



Edito : Liberté et Responsabilité Sociale

La **liberté**, c'est «la possibilité d'agir, de penser et de s'exprimer selon ses propres choix» (Petit Larousse). La **responsabilité sociale** (RS), c'est un engagement à répondre de façon optimale aux besoins et défis de santé actuels et futurs de la société.

Ces deux concepts sont-ils compatibles ? Pour l'OMS, qui définit en 1995 la RS des facultés de médecine, c'est une «obligation».

Par contre, pour ISO (International Standard Organisation), c'est une «option» quand elle définit la RS des entreprises. Reconnaissons-le, **la coexistence entre liberté et RS implique quelques compromis**. En effet, l'acteur de santé socialement responsable accepte d'adapter sa fonction dans le respect des valeurs de qualité, équité, pertinence et efficience des services rendus à la personne et à la population. Pour certains, cet ajustement paraît contraignant et est une entorse à leur autonomie. Pour d'autres, c'est une optimisation de leur travail au service du bien commun.

Les prérogatives des acteurs de santé sont conditionnées par plusieurs facteurs : le poids de la tradition, le cadre de compétences reconnu par la profession, le contrôle d'un organisme régulateur, voire une législation. Toute modification de ces prérogatives, même motivée par une protection de la société, dérange l'ordre établi.

Ainsi, une autorité publique peut-elle être réticente à impliquer des cadres relevant d'une autre juridiction; un directeur d'hôpital à promouvoir des pratiques de vie saine dans la population; un recteur d'université à mobiliser diverses facultés pour une action dans un territoire; un professionnel de santé, attaché au « colloque singulier », à participer dans des programmes de santé publique. Et récemment, n'a-t-on pas vu un citoyen, peu sensible à l'argument d'immunité collective anti-Covid, se montrer réticent à la vaccination !

La RS ne doit pas s'imposer par une pression extérieure, elle devrait être librement assumée au vu des enjeux de santé pour soi-même comme pour autrui, aujourd'hui comme pour les générations futures. Constatons une prise progressive de conscience, bien que trop timide encore, du besoin de contribuer au bien-être général en modifiant les comportements et les normes. Ce qui peut être vécu aujourd'hui comme une certaine contrainte deviendra demain une belle opportunité.

En effet, la mise en œuvre de la RS en santé au sein des professions et des institutions ouvrira des champs de recherche et de bonnes pratiques innovants,

créera de nouvelles collaborations, facilitera l'émergence de talents et de ressources nouvelles, et surtout apportera l'insigne satisfaction de contribuer au mieux être commun.

Au fond, la RS, c'est la **liberté** de s'affranchir d'un certain confinement corporatiste, et l'engagement à innover pour participer à une société plus humaine.

Charles Boelen, président du RIFRESS



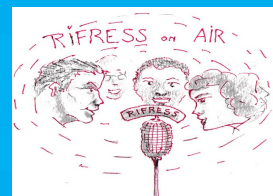
Etre socialement responsable, c'est ...

S'adapter pour mieux répondre aux besoins actuels et futurs de santé de la société.

Avec comme valeurs de référence :

- **la qualité** (réponse appropriée aux besoins globaux de la personne),
- **l'équité** (universalité de service),
- **la pertinence** (action sur les déterminants de santé),
- **l'efficience** (optimisation des ressources).

Avec comme partenaires : les décideurs politiques, gestionnaires de services de santé, responsables d'institutions académiques et d'écoles, professionnels de santé et membres de la société civile



Bonne nouvelle : Le RIFRESS inaugure une série de webinaires.

Le RIFRESS organisera bimestriellement un webinar de 90 minutes ouvert à tous, gratuitement, sur les thèmes de travail des groupes d'action ayant pour sujet :

Education à la RS	Recherche en RS
Partenariat dans un territoire	Evaluation / Accréditation
Dynamique nationale et réforme institutionnelle.	

Chaque webinar comprendra deux présentations de 15 minutes chacune, laissant un temps important pour l'échange et la discussion.

Informations sur l'inscription au webinar et le lien sur le site du RIFRESS : www.rifress.org.

Le premier webinar se tiendra le mercredi 29 Septembre 2021 de 18 h à 19.30 (heure Paris)

Thème : " La responsabilité sociale en santé dans un territoire, l'épreuve de vérité ! ".

Apporter une meilleure réponse aux besoins et défis de santé de la société suppose une action au sein de la population, en contact immédiat avec la réalité et en immersion dans le contexte de vie des citoyens. Dans l'espace circonscrit d'un territoire, défini sur un plan administratif, les caractéristiques de la population pourront être répertoriées sur le plan démographique, économique, culturel, social et sanitaire, permettant ainsi d'identifier de façon pertinente les problèmes de santé prioritaires. De même, un inventaire pourra-t-il être fait des ressources humaines, techniques et matérielles disponibles dans le territoire, à mobiliser en faveur de ces priorités. Seront déterminants : l'engagement des divers acteurs de santé et la coordination de leurs contributions respectives : pouvoirs publics, professionnels de santé, structures sanitaires, institutions de formation et de recherche et collectif citoyen. C'est dans un tel contexte que chaque acteur pourra prendre conscience de la nécessaire adaptation de ses interventions et de l'opportunité à apporter l'évidence du véritable impact de celles-ci."

A vos agendas !!

Prochain congrès du RIFRESS à Bruxelles du 22 au 25 septembre 2022.

Thème : « **Responsabilité sociale en santé et Développement durable : quelle contribution du politique, de l'académique, du professionnel, du citoyen ? ...** ».

La séance inaugurale est planifiée le mercredi 22 septembre après-midi au siège du Parlement Européen.

Faites connaître le RIFRESS !

N'hésitez pas à diffuser le bulletin du RIFRESS auprès de vos collègues, qu'ils soient professionnels de santé, responsables politiques, organisateurs de services de santé, enseignants, chercheurs en sciences de la santé et en sciences sociales.

Le RIFRESS cherche à créer un dialogue et une collaboration entre acteurs de santé à différents niveaux pour une meilleure réponse aux besoins et défis de santé de nos sociétés. Consultez le site : www.rifress.org



Un professionnalisme médical socialement responsable

Caractéristiques et conditions d'exercice

Jean Pierre Unger, Visiting Professor, Institute of Health and Society,
University of Newcastle, Royaume Uni (jeanpierre.unger@gmail.com)



Dans une série de 7 articles écrits à l'intention des médecins, de leurs enseignants et organisations, nous analysons *les conditions opérationnelles et théoriques* nécessaires à ce que la profession de médecin reste une finalité éthique en-soi alors que son environnement se caractérise par l'émergence de l'intelligence artificielle (IA); la commercialisation des soins et les politiques d'austérité.

Dans ce contexte, la culture médicale devrait évoluer de manière à ce que les médecins intériorisent les responsabilités professionnelles dont l'IA est incapable de se charger ; et qu'ils maximisent leur impact sur la santé publique tout en individualisant le plus possible la prestation des soins de santé, afin que ceux-ci puissent être biopsychosociaux et que la conduite clinique puisse faire l'objet d'une négociation avec le patient.

Quelles sont ces conditions opérationnelles et théoriques?

- 1- La pratique, les connaissances et l'éthique des médecins (leur culture) devraient évoluer de manière à effacer la frontière entre la clinique et la santé publique.
- 2- Idéalement, les facultés rechercheraient et transmettraient des connaissances professionnelles, et pas seulement scientifiques. Elles *éduqueraient* les médecins, sans se limiter à leur donner des connaissances et des compétences.
- 3- Le management des services de santé aurait une finalité sociale et professionnelle, pas commerciale et industrielle, ce qui n'est possible que si le financement des services de santé est public (une condition nécessaire mais pas suffisante) et que les professionnels s'impliquent dans cette gestion - parce que l'on sait que le « managed care » est associé à la privatisation des assurances de santé et qu'il mécanise les professionnels de santé. A noter que les soins industrialisés et commercialisés sont associés au burnout et au suicide des médecins- sans que les revenus professionnels octroyés par les assurances privées soient supérieurs à ceux que donnent les systèmes basés sur les assurances publiques.
- 4- Pour que l'accès aux soins soit effectivement un Droit Humain, les politiques de santé auraient une finalité sociale et professionnelle, pas commerciale et industrielle : elles viseraient à assurer l'accès de tous à un système de santé universel, un système ni fragmenté techniquement ni socialement segmenté.
- 5- Pour promouvoir l'accès à des soins de qualité professionnelle dans les pays en développement, et réduire ainsi les migrations internationales, la coopération internationale se centrerait sur les soins de santé et la clinique (et secondairement sur le contrôle des maladies) – alors depuis plus de trente ans, elle ne finance que les programmes de santé publique, avec des résultats catastrophiques pour l'accès aux soins et la stabilité politique de ces pays.
- 6- Pour orienter socialement la recherche médicale dans les universités publiques, les gouvernements dissémineraient des critères relatifs aux objectifs de la recherche médicale à finalité professionnelle, ils équilibreraient le financement des recherches scientifiques et professionnelles, et stimuleraient l'utilisation de méthodologies de recherche adaptées au professionnalisme médical et à l'évaluation critique des performances des systèmes de santé.
- 7- Les partis politiques favorables au Droit Universel aux soins de santé encourageraient une négociation entre organisations de patients, de médecins et de professionnels de santé visant à définir des objectifs politiques communs en matière de soins de santé, en ayant anticipé les convergences et intérêts contradictoires de ces partenaires.
- 8- Enfin, pour que les acteurs économiques qui n'investissent pas dans les assurances commerciales de santé, et les partis politiques qui les représentent, soutiennent le Droit Universel aux soins de santé professionnels, il faudrait leur montrer les conséquences économiques de la concurrence intersectorielle - tout ce qu'ils ont à perdre avec la privatisation des assurances de santé - et l'inefficacité de l'utilisation des impôts par les systèmes de santé fondés sur les assurances de santé privées.

Au passage, en essayant de clarifier la fonction idéologique du discours de santé publique qui fait le lit de la privatisation des assurances de santé et de la commercialisation des soins, nos articles relèvent l'antinomie entre : - l'autonomie professionnelle relative du médecin et l'assujettissement du technicien supérieur en santé; les pratiques éthiques et commerciales de la médecine;- le serment d'Hippocrate et l'individualisme méthodologique de l'économie néoclassique; - l'enseignement du professionnalisme médical et celui des sciences biomédicales;- les politiques visant à réaliser le droit universel aux soins de santé et celles qui sont soumises à l'économie politique des soins;- et enfin, les oppositions entre la science de la gestion de la santé à finalité sociale et professionnelle, et la science du management de la santé à finalité commerciale et *donc* industrielle.

Références. Les références pertinentes à cet article sont disponibles auprès l'auteur.



...ministre de la santé ..."

Yves Coppieters (MD, PhD), Ecole de santé publique de l'Université Libre de Bruxelles :yves.coppieters@ulb.be

J'inverserai complètement le paradigme dominant dans lequel la plupart des pays se sont trouvés bloqués dans la crise sanitaire Covid-19, c'est-à-dire favoriser une démarche ascendante plutôt que descendante. En centrant toute la stratégie sur les indicateurs hospitaliers et le système de soins de santé, nos sociétés ce sont coincées dans la manière de contrôler l'épidémie en faisant fi de la participation, de l'auto-responsabilité mais aussi de la responsabilité sociale des institutions et acteurs de santé à tous les niveaux.

Nos systèmes de santé publique ont été bouleversés car la plupart d'entre-eux n'ont plus investi depuis des années dans la prévention tout en continuant à limiter les ressources des soins de santé. Et quand une telle pandémie arrive sans crier gare, on se rend compte que notre culture (et offre de services) de la prévention (et promotion de la santé) est très faible et que les structures et ressources de santé publique ont fortement été appauvries. Face à un manque de relais de terrain réactifs et renforcés, on ne peut fonctionner qu'avec celles à disposition, c'est-à-dire les hôpitaux (pour prendre en charge les cas graves) et limiter l'action de la première ligne de soins (pour trier et prendre en charge les formes moins compliquées). Et pour le reste et à l'échelle de la population, on gère l'incertitude et face à l'impréparation (ou l'inexistence) des stratégies de prévention, nos décideurs politiques posent des principes de précaution, sans grandes évidences scientifiques, qui paralysent tous des volets de notre vie sociale et économique.

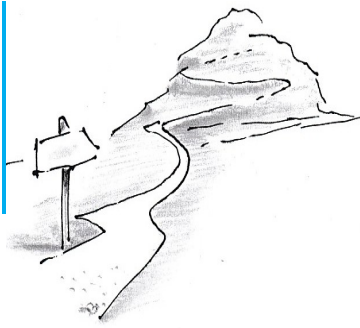
Notre système de santé est composé d'un ensemble d'organisations, d'institutions et de ressources dont le but principal est d'améliorer la santé, en lien avec les sous-systèmes: économique, social, culturel, politique, législatif. Je ne serais donc pas qu'un ministre des soins de santé, mais à la coordination de différents sous-systèmes et de services globaux qui travaillent sur un objectif commun d'amélioration de la santé. Cette approche multisectorielle devrait permettre le renforcement de tout le continuum d'interventions dans une prise en charge individuelle et collective, incluant des actions allant des déterminants de la santé à la fin de vie. Un exemple dans le cadre de la pandémie est la crise vécue dans les maisons de repos dans de nombreux pays qui aurait pu être nettement mieux gérée avec une mobilisation accrue de différents acteurs et secteurs complémentaires à la santé.

La suite de la gestion de cette crise passera entre autres par la révision des stratégies visant à contenir le risque de contamination de manière équilibrée, probabiliste et spécifique à chaque contexte. De nouvelles études portant sur la séroprévalence des plus jeunes permettent selon les mêmes principes d'élargir les relations sociales et l'espace de liberté qu'ils réclament à juste titre avec force. Et la suite doit nous permettre "de comprendre, ... c'est-à-dire en ayant une lucidité sur les déterminismes structurels (psychologiques et environnementaux) en place, les raisons d'une telle perte de potentialité dans l'agir... ».

On a aussi beaucoup attendu dans cette crise « qu'il faut responsabiliser le patient ». C'est comme si on avait fait plusieurs bonds en arrière concernant le partenariat de soins, les différents modèles de patients partenaires ou simplement avoir un déni des trajets de soins ou des prises en charge pluridisciplinaires existantes. La crise a mis à l'épreuve des avancées importantes qui étaient néanmoins soit insuffisamment ancrées institutionnellement ou trop faiblement intégrées chez les professionnels de santé et les décideurs.

La Responsabilité Sociale peut donc être revue à différents niveaux : académique, institutionnelle et politique. Nos formations de base ne correspondent toujours pas suffisamment «aux réalités de terrain» et à ces dimensions transversales, les stratégies de prévention et de promotion de la santé sont insuffisamment développées, sans parler du partenariat pour la santé et de la responsabilisation individuelle et collective. Pour rappel et on le vit au présent dans la crise sanitaire, la Santé est un déterminant majeur entre autres de nos développements personnels, socio-économiques et psycho-sociaux.

Si j'étais ministre de la santé, je travaillerais avec les composantes du Système pour asseoir à tous les niveaux ces dimensions de base de santé publique et faire évoluer les ressources dans ce sens, avec l'objectif transversal de réduction des inégalités sociale de santé et en intégrant des méthodologies d'analyses plus complexes qui puissent prendre en compte un ensemble de facteurs (environnementaux, comportementaux, politiques, ...) pour mieux appréhender, suivre et évaluer les stratégies de prévention et de promotion de la santé.



Une contribution de notre partenaire : la CIDMEF
(Conférence internationale des doyens et facultés de médecine d'expression française)

Le long et beau chemin de la responsabilité sociale en sciences de la santé

La responsabilité sociale (RS) des Facultés de médecine (FM) a parcouru un long et beau chemin depuis la création du concept. Elle fait maintenant office de référence dans nos Facultés avec un consensus mondial duquel se dégage un guide décliné en 10 axes stratégiques pour soutenir chaque Faculté de médecine à devenir socialement responsable. Afin de soutenir les FM dans leurs efforts de conscientisation, de structuration et d'éducation en RS, un échéancier est en marche depuis 2010. Après 10 ans, les progrès varient d'une faculté à une autre. Pourquoi? Pour chacune de leurs missions traditionnelles : éducation, recherche et service clinique, des boîtes à outils existent. Par contre, dans le **domaine de la gouvernance**, il n'existe guère d'aides pédagogiques adaptées permettant aux doyens, chefs de service, administrateurs et formateurs de comprendre les implications de transformation au sein de l'institution qu'exige la responsabilité sociale et d'acquérir des compétences pour les appliquer. En dépit de ce qui existe déjà dans la littérature, des guides de bonne pratique en matière de responsabilité sociale devraient être disponibles et largement distribués.

En 2010, l'objectif général issu du « *Consensus Mondial sur la Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine* » (www.healthsocialaccountability.org) était « *d'obtenir un agrément sur un cadre conceptuel ... déclinant un corps de normes et des méthodes d'évaluation et d'accréditation ainsi que des directives pour satisfaire à ces normes* ». Le **cadre CPU** (C pour Conception, P pour Production, U pour Utilisabilité) est alors proposé (voir l'article de Boelen C, Grand'Maison P, Ladner J et Pestiaux D dans *Pédagogie Médicale* 2008; 9(4) :235-244). Ce cadre, pertinent au regard des dix axes stratégiques du Consensus Mondial, n'a jamais été remis en cause ni revu depuis dix ans. Chaque composante du CPU est une suite cohérente de 11 sections et 31 paramètres. Les paramètres sont **interconnectés** entre eux : un paramètre de la composante Conception (ex : engagement à réduire les inégalités d'accès à la santé) est relié à un paramètre dans la composante Production (ex : programme de formation pour une prise en charge de populations défavorisées) et dans la composante Utilisabilité (ex : négociation avec des employeurs potentiels dans le territoire). L'édifice est très cohérent, un modèle pour l'enseignement. En face de chaque paramètre CPU les utilisateurs sont invités à définir des indicateurs spécifiques. La cadre CPU et ses indicateurs ont-ils été utilisés par les facultés? Une recherche sur Pubmed fait apparaître 561 articles avec comme mots clés « social accountability » et « medicine ». Des expériences de terrain faisant référence au cadre CPU, sont rapportées en Australie, en Egypte et aux Philippines mais aucun article ne suit de bout en bout la grille CPU. Ce n'est pas un échec pour autant car le modèle CPU est un cadre général qui mérite d'être mieux connu et utilisé pour définir des indicateurs, à deux conditions. La première est **que des universitaires soient formés**. Une formation de base de deux à trois jours devrait suffire comme cela est le cas pour la formation de premier niveau en pédagogie, instituée par la CIDMEF en 1999. Cette formation permettrait d'acquérir et de développer une **culture commune**. La deuxième condition est qu'il soit simplifié pour être utilisé selon les besoins prioritaires de chaque faculté. Ça pourrait être un travail d'accompagnement durant la formation et après.

Pour paraphraser John Dewey à propos de la démocratie, la responsabilité sociale « **n'est pas un état de fait, c'est un acte** ». La responsabilité sociale ne se décrète pas : c'est un processus en action qui « *demande de tous un geste* ».

Etienne Lemarié, Directeur Général adjoint de la CIDMEF : etienne.lemarie@univ-tours.fr
Yves Tremblay, Prés. Comité Exécutif scientifique/recherche de la CIDMEF :
Yves.tremblay@crchudequebec.ulaval.ca



GROUPE THÉMATIQUE du RIFRESS: Accréditation/Évaluation en responsabilité sociale

Lors du Congrès du RIFRESS à Rabat du 20 au 23 mars 2019, une réflexion s'était amorcée sur la nécessité d'un virage pour créer les conditions susceptibles d'accompagner nos institutions académiques, afin de les rendre davantage socialement responsables, c'est-à-dire leur permettre de mieux répondre encore aux besoins du système de santé et de la population sur leurs territoires respectifs :

1. en se dotant d'instruments de mesure sur la responsabilité sociale (RS), qui peut alors se décliner en divers niveaux d'intensité sur l'échelle d'obligation sociale, à l'aide d'indicateurs explicites, et
2. en adoptant une approche sur les perspectives institutionnelles d'amélioration continue, où les normes et processus d'accréditation ou d'agrément pourraient devenir de puissants leviers pour transformer les facultés et écoles de médecine ainsi que les autres organisations de formation en santé.

L'une des conclusions à laquelle nous étions arrivés à Rabat était à l'effet que nous ne pouvions plus considérer la RS comme une option, mais bien comme un engagement incontournable, nous invitant à adhérer à une nouvelle culture et à épouser un nouveau paradigme : « *ce changement de culture nécessite aussi un engagement envers les valeurs de solidarité, d'humilité, de cohésion sociale et d'imputabilité (RIFRESS, 2019).* »

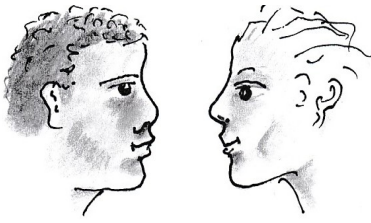
Dans un tel contexte, si nous considérons que les avancées en matière de RS devraient reposer sur divers ingrédients, comme autant d'indicateurs à suivre, il nous faut déjà aller plus loin qu'une simple vision simpliste, qui privilégierait un critère à cocher ou une norme à rencontrer. Or un maillage naturel avec l'accréditation suppose la prise en compte d'un ensemble de variables, visant alors un nouveau leadership institutionnel et une recherche d'excellence à reconnaître. Ces aspirations viendraient alors apporter un changement dans le sens à donner à la mission universitaire. Nos institutions sont conviées incidemment à se dépasser, en apprenant les unes des autres, à travers la recherche de l'innovation et non par l'uniformisation de nos organisations. Car les environnements socio-politiques et culturels doivent plutôt influencer ces dernières, en les rendant perméables à ces interactions, sans quoi le pentagramme sur la RS serait occulté et n'aurait plus sa raison d'être.

Une culture d'accréditation, faisant davantage de place à la RS au sein des processus qu'elle anime, se trouverait ainsi à enrichir significativement nos institutions. Ce serait alors moins l'instance de contrôle et de régulation, généralement perçue comme la finalité recherchée, que les résultats et l'impact objectif de nos choix qui seraient de cette façon mesurés. Nous pourrions ainsi voir certains indicateurs utilisés à cette fin dans nos environnements respectifs, répondant à des enjeux socio-sanitaires spécifiques aux côtés de certains défis demeurant par ailleurs universels. Il existe la notion d'un contrat social omniprésent entre les institutions de formation médicale en particulier et la société, d'autant plus lorsqu'un financement public existe pour les soutenir (Barber, 2020*).

Dans une revue extensive de plusieurs systèmes d'accréditation, soit le LCME, le WFME et la CIDMEF, ainsi que ceux utilisés au Canada et en Australie, alors que ces pratiques ne sont pas encore généralisées, on concluait que les normes n'étaient pas encore en phase opérationnelle avec les principes en RS pour évaluer la réponse institutionnelle aux besoins du système de santé et de la population, malgré les larges consensus (Boelen et al, 2019). On y voit pour le RIFRESS l'urgence d'une harmonisation des systèmes d'accréditation sur la base d'une révision en profondeur des normes, qui devraient être plus sensibles, et de l'inclusion des partenaires de santé dans les processus pour l'ensemble de la mission universitaire.

Jacques Girard : Jacques.girard@fmed.ulaval.ca

* Barber, C; Van der Vleuten, C; Leppink, J; Chahine, S: Social Accountability Frameworks and Their Implications for Medical Education and Program Evaluation: A Narrative Review, *Academic Medicine*: December 2020 - Volume 95 - Issue 12 - p 1945-1954 doi: 10.1097/ACM.0000000000003731



La responsabilité sociale du soignant : de l'interculturalité aux « situations d'altérité »

Stéphane Tessier, médecin de santé publique : sftessier@free.fr

Face à leur public, les travailleurs de première ligne (éducation, santé, social, justice, etc.) ne sont jamais aussi isolés qu'ils le ressentent. L'institution qui est leur cadre professionnel a en effet une histoire, des références précises, des protocoles qui, tous, engendrent un comportement normé face aux usagers. Ainsi, devant tout désordre individuel, l'institution va proposer son ordre collectif. La première étape sera de le nommer pour qu'il rentre dans son cadre de référence. En Occident, l'éducation va ainsi identifier des *lacunes*, la médecine des *pathologies*, la justice des *délits*, le social des *besoins*, etc. De ce geste va se déduire la qualité de « l'utilisateur » : *élève, malade, justiciable, bénéficiaire*, etc. Mais toutes les sociétés humaines ne partagent pas les mêmes catégories de désordre et même en France, une certaine porosité existe, puisqu'un jeune « à problème » pourra être pris en charge par un psychiatre ou le juge des enfants.

Une question concerne directement la diversité culturelle : que faire d'un désordre constitué par l'*étrangeté* de l'utilisateur, sa bizarrerie ? Malheureusement, le premier réflexe souvent constaté chez les professionnels est de mobiliser spontanément le registre de son institution pour qualifier cette différence. Ainsi, le fait d'être étranger va être analysé comme un manque éducatif (une lacune, des parents « démissionnaires »), un désordre mental (un obstacle au soin, voire une pathologie comme le « syndrome méditerranéen »), un problème juridique de droit de séjour, une incapacité de se débrouiller dans la société (un besoin social)...

Or, ce n'est pas seulement la migration qui fait l'étranger, mais surtout l'*accueil* qui est réservé à cet utilisateur par les professionnels qui représentent les institutions. Il faut en effet un regard pour faire de l'Autre un étranger. Or, c'est ce même regard qui structure la relation éducative, soignante, judiciaire ou sociale entre un professionnel institutionnel *sachant* et un utilisateur réputé *ignorant*, donc par nature *étranger* aux logiques de l'institution.

C'est pourquoi il semble important de modifier le déséquilibre de cette relation en travaillant non plus sur la seule *qualité* de l'utilisateur comme migrant (ou précaire), mais en raisonnant en termes de *situations d'altérité*. L'altérité est la prise en compte de tout ce qui est différent de moi. La construction de la relation en situation d'altérité crée une symétrie entre l'institution et l'utilisateur qui doivent accepter mutuellement leurs différences. Parler de situations d'altérité les mobilise à parts égales, dans une relation équilibrée où l'utilisateur « étranger » ou bizarre peut sereinement assumer son étrangeté et où l'institution accepte sa part de responsabilité pour y répondre efficacement, en n'imposant pas sa propre vision du « désordre d'être étranger ».

Une telle réflexion engage à revisiter l'acte de soigner, d'éduquer, de juger, de soutenir, en prenant conscience de l'asymétrie foncière de la relation entre un utilisateur par définition isolé et une institution, elle aussi par définition, collective et puissante. Elle induit une responsabilité sociale majeure de la part de l'institution et des professionnels qui l'animent pour ne pas enfermer l'utilisateur dans des clichés, voire agir sciemment ou non de façon discriminatoire. Faute d'une telle posture, ces situations d'altérité alimentent le cercle vicieux des stéréotypes qui ne voient dans l'expérience concrète que ce qui les renforce et sont aveugles à ce qui pourrait les contredire.

C'est dire l'enjeu de cette prise de conscience, et l'importance de faire de la gestion de ces « situations d'altérité » un sujet de responsabilité sociale des professionnels soignants de première ligne.

Pour en savoir plus : S. Tessier, **L'interculturalité dans le quotidien professionnel**, L'Harmattan, 2019



Accréditation et responsabilité sociale

Compte-rendu d'une importante consultation internationale

« Créer un mouvement en vue d'une initiative mondiale pour s'assurer que les systèmes d'accréditation des facultés de médecine soient conçus et utilisés afin de mieux répondre aux besoins et défis prioritaires de santé de la société, aujourd'hui et dans le futur ».

C'est l'objectif du **groupe ISAATT** (International Social Accountability and Accreditation Think Tank), animé par l'AFMC (Association des Facultés de Médecine du Canada), lors de trois sessions virtuelles tenues en mars et avril 2021 auxquelles participèrent une centaine d'experts internationaux, dont certains francophones, membres du RIFRESS et de la CIDMEF. Le document de référence adressé préalablement aux participants était intitulé : « Accrediting excellence for a medical school's impact on population health » (Education for health, 2019,32 : 41-8).

Trois questions principales orientèrent successivement les discussions :

- 1- Quelle est la situation dans votre pays ou votre région concernant la promotion de la responsabilité sociale dans le système d'accréditation ? ,
- 2- Quelles mesures sont à prendre pour intégrer davantage le concept de responsabilité sociale (**RS**) dans l'accréditation ? ,
- 3- Quelles actions devraient être entreprises en matière de plaidoyer, de développement des capacités et de recherche-action ? Au cours des sessions, 9 groupes partagèrent leur avis en parallèle. Une synthèse de la session fut adressée aux participants avant la session suivante et un résumé de l'ensemble des délibérations au cours des 3 sessions fut rédigé. Trois types d'actions ont été proposés : le plaidoyer, le développement de capacités, la recherche-action.

Plus d'info .Des informations sur le détail de ces actions, ainsi que sur le développement du projet ISAATT seront communiquées dans le prochain bulletin du RIFRESS.

Un petit rappel :

Le RIFRESS a organisé ses **premières journées virtuelles** en mars de cette année.

Ce fut l'occasion de faire le point sur le travail des groupes thématiques et de nous ouvrir aux enjeux du développement durable.

Une synthèse écrite des 5 sessions a été publiée dans le bulletin RIFRESS N° 7
Les enregistrements des 5 sessions ont été mises en ligne.

Le tout est accessibles sur le site du RIFRESS : <https://rifress.org>

Des remarques, des questions, des souhaits ??
Ecrivez-nous par mail aux adresses ci-dessous

Editeurs responsables

Dominique Pestiaux dominique.pestiaux@uclouvain.be ; Jean-François Deneff : Jean-francois.deneff@uclouvain.be

Contacts utiles :

Le président du réseau et du comité de direction : Charles Boelen : boelen.charles@wanadoo.fr
le secrétaire général : Ahmed Maherzi : secretariat@rifress.org
le site du RIFRESS : <https://rifress.org>