker L, Reeves S, Egan-Lee E, Leslie K, Silver I. The ties that bind: a network approach to creating a programme in faculty development. *Med Educ* 2010;44:132-9.
23. Elsanousi S, Elsanousi M, Khalafallah O, Haboubi A. Assessment of the social accountability of the faculty of medicine at University of Gezira, Sudan. *East Mediterr Health J* 2016;22:258-66.
24. Pearson D, Walpole S, Barna S. Challenges to professionalism: Social accountability and global environmental change. *Med Teach* 2015;37:825-30.
25. Woollard B, Boelen C. Seeking impact of medical schools on health: meeting the challenges of social accountability. *Med Educ* 2012;46:21-7.
26. Ritz SA, Beatty K, Ellaway RH. Accounting for social accountability: Developing critiques of social accountability within medical education. *Educ Health (Abingdon)* 2014;27:152-7.
27. THEnet. Our approach. 2020 [On-line]. Disponible sur: <https://thenetcommunity.org/our-approach/>.
28. Ross SJ, Preston R, Lindemann IC, Matte MC, Samson R, Tandinco FD, *et al*. The training for health equity network evaluation framework: a pilot study at five health professional schools. *Educ Health (Abingdon)* 2014;27:116-26.
29. Goel R, Buchman S, Meili R, Woollard R. La responsabilité sociale au microniveau : un patient à la fois. *Can Fam Physician* 2016;62:299-302.
30. Francois P. Le chemin de croix du développement professionnel continu (DPC). *Presse Med* 2014;43:1189-94
31. Grand'Maison P, Valois C, Foley VJD. Development and progressive implementation of comprehensive interdisciplinary global health education in four health professional disciplines. *Ann Glob Health* 2016;82:359.
32. Fleet LJ, Kirby F, Cutler S, Dunikowski L, Nasmith L, Shaughnessy R. Continuing professional development and social accountability: a review of the literature. *J Interprof Care* 2008;22(Suppl. 1):15-29.
33. Thompson LG, Davis PM. Best medical practices in social accountability and continuing professional development: A survey and literature review. *J Interprof Care* 2008;22(Suppl. 1):30-9.
34. Cauli M, Boelen C, Ladner J, Millette B, Pestiaux D (sous la direction de). *Dictionnaire de responsabilité sociale en santé*. Mont-Saint-Aignan: Presses Universitaires du Rouen et du Havre, 2019.
35. World Health Organization. Transforming the Health Workforce in Support of Universal Health Coverage: a global toolkit for evaluating health workforce education. Report of the 3rd Meeting, 1-3 July 2014. 2014 [On-line]. Disponible sur: https://www.who.int/hrh/documents/3rd_twg_meeting_report_July2014.pdf.
36. Boelen C. Adapting health care institutions and medical schools to societies' needs. *Acad Med* 1999;74(8 Suppl.): S11-20.
37. Eaton DM, Redmond A, Bax N. Training healthcare professionals for the future: internationalism and effective inclusion of global health training. *Med Teach* 2011;33:562-9.

38. Wen LS, Greysen SR, Keszthelyi D, Bracero J, de Roos PDG. Social accountability in health professionals' training. *Lancet* 2011;378(9807):e12-3.
39. Gibbs T, McLean M. Creating equal opportunities: the social accountability of medical education. *Med Teach* 2011;33:620-5.
40. Boelen C. À quand une université socialement responsable ? Le cas de la faculté de médecine. *Presse Med* 2012;41:1165-7.
41. Ritz SA, Beatty K, Ellaway RH. Accounting for social accountability: developing critiques of social accountability within medical education. *Educ Health (Abingdon)* 2014;27:152-7.
42. Boelen C. Towards unity for health. Challenges and opportunities for partnership in health development. Geneva: WHO, 2000 [On-line]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66566>.
43. Boydell V, Neema S, Wright K, Hardee K. Closing the gap between people and programs: lessons from implementation of social accountability for family planning and reproductive health in Uganda. *Afr J Reprod Health* 2018;22:73-84.
44. Levesque S. Élaboration et mise en œuvre du concept de responsabilité sociale : une étude de cas dans le secteur de l'ingénierie et de la construction. Thèse pour le Doctorat en administration. Montréal (QC): Université du Québec à Montréal, 2017
45. Collectif. Le point de vue de la justice sociale du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). Mississauga (ON): CMFC, 2018 [On-line]. Disponible sur: <https://www.cfpc.ca/fr/member-services/committees/social-accountability-working-group>.
46. Edward A, Osei-Bonsu K, Branchini C, Yarghal TS, Arwal SH, Naeem AJ. Enhancing governance and health system accountability for people centered healthcare: an exploratory study of community scorecards in Afghanistan. *BMC Health Serv Res* 2015;15:299.
47. Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y (Eds.). Teaching medical professionalism: supporting the development of a professional identity, 2nd ed. Cambridge (UK): Cambridge University Press, 2016.
48. Mahoney S, Boileau L, Floridis J, Abi-Abdallah C, Lee B. How social accountability can be incorporated into an urban community-based medical education program: an Australian initiative. *Educ Health (Abingdon)* 2014;27:148-51.
49. World Health Organization, Division of Development of Human Resources for Health. Doctors for health: a WHO global strategy for changing medical education and medical practice for health for all. Geneva: World Health Organization, 1996 [On-line]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/62997>.
50. Danhouno G, Nasiri K, Wiktorowicz ME. Improving social accountability processes in the health sector in sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMC Public Health* 2018;18:497.
51. Ahmed AEM, Musa A. Suggested framework for social accountability to be adopted by the World Federation of Neurology (WFN). *J Neurol Sci* 2017;381(Suppl. 1):845.
52. Armstrong SJ, Rispel LC. Social accountability and nursing education in South Africa. *Glob Health Action* 2015;8:27879.
53. Boelen C. Coordinating medical education and health care systems: the power of the social accountability approach. *Med Educ* 2018;52:96-102.
54. Boelen C, Woollard R. Social accountability: the extra leap to excellence for educational institutions. *Med Teach* 2011;33:614-9.
55. Boelen C, Pearson D, Kaufman A, Rourke J, Woollard R, Marsh DC, *et al.* Producing a socially accountable medical school: AMEE Guide No. 109. *Med Teach* 2016;38:1078-91.
56. Boelen C, Dharamsi S, Gibbs T. The social accountability of medical schools and its indicators. *Educ Health (Abingdon)* 2012;25:180-94.
57. Chen V, Foster Page L, McMillan J, Lyons K, Gibson B. Measuring the attitudes of dental students towards social accountability following dental education – Qualitative findings. *Med Teach* 2016;38:599-606.
58. Clithero-Eridon A, Albright D, Crandall C, Ross A. Contribution of the Nelson R. Mandela School of Medicine to a socially accountable health workforce. *Afr J Prim Health Care Fam Med* 2019;11:e1-7.
59. de Leeuw S. Aiming at the right things: reflections on public health care, community, and social accountability. *Can Fam Physician* 2016;62:1000-3.
60. de Rouffignac S, Pierre N, Tchomba DK, Pestiaux D. La responsabilité sociale en santé. *Louv Med* 2018;137:581-6.
61. Galukande M, Nakasujja N, Sewankambo N. Social accountability: a survey of perceptions and evidence of its expression at a Sub Saharan African university. *BMC Med Educ* 2012;12(96).
62. Goldman J, Reeves S, Lauscher HN, Jarvis-Selinger S, Silver I. Integrating social accountability into continuing education and professional development at medical schools: the case of an institutional collaborative project in Canada. *J Interprof Care* 2008;22(Suppl. 1):40-50.
63. Hennen B. Demonstrating social accountability in medical education. *Can Med Assoc J* 1997;156:365-7.
64. Ho K, Buote D, Jarvis-Selinger S, Lauscher HN, Ferdinands L, Parboosingh J, *et al.* Achieving social accountability through interprofessional collaboration: The Canadian medical schools experience. *J Interprof Care* 2008;22(Suppl. 1):4-14.
65. Jarvis-Selinger S, Ho K, Lauscher HN, Liman Y, Stacy E, Woollard R *et al.* Social accountability in action: university-community collaboration in the development of an interprofessional Aboriginal health elective. *J Interprof Care* 2008;22(Suppl. 1):61-72.
66. Larkins SL, Preston R, Matte MC, Lindemann IC, Samson R, Tandinco FD, *et al.* Measuring social accountability in health professional education: development and international pilot testing of an evaluation framework. *Med Teach* 2013;35:32-45.
67. Larkins S, Michielsen K, Iputo J, Elsanousi S, Mammen M, Graves L *et al.* Impact of selection strategies on representation of underserved populations and intention to practise: international findings. *Med Educ* 2015;49:60-72.
68. Leigh-Hunt N, Stroud L, Murdoch Eaton D, Rudolf M. A qualitative study of enablers and barriers influencing the incorporation of social accountability values into organisational culture: a perspective from two medical schools. *Isr J Health Policy Res* 2015;4(1).
69. Lodenstein E, Ingemann C, Molenaar JM, Dieleman M, Broerse JEW. Informal social accountability in maternal health service delivery: a study in Northern Malawi. *PLoS One* 2018;13(4).
70. Matthews MG, Van Wyk JM. Exploring a communication curriculum through a focus on social accountability: a case study at a South African medical school. *Afr J Prim Health Care Fam Med* 2018;10(1):e1-e10.

71. McCrea ML, Murdoch-Eaton D. How do undergraduate medical students perceive social accountability? *Med Teach* 2014;36:867-75.
72. Meili R, Buchman R. Social accountability: at the heart of family medicine. *Can Fam Physician* 2013;59:335-6.
73. Meili R, Fuller D, Lydiate J. Teaching social accountability by making the links: qualitative evaluation of student experiences in a service-learning project. *Med Teach* 2011;33:659-66.
74. Michaels DC, Reid SJ, Naidu CS. Peer review for social accountability of health sciences education: a model from South Africa. *Educ Health (Abingdon)* 2014;27:127-31.
75. Mostert-Wentzel K, Masenyetse L, Dinat N, Botha A, Jonkers L, Oosthuizen L. Involvement in and views on social responsibility of Gauteng members of the South African Society of Physiotherapy: a cross-sectional survey. *S Afr J Physiother* 2012;68:22-8.
76. Murray RB, Larkins S, Russell H, Ewen S, Prideaux D. Medical schools as agents of change: socially accountable medical education. *Med J Aust* 2012;196:653.
77. Preston R, Larkins S, Taylor J, Judd J. Building blocks for social accountability: a conceptual framework to guide medical schools. *BMC Med Educ* 2016;16:227.
78. Preston R, Larkins S, Taylor J, Judd J. From personal to global: Understandings of social accountability from stakeholders at four medical schools. *Med Teach* 2016;38:987-94.
79. Reid L. Scientism in medical education and the improvement of medical care: opioids, competencies, and social accountability. *Health Care Anal* 2018;26:155-70.
80. Rourke J. Social accountability: a framework for medical schools to improve the health of the populations they serve. *Acad Med* 2018;93:1120-4.
81. Sanaii M, Mosalanejad L, Rahmanian S, Sahraieyan A, Dehghhani A. Reflection on the future of medical care: challenges of social accountability from the viewpoints of care providers and patients. *J Adv Med Educ Prof* 2016;4:188.
82. Sandhu G, Garcha I, Sleeth J, Yeates K, Walker GR. AIDER: a model for social accountability in medical education and practice. *Med Teach* 2013;35:e1403-8.
83. Schofield A, Bourgeois D. Socially responsible medical education: innovations and challenges in a minority setting. *Med Educ* 2010;44:263-71.
84. Smitherman HC, Jr., Baker RS, Wilson MR. Socially accountable academic health centers: pursuing a quadripartite mission. *Acad Med* 2019;94:176-81.
85. Strasser R, Hogenbirk JC, Minore B, Marsh DC, Berry S, McCready WG, *et al.* Transforming health professional education through social accountability: Canada's Northern Ontario School of Medicine. *Med Teach* 2013;35:490-6.
86. Strasser R, Lanphear J, McCready W, Topps M, Hunt D, Matte M. Canada's New Medical School: the Northern Ontario School of Medicine: social accountability through distributed community engaged learning. *Acad Med* 2009;84:1459-64.
87. Talaat W, el-Wazir Y. The El-Tal El-Kebir story: an example of social accountability from Egypt. *Med Teach* 2012;34:354-60.
88. Thompson LG, Davis PM. Best medical practices in social accountability and continuing professional development: a survey and literature review. *J Interprof Care* 2008;22 (Suppl. 1):30-9.
89. Ventres W, Dharamsi S. Social accountability in global medical education: the revolutions framework. *Acad Med* 2015;90:1728.
90. Wallace LJ, Webb A. Pre-departure training and the social accountability of International Medical Electives. *Educ Health (Abingdon)* 2014;27:143-7.
91. Woollard B, Boelen C. Seeking impact of medical schools on health: meeting the challenges of social accountability. *Med Educ* 2012;46:21-7.
92. Woollard R, Buchman S, Meili R, Strasser R, Alexander I, Goel R. Responsabilité sociale au més-niveau : au sein de la communauté. *Can Fam Physician* 2016;62:547-50.
93. Jazi H, Peyrovi H, Zareian A. Nurse's social responsibility: a hybrid concept analysis in Iran. *Med J Islam Repub Iran* 2019;33:44.
94. Tyer-Viola L, Nicholas P, Corless I, Barry D, Hoyt P, Fitzpatrick J, *et al.* Social responsibility of nursing: a global perspective. *Policy Polit Nurs Pract* 2009;10:140-9.
95. Biggs JS, Wells RW. The social mission of Australian medical schools in a time of expansion. *Aust Health Rev* 2011;35:424-9.
96. Larkins S, Johnston K, Hogenbirk JC, Willemse S, Elsanousi S, Mammen M, *et al.* Practice intentions at entry to and exit from medical schools aspiring to social accountability: findings from the Training for Health Equity Network Graduate Outcome Study. *BMC Med Educ* 2018;18:261.
97. Lewkonja R. The missions of medical schools: the pursuit of health in the service of society. *BMC Med Educ* 2001;1:4.
98. Lindgren S, Karle H. Social accountability of medical education: aspects on global accreditation. *Med Teach* 2011;33:667-72.
99. Ponka D, Douglas A, Ngan J, Wong B, Johnston S. Attitudes towards sub-domains of professionalism in medical education: defining social accountability in the globalizing world. *Can Med Educ J* 2017;8:e37-47.
100. Filek H, Harris J, Koehn J, Oliffe J, Buxton J, Martin R. Students' experience of prison health education during medical school. *Med Teach* 2013;35:938-43.
101. Meili R, Ganem-Cuenca A, Leung JW, Zaleschuk D. The CARE model of social accountability: promoting cultural change. *Acad Med* 2011;86:1114-9.
102. Anderson A, Ronson B. Democracy: the first principle of health promoting schools. *Int Electron J Health Educ* 2005;8:24-35 [On-line] Disponible sur: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ794044.pdf>.
103. Zandvoort H, Borsen T, Deneke M, Bird SJ. Editors' overview perspectives on teaching social responsibility to students in science and engineering. *Sci Eng Ethics* 2013;19:1413-38.
104. Beaupré D, Cloutier J, Gendron C, Morin D. Gestion des ressources humaines, développement durable et responsabilité sociale. *Revue internationale de psychosociologie* 2008;14:77-140.
105. Puschel K, Rojas P, Erazo A, Thompson B, Lopez J, Barros J. Social accountability of medical schools and academic primary care training in Latin America: principles but not practice. *Fam Pract* 2014;31:399-408.
106. Sen Gupta T, Johnson P, Rasalam R, Hays R. Growth of the James Cook University Medical Program: maintaining quality, continuing the vision, developing postgraduate pathways. *Med Teach* 2018;40:495-500.
107. McGinnis PQ, Guenther LA, Wainwright SF. Development and integration of professional core values among practicing clinicians. *Phys Ther* 2016;96:1417-29.
108. Coulon R. Responsabilité sociale de l'entreprise et pratiques de gestion des ressources humaines. *Revue de l'organisation responsable* 2006;1:48-64.

109. Buchman S, Woollard R, Meili R, Goel R. Pratiquer la responsabilité sociale. De la théorie à l'action. *Can Fam Physician* 2016;62:24-7.
110. Rubin R. Developing cultural competence and social responsibility in preclinical dental students. *J Dent Educ* 2004;68:460-7.
111. Karima R, Oshima Y, Yamamoto K. Identification of subjects for social responsibility education at universities and the present activity at the university of Tokyo. *Environ Sci* 2006;13:327-37.
112. Maru V. Allies unknown: social accountability and legal empowerment. *Health Hum Rights* 1990;12:83-93.
113. Ringold D, Holla A, Koziol M, Srinivasan S. Citizens and service delivery assessing the use of social accountability approaches in human development. Washington: The World Bank, The International Bank for Reconstruction and Development, 2012.
114. Lodenstein E, Dieleman M, Gerretsen B, Broerse JE. Health provider responsiveness to social accountability initiatives in low- and middle-income countries: a realist review. *Health Policy Plan* 2017;32:125-40.
115. Boelen C, Grand'Maison P, Ladner J, Pestiaux D. Responsabilité sociale et accréditation. Une nouvelle frontière pour l'institution de formation. *Pédagogie Médicale* 2008;9:235-44.
116. Boydell V, McMullen H, Cordero J, Steyn P, Kiare J. Studying social accountability in the context of health system strengthening: innovations and considerations for future work. *Health Res Policy Syst* 2019;17:34.
117. Wright PM, Irwin C. Using systematic observation to assess teacher effectiveness promoting personally and socially responsible behavior in physical education. *Meas Phys Educ Exerc Sci* 2018;22:250-62.
118. Wear DCB. The development of professionalism: curriculum matters. *Acad Med* 2000;75:602-11.
119. Kwizera EN, Iputo JE. Addressing social responsibility in medical education: the African way. *Med Teach* 2011;33:649-53.
120. Mpfu TLR, Daniels P, Adonis T, Karuguti W. Impact of an interprofessional education program on developing skilled graduates well-equipped to practise in rural and underserved areas. *Rural and Remote Health* 2014;14:2671.
121. Boelen C. Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine. *Sante publique* 2011;23:247-50.
122. du Toit R, Palagyi A, Brian B. The development of competency-based education for mid-level eye care professionals: a process to foster an appropriate, widely accepted and socially accountable initiative. *Education for Health* 2010;23:1-18.
123. Entezari A, Momtazmanesh N, Khojasteh A, Einollahi B. Toward social accountability of medical education in Iran. (Iran's achievements in health, three decades after the Islamic Revolution). *Iran J Public Health* 2009;38(Suppl. 1):27-8.
124. Cohen JJ. Professionalism in medical education: an American perspective: from evidence to accountability. *Med Educ* 2006;40:607-17.
125. Coulehan J, Williams P. Vanquishing virtue: the impact of medical education. *Acad Med* 2001;76:598-605.
126. Fitzpatrick D, Thomas A, Patel N. Interprofessional South African global experience: impact on facilitation and assessment of cultural competence and core value development, 3-year study. *Physiotherapy* 2015;101:e385-6.
127. Foley V, Valois C, Grand'Maison P. Evaluating the process and impact of global health education in a social accountability perspective. *Ann Glob Health* 2017;83:37.
128. Meili R, Buchman S, Goel R, Woollard R. Social accountability at the macro level: framing the big picture. *Can Fam Physician* 2016;62:785-8.
129. Ventres W, Boelen C, Haq C. Time for action: key considerations for implementing social accountability in the education of health professionals. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2018;23:853-62.
130. Pestiaux D. Leadership. In: Cauli M, Boelen C, Ladner J, Millette B, Pestiaux D (eds). *Dictionnaire de responsabilité sociale en santé*. Mont-Saint-Aignan: Presses Universitaires du Rouen et du Havre, 2019:299-300.
131. Buchman S. Screening for poverty in family practice. *Can Fam Physician* 2012;58:709-10.
132. Pestiaux D. Écologie. In: Cauli M, Boelen C, Ladner J, Millette B, Pestiaux D (eds). *Dictionnaire de responsabilité sociale en santé*. Mont-Saint-Aignan: Presses Universitaires du Rouen et du Havre, 2019:195-8.
133. Duvivier RJ, Stull MJ. Advocacy training and social accountability of health professionals. *Lancet* 2011;378(9807).
134. Greer PJ, Jr., Brown DR, Brewster LG, Lage OG, Esposito KF, Whisenant EB, *et al.* Socially accountable medical education: an innovative approach at Florida International University Herbert Wertheim College of Medicine. *Acad Med* 2018;93:60-5.
135. Reeve C, Woolley T, Ross SJ, Mohammadi L, Halili SB, Jr., Cristobal F, *et al.* The impact of socially-accountable health professional education: a systematic review of the literature. *Med Teach* 2017;39:67-73.
136. Maeseneer D. European General Practice Research Network (EGPRN) Abstracts from the EGPRN meeting in Leipzig, Germany, 12-16 October 2016. Theme: "General practice/family medicine in a changing world". *Eur J Gen Pract* 2017;23:143-54.

Citation de l'article : 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;23:27-48