

La responsabilité sociale en santé

Ségoleine de Rouffignac¹, Nicolas Pierre², Kelly Tchomba Djuiko³, Dominique Pestiaux⁴

Social accountability in health

A jeopardized healthcare system, a generation looking for sense in life and work, a growing gap between the population's needs and health resources... Social accountability is a concept designed to stimulate reflection and action in favor of a health policy that is more coherent, effective, and equitable. Of course, while this responsibility is primarily in the realm of politicians and health managers, it also concerns universities, health professionals, and communities themselves. The scope of application of this accountability is broad: From ecology to health, it is essential to answer the current problems. By fostering dialogue and partnership among the different actors, the solutions should focus on unity for action rather than fragmentation, guided by values of quality, equity, relevance, and cost-effectiveness. Social accountability invites us to step out of our comfort zone by showing a capacity of reflection, adaptation, and action in order to meet the present society's needs.

KEY WORDS

Social accountability, family practice, unity for health, migration, ecology

Un système de santé menacé, une génération en recherche de sens dans son travail, un gap grandissant entre les besoins de la population et les ressources sanitaires... la responsabilité sociale est un concept permettant de stimuler une réflexion et action en faveur d'une politique de santé plus cohérente, efficace et équitable. Cette responsabilité incombe bien sûr aux politiciens et gestionnaires de la santé, mais également aux universités, aux professionnels de la santé et aux communautés elle-même. Les domaines d'application de cette responsabilité sont vastes : de l'écologie à la santé, il est important de répondre aux problématiques actuelles. En favorisant le dialogue et le partenariat entre les différents acteurs, les solutions viseront une unité d'action plutôt qu'une fragmentation, guidée par des valeurs de qualité, d'équité, de pertinence et de coût-efficacité. La responsabilité sociale nous invite à sortir de notre zone de confort par une capacité de réflexion, d'adaptation et d'action pour répondre aux besoins de la société.

Que savons-nous à ce propos ?

La responsabilité sociale (RS) devient un enjeu contemporain majeur dans nos sociétés. Récemment, le réseau international francophone pour la responsabilité sociale en santé (RIFRESS) a été créé, regroupant 61 facultés de 23 pays francophones différents.

Que nous apporte cet article ?

Cet article fait le point sur le concept de responsabilité sociale en santé. Il nous invite à réfléchir à notre rôle dans la société en tant que professionnel de santé, en prenant des exemples concrets de problématiques actuelles.

What is already known about the topic?

Social accountability (SA) is a major contemporary issue in our societies. Recently, the Francophone international network for social accountability in health (RIFRESS) has been created, bringing together 61 faculties from 23 different French speaking countries..

What does this article bring up for us?

This article reviews the concept of social accountability in health. It invites us to think about our role in society as a health professional, providing concrete examples of current issues.

INTRODUCTION

La responsabilité sociale... voilà un terme à la mode dans tous les domaines d'activités. Ce concept ne rencontre que très peu d'opposants. Une des raisons en est peut-être même la nature de cette notion qui est large et élastique. Probablement également que la prise de conscience par tous les acteurs de la société des enjeux environnementaux et sociaux, aussi bien locaux que globaux, les pousse à la recherche de nouvelles solutions. Cette prise de conscience est progressive et exponentielle, raison pour laquelle la responsabilité sociale est de plus en plus à l'ordre du jour. Toutefois, son approbation paradoxalement « trop » consensuelle peut faire craindre une dilution de ses principes dans une banale stratégie de relations publiques et de communication, sans réelle volonté de changement.

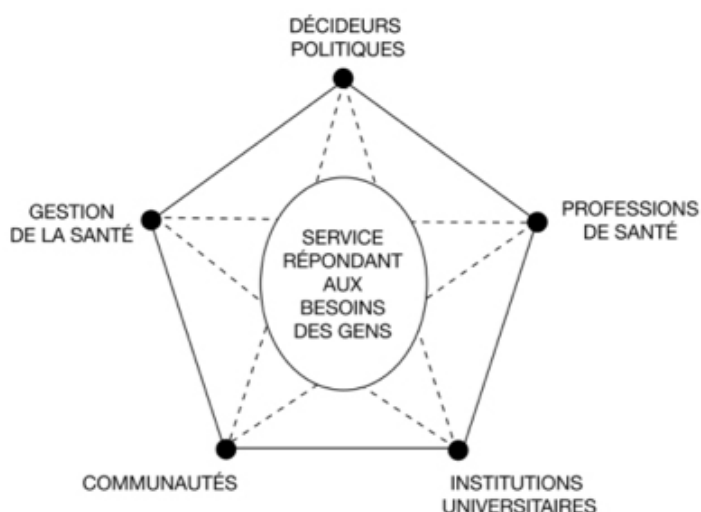
DÉFINITION DE LA RESPONSABILITÉ SOCIALE

Bien que les termes utilisés pour la responsabilité sociale étaient différents, cette notion est bien ancrée dans la société depuis des millénaires, déjà à partir du temps de l'Athènes classique (500 ans av. J.-C.) (1). Son développement a pris de l'ampleur dans les années 1950 avec le développement industriel à la recherche d'un équilibre entre l'essor économique, et le contexte environnemental et social. Un triple compromis est nécessaire sur le plan global pour permettre le développement et la pérennité : entre les activités humaines et la protection des écosystèmes, entre les générations actuelles et futures et entre les pays du Nord et du Sud (1). La conscientisation de ce défi notamment par des consommateurs amène l'implication politique et la création d'une réglementation à la base de la responsabilité sociale moderne (1). La responsabilité sociale des entreprises est maintenant véritablement institutionnalisée. Elle devient un étalon de mesure de la performance d'une institution. En effet, elle affirme la nécessité de tirer le meilleur avantage des ressources investies tout en assurant une participation démocratique à la décision. Elle inclut aussi bien les politiques mises en place pour contribuer à la protection de l'environnement que pour respecter l'inclusion sociale ou l'amélioration des produits... Le domaine d'application de la responsabilité sociale est donc large : économique, sociale, culturelle et même éducative. La responsabilité sociale est présente partout.

DÉFINITION DE LA RESPONSABILITÉ SOCIALE EN SANTÉ : UNE HISTOIRE DE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ?

La responsabilité sociale est-elle donc aussi présente en santé ? Les professionnels de santé n'échappent pas à cette tendance. Ils doivent donc s'interroger sur les défis de notre temps notamment en termes de mondialisation, de contraintes économiques, de préservation de l'environnement, de vieillissement de la population, de marginalisation de certains groupes de population, du développement technologique. Le médecin généraliste doit se poser la question de son rôle et de celui de la première ligne dans ce contexte. En 1995, l'Organisation Mondiale de la Santé décrit la responsabilité sociale des facultés de médecine par « l'obligation d'orienter la formation qu'elles donnent, les recherches qu'elles poursuivent et les services qu'elles dispensent vers les principaux problèmes de santé de la communauté, région et/ou nation qu'elles ont comme mandat de servir » (OMS, 1995). En 2000, elle ajoute que « les principaux problèmes de santé seront identifiés conjointement par les gouvernements, les organismes, les professionnels de la santé et le public » (2). Si la responsabilité sociale ne peut être assimilée à la santé publique ou à la médecine générale, elle a cependant comme objectif prioritaire de s'assurer que les priorités de santé sont bien prises en compte, que les facultés de médecine orientent leurs politiques vers ces questions et que, toutes spécialités confondues, elles sont sensibilisées aux questions d'accessibilité, de qualité des soins, d'inégalités ou encore d'ouverture vers de nouvelles questions de santé provenant des attentes de la société (3). Les cinq principaux acteurs de la responsabilité sociale en santé sont les décideurs politiques, les gestionnaires de la santé, les professions de santé, les institutions universitaires et les communautés ou société civile. Ils doivent agir en partenariat (Figure 1).

Figure 1. Pentagone du partenariat (2)



Or, force est de constater que nos systèmes de santé souffrent d'une sérieuse fragmentation. Malgré une certaine prise de conscience de la nécessité d'abattre les frontières, on est loin d'une coordination entre services curatifs, préventifs et actions sociales, loin également d'une alliance entre différents acteurs, qui tendent à protéger leur spécificité aux dépens d'une vision globale et à long terme, sans nécessairement tenir compte des réels besoins de la société (2). Comment espérer un tel partenariat ? Outre un effort d'introspection et de responsabilisation, ne faut-il pas des incitants pour créer du lien dans l'action sanitaire ? L'université se limite souvent à « bien » former les médecins sans s'intéresser à leur devenir dans la société. Combien opteront pour la médecine générale ? Où s'installeront-ils ? L'université forme-t-elle les médecins de demain à devenir de bons cliniciens prenant en compte le patient d'abord et ensuite leur responsabilité dans l'inégalité de l'accès aux soins ou leur carrière et leur niveau de vie ? Sont-ils de bons gestionnaires des problèmes de santé de leurs patients mais aussi de l'environnement professionnel dans lequel ils vivent ? Pourtant toute entreprise est soucieuse du devenir de son produit sur le marché...et l'université ne devrait-elle pas être responsable en cas de problème ? Cette situation peut être expliquée notamment, par une absence de sollicitation des acteurs du domaine de la santé et de valorisation dans les rares cas où elle en prend l'initiative de s'assurer du devenir des soignants qu'elle forme.

De même, en tant que médecins généralistes, avons-nous des incitants à être impliqués au niveau de la santé publique, des politiques de santé, de l'action communautaire ? En effet, pour que les soins soient socialement responsables, ils doivent être équitables, accessibles et centrés sur les soins du patient, de la communauté et de la population. Cela nécessite un rôle actif des médecins en tant que

soignants (plan individuel), qu'acteurs communautaires (plan communautaire) et qu'acteurs politiques (plan global) (Figure 2). La responsabilité sociale demande une collaboration entre les acteurs de santé, les décideurs et les bénéficiaires (4). Et son développement s'appuie sur des valeurs fondamentales qui devraient se retrouver dans tout système de santé pour répondre aux besoins de la société : qualité, équité, pertinence, utilisation responsable des ressources (coût-efficacité) (5).

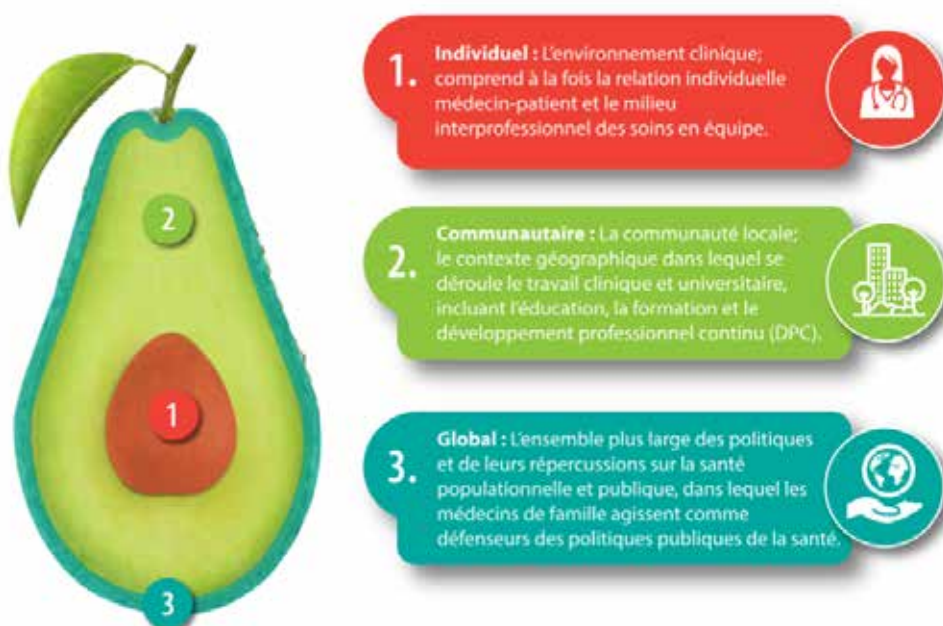
LA RESPONSABILITÉ SOCIALE, UN ENJEU DANS BEAUCOUP DE DOMAINES : QUELQUES EXEMPLES

A) L'UNITÉ POUR LA SANTÉ

La stratégie de l'OMS «Vers l'Unité Pour la Santé» (en abrégé, VUPS) consiste à créer une dynamique d'intégration et de partenariat, et à encourager l'expérimentation sur le terrain, pour trouver les meilleures approches pour créer et pérenniser l'unité d'action (2). Or nous sommes souvent tiraillés entre d'une part notre idéal qui nous porte à fonder notre action sur les valeurs de qualité et d'équité, et d'autre part, les réalités qui nous imposent la pertinence et le contrôle du rapport coût-efficacité. Quatre valeurs qui grâce à la notion de responsabilité sociale, ne s'opposent plus mais se complètent.

Nos sociétés sont de plus en plus inégalitaires (6,7,8). Quoi que l'on pense de ces développements socio-économiques, ils changent de fait profondément le cadre dans lequel évoluent les prestataires de soins en général, et les médecins en particulier. Le risque d'une médecine à deux vitesses est régulièrement évoqué. De nombreuses études, en particulier les travaux de Wilkinson, illustrent

Figure 2. Les niveaux des soins socialement responsables (4)



que les inégalités au sein d'un pays sont directement proportionnelles à toute une série de problèmes, notamment en matière de santé (espérance de vie réduite, mortalité infantile...) (9). Ceci est valable également, et de manière plus surprenante, même à revenu élevé identique. Ainsi, une personne favorisée sera en meilleure santé dans un pays à faible taux d'inégalités qu'une personne tout aussi favorisée au sein d'un pays fortement inégalitaire. Ceci signifie que si la Belgique se dirige vers plus d'inégalités, la santé globale de la population belge sera moins bonne...et personne ne sera épargné ! Ce constat doit interpellier les professionnels de la santé en général, et les médecins en particulier. Quel rôle a, ou n'a pas, le médecin dans la reproduction ou au contraire le comblement de ces inégalités ? Comment se positionner quand notre pratique nous fait réaliser que la santé d'un patient se trouve en grande partie, bien loin du cabinet du médecin, déterminée par la structure socio-économique même de nos sociétés ?

Une des valeurs de référence de la responsabilité sociale est également l'utilisation responsable des ressources. Bien que chacun semble sensibilisé à cette problématique, elle est pourtant source de tension entre notre rôle d'acteur de santé publique et notre rôle de soignant. Mais cette valeur peut être aussi à l'origine de tensions entre professions de santé. Quels quotas pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes ? Quels actes jusque-là réservés aux spécialistes peuvent être réalisés par les généralistes ? Et par d'autres soignants ou par des personnes non « médicales » dans le cadre de la délégation de tâches ? Les usagers eux-mêmes pourraient-ils assumer certaines actions de santé ? La pertinence dans un système de santé nous impose de consulter le niveau de soin le plus adapté (premier, deuxième ou troisième ligne). Il faut accepter de fixer des priorités d'action. En outre, les besoins liés au contexte sociétal d'aujourd'hui engendrent une nécessaire réorganisation des systèmes de santé avec une probable modification aux niveaux des champs de compétences des différents dispensateurs de soins et de leurs interactions. Comment relever la transition épidémiologique comprenant un vieillissement de la population et la multi morbidité habituelle à cet âge, si ce n'est pas une réelle formation à l'approche pluri disciplinaire du soin, la délégation de tâches, la prise en compte de la pauvreté et de la marginalisation de personnes précarisées et exclues du système ? Une étude récente montre qu'augmenter le budget des services sociaux a un impact sur la santé de la population alors que l'augmentation des dépenses de santé ne serait pas nécessairement associée avec une amélioration de celle-ci (10).

B) L'ÉCOLOGIE

Qui d'entre vous fait attention à sa consommation de chauffage, réfléchit à son moyen de locomotion, achète bio et local ? Vous semblez sensibilisé à la problématique écologique dans votre vie privée...et pourquoi pas dans votre vie professionnelle ? Avez-vous déjà calculé

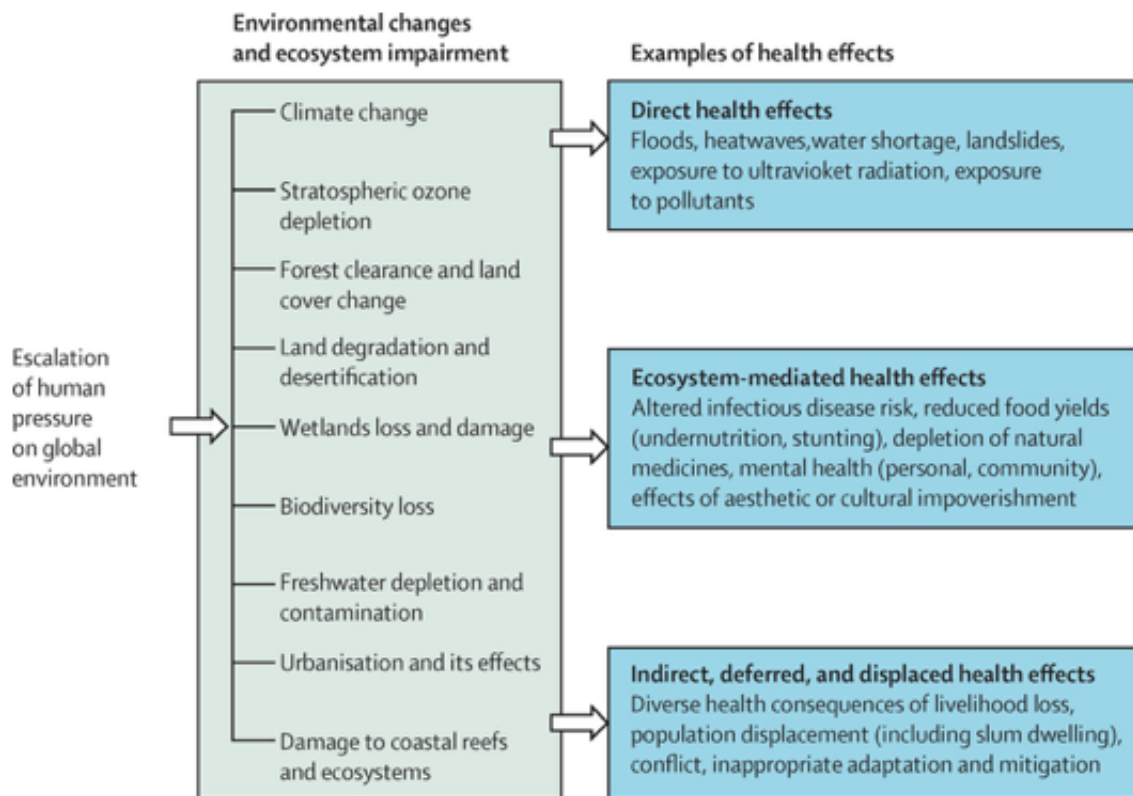
l'empreinte écologique de votre pratique ? Aux USA, une étude a montré qu'un hôpital avait une empreinte écologique correspondant à plus de 700 fois sa taille (11). En revanche, peu d'étude existent en médecine générale et les indicateurs de qualité d'une pratique ne prennent pas en compte la dimension environnementale (11). Pourtant, la responsabilité sociale appliquée aux changements climatiques montre que ceux-ci ont un impact important sur la santé puisqu'on considère que 150.000 décès dans le monde en 2000 sont dus au climat et pourraient s'élever à 250.000 d'ici 2040. (Dr. Bettina Menne, OMS, bureau européen). Les effets de ces changements sur la santé sont bien documentés et nos facultés de médecine devront s'adapter, voire anticiper ces risques pour former les futurs soignants à ces défis. Le tableau ci-dessous illustre ce à quoi on pourrait s'attendre en terme d'effets des changements climatiques sur la santé (Figure 3) (12).

C) LA MIGRATION

Les changements climatiques ont pour conséquences le déplacement de populations. Le nombre de migrations dues aux problèmes environnementaux n'est pas connu, mais probablement en augmentation (12). Fin 2013, 51 millions de personnes avaient migrées en raison de persécution, violence, conflit, violation des droits humains et 33 millions en plus s'étaient déplacées dans leur propre pays (12). Que ce soit la migration et la multi culturalité qui l'accompagne, ne faut-il pas former les futurs soignants à l'accompagnement de patients d'autres cultures et donc avec des codes de communication différents ? Comment réagissons-nous face à la migration ? Et cette « crise migratoire » en Belgique ? Quelle est notre responsabilité en tant que médecin face à cette crise ? Que ce soit contre le changement climatique ou l'aide au développement, de nombreux acteurs prennent leur responsabilité et dénoncent la politique actuelle (13,14). Et vous ?

La responsabilité sociale des facultés dans la migration est également un enjeu majeur. Selon l'observatoire de l'enseignement supérieur de la fédération Wallonie Bruxelles, en 2009-2010, environ 32.000 étudiants n'ont pas la nationalité belge, soit un étudiant sur cinq. Parmi les étudiants étrangers, les trois nationalités les plus représentées dans l'enseignement supérieur sont la française (50,7 %), la luxembourgeoise (5,0 %) et la camerounaise (5,0 %). Or, au Cameroun, selon l'OMS, il existe 0,19 médecins pour 1000 habitants en 2004, ce qui classe le pays parmi ceux qui sont le plus en pénurie de personnels soignants tels que médecins, sages-femmes ou infirmières (15). Les raisons pour lesquelles les étudiants migrent sont d'une part les conditions de vie et de travail, la détérioration du cadre de travail, la non reconnaissance du travail accompli, le gel des salaires à un niveau très bas, des infrastructures délabrées, un manque de matériel pédagogique (16). À noter que le pays dispose d'une formation de sept ans suite à laquelle les étudiants reçoivent un diplôme de médecin généraliste. Suite à l'absence de toute formation spécialisée, les étudiants souhaitant se spécialiser se voient dans l'obligation de

Figure 3. Impact des changements climatiques sur la santé (12)



poursuivre leur formation ailleurs, ce qui explique la migration active qui ne fait que s'accroître. Quelle est la responsabilité de nos facultés face à ces migrations? Quel rôle joue-t-elle dans la pénurie de médecins dans certains pays...et dans certaines régions de Belgique? En tant que médecin généraliste, comment pouvons-nous agir pour éviter des barrières à l'accès aux soins, en vue d'avoir une unité pour la santé?

CONCLUSION

Dans notre société de consommation, les personnes se perdent et sont en recherche de sens dans tous les domaines. Le domaine de la santé échappe-t-il à cette tendance ? La responsabilité sociale ne répond-elle pas à la recherche de valeur et de sens dans notre travail? Les partenaires du « pentagone » devraient être encouragés à revoir leur mission fondamentale au regard des valeurs de référence de la responsabilité sociale et à réajuster leurs programmes d'action pour mieux servir les besoins de la société dans un esprit de complémentarité. En tant que médecin généraliste, l'heure est à l'introspection et peut-être au changement : quelle est ma responsabilité sociale en santé? Suis-je guidé par les valeurs de qualité, équité, pertinence et utilisation responsable des ressources dans mon travail pour répondre au mieux aux besoins de la société et espérer une unité vers la santé ?

Le centre académique de médecine générale (CAMG), conscient de sa responsabilité sociale en santé, tend à intégrer cette réflexion dans ses rôles de formation, de recherche et de services. Ainsi, le CAMG est soucieux de former les étudiants en adéquation avec le contexte sociétal. Citons par exemple, les nombreux partenariats lors des cours, par exemple avec Médecins du Monde, avec des pharmaciens et des kinésithérapeutes. Au niveau de la recherche, deux étudiants réalisent des mémoires de recherche clinique sur cette thématique. L'un se penche sur la perception de la responsabilité sociale des facultés de médecine, dont l'UCL, en vue d'identifier des thèmes prioritaires pour chaque catégorie professionnelle concernée (professeurs, étudiants, maitres de stages...). L'autre étudie la responsabilité sociale des facultés dans le cadre de la migration des étudiants camerounais. Enfin, pour prendre sa part de responsabilité en tant qu'un des cinq acteurs du pentagone, le CAMG s'implique dans des projets comme BOOST (*Better Offer and Organization thanks to the Support of a Tripod model*), projet pilote retenu dans le cadre du plan conjoint en faveur des malades chroniques «Des soins intégrés pour une meilleure santé» (17).

RÉFÉRENCES

1. Rodié I. Responsabilité sociale des entreprises – le développement d'un cadre européen. 2007.
2. Boelen C. La stratégie de l'OMS « Vers l'Unité Pour la Santé » et la responsabilité sociale des facultés de médecine. *Sante Publique (Paris)*. 2003;15(HS):137. doi:10.3917/pub.hs030.0137.
3. Pestiaux D. La responsabilité sociale des institutions de formations en santé. *Pédagogie Médicale*. 2015;16(3):163-165. doi:10.1051/pmed/2016006.
4. Buchman S. Pratiquer la responsabilité sociale. 2016;62:24-27.
5. SIFEM. Consensus Mondial sur la Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine. 2010:1-16.
6. OECD. In It Together : Why Less Inequality Benefits All. 2015. <http://www.oecd.org/els/soc/divided-westandwhyinequalitykeepsrising.htm>.
7. Wade RH. The Rising Inequality of World Income Distribution. *Financ Dev*. 2001;38(4). <https://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2001/12/wade.htm>.
8. Birdsall N. Rising Inequality in the New Global Economy. *Cent Glob Dev*. 2005.
9. Pickett K, Wilkinson R. *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*; 2009.
10. Dutton DJ, Forest PG, Kneebone RD, Zwicker JD. Effect of provincial spending on social services and health care on health outcomes in Canada: an observational longitudinal study. *Can Med Assoc J*. 2018;190(3):66-71. doi:10.1503/cmaj.170132.
11. Blau E, Asrar FM, Arya N, Schabort I, Abelsohn A, Price D. Greener medical homes. *Can Fam Physician*. 2016;62:381-384.
12. Whitmee S, Haines A, Beyrer C, et al. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: Report of the Rockefeller Foundation-Lancet Commission on planetary health. *Lancet*. 2015;386(10007):1973-2028. doi:10.1016/S0140-6736(15)60901-1.
13. Collectif de signataires. 111 personnalités dénoncent les coupes dans l'aide belge au développement. *Le Soir*. 2018. <http://plus.lesoir.be/134610/article/2018-01-17/111-personnalites-denoncent-les-coupes-dans-laide-belge-au-developpement>.
14. Carte Blanche Collective. Et si en 2018, nous faisons grève pour le climat et l'environnement? *Le Soir*. 2018. <http://plus.lesoir.be/133058/article/2018-01-09/et-si-en-2018-nous-faisons-grève-pour-le-climat-et-l'environnement>.
15. WHO. Statistiques Sanitaires Mondiales 2006. 2006. http://www.who.int/whosis/whostat2006_fr.pdf.
16. Okalla R, Vigouroux A Le. Cameroun : de la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire. *Bull l'APAD*. 2001;21. <http://apad.revues.org/181>.
17. Des soins intégrés pour une meilleur santé. <https://www.integreo.be/fr>.

AFFILIATIONS

1. Ségolène de Rouffignac (médecin généraliste, CAMG UCL), segolene.derouffignac@uclouvain.be
2. Nicolas Pierre (étudiant, UCLouvain)
3. Kelly Tchomba Djuiko (étudiante, UCLouvain)
4. Dominique Pestiaux (médecin généraliste, professeur émérite de l'UCLouvain)

CORRESPONDANCE

Dr. SÉGOLÈNE DE ROUFFIGNAC

CAMG -UCLouvain
segolene.derouffignac@uclouvain.be