

Indicateurs de responsabilité sociale dans la formation des professionnelles et professionnel de la santé

Guide et outil d'autoévaluation ISAT



(Indicators for Social Accountability Tool)

Promoteur du projet : USAID
En collaboration avec le Consensus mondial pour la responsabilité sociale

Traduction française : Bureau de la responsabilité sociale, Faculté de médecine et de sciences de la santé (FMSS), Université de Sherbrooke

Table des matières

Introduction.....	1
Sommaire exécutif : développement et vue d'ensemble de l'ISAT	3
Historique et contexte : développement et vue d'ensemble de l'ISAT	4
Processus de développement de l'outil.....	8
Introduction à l'ISAT.....	11
But.....	11
Qui devrait utiliser l'ISAT ?.....	11
Comment l'ISAT doit-il être utilisé ?	11
Quelles sont les phases ISAT ?	12
Quelles sont les composantes de base de l'ISAT ?	13
Communauté étudiante.....	13
Recrutement du corps professoral	14
Perfectionnement du corps professoral.....	15
Programme d'études : contenu	16
Programme d'études : méthodes d'apprentissage	16
Programme d'études : types et lieu des expériences éducatives.....	17
Recherche communautaire.....	18
Gouvernance.....	18
Partenariat et engagement des parties prenantes.....	19
Résultats.....	20
Incidence sociétale.....	20
Autres considérations	21
OUTIL D'AUTOÉVALUATION DE LA RESPONSABILITÉ SOCIALE	22
GUIDE DE MISE EN ŒUVRE	22
Glossaire.....	i
Annexes.....	iii
Codéveloppeurs de l'outil	iii
Ressources supplémentaires sur la responsabilité sociale	iv
Références	v

Introduction

La responsabilité sociale est un guide pour aider le personnel de la santé à « mieux répondre aux besoins prioritaires des personnes et de la société en matière de santé aujourd'hui et dans le futur ». À l'échelle mondiale, trop de personnes meurent de causes évitables et souffrent de problèmes de santé en raison d'un accès inadéquat aux soins appropriés. Le manque et la mauvaise répartition du personnel de la santé ainsi que l'écart entre les besoins des personnes et les compétences et expériences de ce personnel sont des obstacles à la réalisation de l'accès et de la couverture sanitaire universelle (CSU) pour tous. Plusieurs études indiquent que le choix de carrière et le futur lieu d'exercice des étudiantes et étudiants en sciences de la santé sont influencés par qui accède à l'éducation, le contenu, le lieu et les méthodes d'apprentissage. Renforcer la responsabilité sociale des établissements de formation et de leur communauté de diplômés est désormais reconnu comme un mécanisme efficace pour maximiser l'incidence positive sur la santé et sur le renforcement des systèmes de santé. C'est pourquoi les cadres globaux et les orientations politiques adoptent des stratégies de responsabilité sociale pour améliorer la quantité, la qualité et la pertinence de la formation du personnel de la santé afin d'assurer que les pays disposent d'équipes interprofessionnelles bien formées, prêtes et disposées à travailler avec et dans les communautés pour répondre à leurs besoins de santé, où qu'ils soient. L'application des principes de responsabilité sociale fournit aux établissements d'enseignement un mécanisme permettant d'accroître l'équité dans la formation, de mener des recherches pertinentes sur les besoins de santé de la population et d'améliorer l'accès et la qualité des services de santé, une pratique essentielle pour les établissements d'enseignement socialement responsables. Les mécanismes de responsabilité sociale encouragent non seulement les efforts continus pour accroître l'équité, mais aussi la pertinence, l'efficacité et surtout la qualité de la formation dans le but ultime d'améliorer la qualité des services de santé pour tous.

En incitant les établissements d'enseignement à s'autoévaluer et à valider leur responsabilité sociale, nous commencerons à lutter contre les iniquités en matière de santé et à intégrer de manière proactive les déterminants sociaux de la santé (DSS) dans nos pratiques. The Network : Towards Unity for Health (TUFH) (Le réseau : Vers l'unité pour la santé) se consacre à cette vision et à son objectif de créer l'UNITÉ parmi les principales parties prenantes du système de santé.

Les établissements de santé du monde entier aspirent à respecter les valeurs et les normes de responsabilité sociale parce qu'ils veulent rester pertinents et compétitifs.

- La validation de la responsabilité sociale aide les parties prenantes telles que la communauté (bénéficiaires), l'ensemble des consommateurs (clientèle étudiante), les membres investisseurs (anciens étudiants et étudiantes), les médias et les décideurs politiques

(ministères de la Santé) à soutenir les organisations qui utilisent la responsabilité sociale comme force positive.*

- Une évaluation de la responsabilité sociale permet de déterminer les incidences d'une institution et de son mode de gestion sur son personnel, sa communauté, son environnement et ses consommateurs. Une « vérification » socialement responsable démontre qu'une institution répond aux normes les plus élevées à cet égard.
- La « vérification » de la responsabilité sociale ne prouve pas seulement où votre institution excelle maintenant, elle vous engage à tenir compte des répercussions des parties prenantes à long terme en l'intégrant dans la structure (juridique) de votre entreprise.

Les établissements d'enseignement et les systèmes de santé veulent s'autoévaluer et être certifiés, car ils s'engagent vers un monde plus socialement responsable, ils établissent des relations avec des institutions et des personnes partageant ces idées, ils attirent des talents, ils améliorent leur incidence, ils amplifient leur voix et ils défendent leur mission.

Pour nous évaluer, nous utilisons l'outil des indicateurs de responsabilité sociale (ISAT) dont le but est d'aider les établissements d'enseignement et les programmes de formation en santé à évaluer régulièrement leurs progrès vers une plus grande responsabilité sociale afin que leurs programmes soient bien positionnés pour répondre aux besoins actuels et futurs du système de santé et ainsi accroître l'accès universel à la santé et à l'assurance-maladie. L'ISAT peut également aider les établissements d'enseignement à établir des priorités pour la recherche et l'amélioration de la qualité et veiller à ce que leurs stratégies et activités contribuent à accroître la collaboration interprofessionnelle, l'équité en santé et la qualité des services. En outre, il permet une comparaison entre les institutions à travers les régions et pays.

Ce guide doit servir de référence aux établissements d'enseignement en santé lorsqu'ils remplissent en ligne le formulaire d'autoévaluation de la responsabilité sociale ISAT. Ce dernier comprend quatre sections comportant chacune une gamme de domaines à remplir.

* Ce paragraphe ne s'applique qu'aux États-Unis

Sommaire exécutif : développement et vue d'ensemble de l'ISAT

À l'échelle mondiale, trop de personnes meurent de causes évitables et souffrent de problèmes de santé en raison d'un accès insuffisant à des soins appropriés. Le manque et la mauvaise répartition du personnel de la santé ainsi que l'écart entre les besoins des personnes et les compétences et expériences de ce personnel sont des obstacles à la réalisation de l'accès universel et de la CSU pour tous.

Plusieurs études indiquent que le choix de carrière et le futur lieu d'exercice des étudiantes et étudiants en sciences de la santé sont influencés par qui accède à l'éducation, par le contenu, le lieu et les méthodes d'apprentissage. Renforcer la responsabilité sociale des établissements de formation des professionnels de la santé et de leur communauté de diplômés est désormais reconnu comme un mécanisme efficace pour maximiser l'incidence positive sur la santé et sur le renforcement des systèmes de santé ⁽¹⁾. Le Canada montre la voie en ayant déjà intégré la responsabilité sociale dans ses normes d'agrément en formation médicale.

Qu'est-ce que la responsabilité sociale de la formation des professionnels de la santé ?

« L'obligation d'orienter les activités de formation, de recherche et de services vers la résolution des problèmes de santé prioritaires de la communauté, de la région ou de la nation qu'ils ont pour mandat de servir ». Les problèmes de santé prioritaires doivent être identifiés conjointement par les gouvernements, les organisations de soins de santé, les professionnels de la santé et le public.

Organisation mondiale de la santé, 1995

C'est pourquoi les cadres globaux et les orientations politiques adoptent des stratégies de responsabilité sociale pour améliorer la quantité, la qualité et la pertinence de la formation du personnel de la santé pour s'assurer que les pays disposent d'équipes interprofessionnelles bien formées, prêtes et disposées à travailler avec, et dans les communautés pour répondre à leurs besoins de santé, où qu'ils soient.

L'application des principes de responsabilité sociale fournit aux établissements un mécanisme permettant d'accroître l'équité en matière de formation, de mener des recherches pertinentes aux besoins de santé de la population et d'améliorer l'accès et la qualité des services de santé, un objectif essentiel pour les établissements socialement responsables. Les mécanismes de responsabilité sociale encouragent non seulement les efforts continus pour accroître l'équité, mais aussi la pertinence, l'efficacité et surtout la qualité de la formation dans le but ultime d'améliorer la qualité des services de santé pour tous.

Dans le but d'accroître la responsabilité sociale de la formation du personnel de la santé dans les Amériques, l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) a réuni des experts dans le domaine de l'évaluation de la responsabilité sociale pour convenir des principaux indicateurs visant à évaluer la

responsabilité sociale des facultés de médecine dans les Amériques. En s'appuyant sur les outils de responsabilité sociale existants, le groupe a développé l' « Outil des indicateurs de responsabilité sociale (ISAT) ». Son développement vise à promouvoir des programmes de formation, de recherche et des services de santé qui soient alignés sur les besoins prioritaires, et ce, en fournissant aux établissements de formation un outil pour évaluer régulièrement leurs progrès vers une plus grande responsabilité sociale. Il s'agit d'un instrument de diagnostic relativement simple qui aide les établissements d'enseignement et leurs parties prenantes à réfléchir à leur situation, à identifier les lacunes et les domaines à améliorer. L'ISAT comprend les composantes suivantes : recrutement, sélection et soutien de la communauté étudiante ; recrutement et perfectionnement du corps professoral ; contenu, lieu et méthodes d'apprentissage ; activités de recherche ; gouvernance et engagement des parties prenantes ; résultats obtenus par les établissements d'enseignement et incidence sociétale. Chaque composante est divisée en quatre phases de développement et comprend des jalons, des normes et des indicateurs.

Les concepteurs de l'ISAT sont conscients que le contexte varie considérablement et que certains indicateurs ne sont pas mesurables ou pertinents dans certains pays ou établissements d'enseignement. Il comprend également une liste de ressources supplémentaires pour aider les personnes intéressées à se joindre au mouvement mondial visant à transformer la formation du personnel de la santé afin de mieux répondre aux besoins des personnes et des communautés locales.

Historique et contexte : développement et vue d'ensemble de l'ISAT

Le monde souffre d'iniquités stupéfiantes en matière de santé, c'est-à-dire de différences systémiques, socialement produites et évitables, donc intrinsèquement injustes et injustifiables. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), plus de 400 millions de personnes voient rarement ou jamais une professionnelle ou un professionnel de la santé dans leur vie, une réalité qui inclut des segments de population dans les pays à revenu élevé ⁽²⁾. En fait, la région des Amériques demeure l'une des plus inéquitables. De telles iniquités en matière de santé sont non seulement inacceptables, mais aussi coûteuses, limitant les opportunités individuelles et ralentissant la croissance économique. Les Nations Unies estiment que si aucune mesure n'est prise, les pertes pour l'économie mondiale dues aux seules maladies non transmissibles pourraient atteindre 47 000 milliards de dollars d'ici 2030⁽³⁾.

La pénurie et la mauvaise répartition géographique du personnel de la santé et l'inadéquation entre les besoins et les compétences restent un obstacle à l'accès universel à la santé et à la CSU, ce qui fait que des millions de personnes dans le monde ne reçoivent pas les soins et les services de santé essentiels dont elles ont besoin.

Selon l'OMS, la CSU signifie que « [...] toutes les personnes et toutes les communautés peuvent utiliser les services de promotion de la santé, préventifs, curatifs, de réadaptation et de soins palliatifs dont elles ont besoin, de qualité suffisante pour être efficaces, tout en veillant à ce que l'utilisation de ces services n'expose pas l'utilisateur à des difficultés financières. » L'OPS ajoute le concept d'accès universel en le définissant comme « [...] l'absence de barrières géographiques, économiques, socioculturelles, organisationnelles ou de genre[...] obtenue grâce à l'élimination progressive des barrières qui empêchent toutes personnes d'avoir une utilisation équitable des services de santé complets déterminés au niveau national. »

Pourtant, la plupart des efforts visant à remédier aux pénuries de personnel de la santé se sont concentrés sur l'augmentation du nombre de la main d'oeuvre, avec une attention limitée accordée à l'incidence des stratégies institutionnelles et éducatives sur l'emplacement et les choix de carrière des diplômés en médecine ⁽⁴⁾. Accroître le nombre de professionnelles et professionnels de la santé formés n'est manifestement pas suffisant, car de nombreux nouveaux diplômés et diplômées migrent vers des carrières spécialisées en milieu urbain ou dans des pays à revenu élevé. Par exemple, au cours des trente dernières années, l'Amérique latine a connu une forte augmentation du nombre de nouvelles écoles de médecine. Cependant, la qualité et la contribution de certaines de ces nouvelles écoles au renforcement du système de santé sont remises en question ⁽⁵⁾. En effet, la Commission Lancet sur la formation du personnel de la santé pour le 21^e siècle suggère que le modèle prédominant de la « tour d'ivoire » biomédicale urbaine et centrée sur le système hospitalier de la formation des professionnels de la santé ne parvient pas à produire des diplômés possédant les compétences et l'expérience nécessaires pour répondre aux besoins actuels et futurs ⁽⁶⁾.

En réponse, les cadres globaux et orientations quant aux politiques, telles la *Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé de l'OMS* ⁽⁷⁾, le *Rapport et le plan d'action de la Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique* (ComHEEG) ⁽⁸⁾, les lignes directrices de l'OMS sur la transformation de la formation des professionnels de la santé ⁽⁹⁾ et la *Stratégie de l'OPS sur les ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle 2018-2023* ⁽¹⁰⁾, optent tous pour des stratégies visant à améliorer la quantité, la qualité et la pertinence de la formation du personnel de la santé afin de s'assurer que les pays bénéficient d'équipes interprofessionnelles prêtes et disposées à travailler auprès des communautés pour répondre à leurs besoins en matière de santé, peu importe où elles se situent.

Favoriser une plus grande responsabilité sociale des établissements d'enseignement et des programmes de formation des professionnelles et des professionnels de la santé est de plus en plus considéré comme un mécanisme efficace pour maximiser leur effet positif sur la santé et le renforcement des systèmes de santé ⁽¹¹⁾. L'OMS définit la responsabilité sociale des programmes de

formation en santé comme « l'obligation d'orienter les activités de formation, de recherche et de service vers la résolution des problèmes de santé prioritaires de la communauté, de la région ou de la nation qu'ils ont pour mandat de servir. Les problèmes de santé prioritaires doivent être identifiés conjointement par les gouvernements, les organisations de soins de santé, les professionnels de la santé et le public » ⁽¹¹⁾.

Bien que les établissements d'enseignement des professions de la santé mettent en œuvre des stratégies associées à la responsabilité sociale depuis au moins les années 1970, ce n'est qu'au milieu des années 2000 qu'un nombre croissant d'établissements d'enseignement et d'organisations ont commencé à promouvoir activement ou à mettre en œuvre des initiatives de responsabilité sociale, en particulier dans la formation médicale. La conférence *The Network : Towards Unity For Health* en 2006 intitulée « *Accroître la responsabilité sociale* » a créé un groupe de travail sur la responsabilité sociale, qui a finalement conduit à l'élaboration du Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine en 2010 développé par des individus et des organisations du monde entier d'abord à travers un processus Delphi et culminant dans une rencontre à East London, Afrique du Sud.

Simultanément, la Commission Lancet de 2010 sur la formation du personnel de la santé pour le 21^e siècle a inclus une section sur la responsabilité sociale et a présenté les expériences du Training for Health Equity Network (THEnet), un partenariat d'établissements d'enseignement des professions de la santé engagées dans la responsabilité sociale ⁽¹²⁾.

Une décennie plus tard, il y a de plus en plus de preuves de l'incidence positive de cette approche sur l'augmentation de la disponibilité, de la distribution et de la qualité du personnel de la santé dans les régions mal desservies ainsi que sur le renforcement de la santé dans les régions qu'ils desservent ^(4,13-15). Un nombre croissant d'établissements d'enseignement de la région des Amériques adoptent une approche plus socialement responsable et axée sur la communauté pour la formation médicale et le Canada a déjà intégré la responsabilité sociale dans ses normes d'agrément des facultés de médecine. La ComHEEG et le plan d'action qui l'accompagne appellent à des actions immédiates, y compris « une intensification massive de la formation professionnelle et technique socialement responsable et transformatrice ». La Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé de l'OMS et la ComHEEG sont toutes deux soutenues par le *National Health Workforce Accounts* (NHWA) de l'OMS. Le but du NHWA est de faciliter la normalisation d'un système d'information sur la main-

Comité d'agrément des facultés de médecine canadiennes

Norme 1 : élément 1.1.1

Responsabilité sociale. Une faculté de médecine s'engage à répondre aux préoccupations prioritaires en matière de santé des populations qu'elle est responsable de servir. La responsabilité sociale de la faculté de médecine : a) est exprimée dans son énoncé de mission ; b) est concrétisée dans le cadre de son programme éducatif par le biais des admissions, du contenu des programmes d'études, des types d'expériences éducatives et des lieux où elles se déroulent ; c) se traduit par des mesures de résultats précises.

d'œuvre pour améliorer la qualité des données, ainsi que pour soutenir le suivi de la performance des politiques des ressources humaines pour la santé en vue de la CSU. Le NHWA est pertinent pour les parties prenantes nationales, régionales et mondiales, et peut contribuer à trouver des réponses aux principales questions politiques liées aux défis actuels des ressources humaines en santé et à la manière d'optimiser la planification. Le NHWA dispose de trois modules de formation y compris des indicateurs au niveau du système qui traitent de l'alignement des plans nationaux de formation pour les professionnelles et professionnels de la santé sur les plans et stratégies de santé nationaux. Le module (3) sur la réglementation et l'agrément comporte deux indicateurs spécifiques à la responsabilité sociale, l'un pour évaluer l'inclusion de la responsabilité sociale dans les mécanismes d'agrément, l'autre pour évaluer l'efficacité de la mise en œuvre.

Le rapport de la ComHEEG définit une vision selon laquelle le personnel de la santé devrait être orienté vers les DSS la promotion de la santé, la prévention des maladies, les soins primaires et les services communautaires centrés sur les personnes. Pourtant, il existe des défis importants pour transformer la formation de ce personnel vers cette vision, qui exige une plus grande responsabilité sociale, avec une attention particulière à l'éducation et à la formation en matière d'équité en santé. Ces défis comprennent les stratégies éducatives actuelles axées sur la santé individuelle plutôt que sur les besoins de la population en matière de santé ; les possibilités limitées d'apprentissage dans les soins primaires et les milieux communautaires, le manque d'accent sur l'apprentissage interprofessionnel et le travail d'équipe dans les milieux de soins primaires ; et les politiques d'admission des étudiantes et étudiants axées uniquement sur le rendement scolaire (4). Une étude récente sur les perspectives latino-américaines sur la responsabilité sociale dans la formation médicale identifie plusieurs obstacles dans la région : le fait que la plupart des normes d'agrément actuelles n'intègrent pas la responsabilité sociale, une valeur professionnelle plus faible et des incitations économiques associées à la pratique des soins primaires, l'absence d'indicateurs sur la responsabilité sociale en tant que responsabilité principale des facultés et écoles de médecine, moins de modèles de rôle du corps professoral en soins primaires que la formation surspécialisée et une exposition de faible qualité de la communauté étudiante aux modèles de rôle en soins primaires⁽⁵⁾. Les recommandations de l'étude susmentionnée en Amérique latine comprennent la mise au point d'un outil d'évaluation de la responsabilité sociale des facultés de médecine de la région, la mise en place d'un réseau régional des programmes de médecine axés sur le sujet et la mise en œuvre d'études qui intègrent les perspectives d'autres parties prenantes, y compris les étudiantes et étudiants et les communautés mal desservies elles-mêmes.

Processus de développement de l'outil

L'OPS s'est engagée à accroître la responsabilité sociale du secteur de la formation du personnel de la santé dans la région dans le cadre d'un effort visant à accroître l'accès universel à la santé et la CSU, et en tant que stratégie visant à réduire les iniquités en matière de santé. Sa stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé appelle à un partenariat «[...] avec le secteur de l'éducation pour répondre aux besoins des systèmes de santé en transformation vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. » Pour soutenir cet objectif, l'OPS a créé le *Consortium sur la responsabilité sociale dans la formation des professionnels de la santé dans la région des Amériques* en 2017. Pour évaluer la responsabilité sociale des facultés de médecine de la région, l'OPS a déterminé qu'il était nécessaire d'élaborer un ensemble d'indicateurs de base reflétant les besoins et les contextes de la région.

En juin 2017, l'OPS a réuni à Washington des directions d'organisations clés et des expertes et experts dans le domaine de la responsabilité sociale pour convenir des indicateurs de base permettant d'évaluer la responsabilité sociale des facultés de médecine de la région. L'OPS a invité les directions du programme ASPIRE de l'*Association for Medical Education in Europe (AMEE)*, de *THEnet: Training for Health Equity Network*, du *George Washington (GW) University's Health Workforce Institute*, de la *Universidad del Litoral — Foro Argentino de Facultades y Escuelas de Medicinas Públicas* et de la *Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU)* en Argentine, de la *Fundação Universidade Aberta do DF (FUNAB)* et de la *Universidad Federal de Roraima* au Brésil, de la *University of the West Indies*, en Jamaïque, de l'*Association des facultés de médecine du Canada (AFMC)*, de l'*Interaction Institute for Social Change* en Irlande, de la *United States Agency of International Development* ainsi que des experts de l'OPS.

S'appuyant sur les outils de responsabilité sociale existants développés par AMEE-ASPIRE, THEnet et GW Health Workforce Institute, le groupe a développé un accord sur un ensemble d'indicateurs de base sous le nom de l'outil des indicateurs de responsabilité sociale (ISAT). Les outils existants avaient des facteurs communs, bien qu'ils aient été développés ayant des objectifs différents à l'esprit.

Le programme ASPIRE a été créé par l'AMEE en 2013 pour encourager l'excellence dans la formation médicale grâce à l'élaboration de critères ambitieux pour les aspects clés qui incluent désormais l'évaluation des étudiantes et étudiants, leur engagement, le développement du corps professoral, la simulation, les programmes d'études et la responsabilité sociale. Les critères de responsabilité sociale englobent quatre domaines : l'organisation et la fonction, la formation des médecins, les activités de recherche et la contribution aux services de santé. Pour démontrer leur responsabilité sociale, les établissements d'enseignement doivent documenter leurs plans, leurs actions et les effets de leur

formation, de leur recherche et de leurs services, de leur corps de diplômés et de leurs partenariats sur les soins de santé, la santé et l'équité en santé de leur communauté, de leur région et de leur nation.

Des membres du corps professoral du GW Health Workforce Institute à Washington, DC, ont développé *The Social Mission Metrics Study*, un projet national de recherche qui développe des outils de mesure pour le contenu de la mission sociale de la formation en médecine, en sciences infirmières et en dentisterie. L'étude² vise à transformer la formation du personnel de la santé grâce au développement d'outils de mesure des processus standardisés en tant qu'indicateurs clés de la mission sociale des établissements d'enseignement des professions de la santé.

THEnet est une collaboration internationale d'écoles professionnelles de la santé s'efforçant d'assurer la responsabilité sociale. En s'appuyant sur le modèle de conceptualisation-production-utilisabilité (CPU) développé par Woollard et Boelen⁽¹⁶⁾ et les stratégies de réussite de ses membres, son premier projet commun était d'élaborer et de mettre en œuvre un cadre d'évaluation complet^(17, 18). Ce cadre identifie les facteurs clés affectant la capacité des établissements d'enseignement à influencer positivement les résultats en matière de santé et la performance des systèmes de santé, et à développer des moyens de les mesurer dans tous les établissements et contextes. THEnet offre un ensemble d'outils complets et contextuels d'amélioration de la qualité qui incitent les établissements d'enseignement à s'engager avec différents groupes de parties prenantes pour aider les établissements d'enseignement à jeter un regard critique sur leur performance et leurs progrès vers une plus grande responsabilité sociale et les aider à établir des domaines prioritaires pour la recherche et l'amélioration continue.

Les personnes participant à la réunion OPS/OMS du 6 au 7 juin 2017 se sont appuyées sur les outils ci-dessus pour convenir d'un ensemble d'indicateurs de base de la responsabilité sociale : l'outil des indicateurs de responsabilité sociale (ISAT). L'outil de diagnostic s'adresse particulièrement aux établissements d'enseignement de la région OPS/OMS qui, bien qu'elles puissent mettre en œuvre des stratégies associées à la responsabilité sociale, sont nouvelles dans le concept. Avec cet outil et les activités associées, l'OPS/OMS cherche à faciliter la transition des institutions de formation de la santé de la région d'un stade de réactivité sociale à une nouvelle base de responsabilité sociale. L'outil ISAT a été présenté au IV^e Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé (Dublin-Irlande, 13-17 novembre 2017) et la conférence Beyond Flexner 2018 (Atlanta-USA, 9-11 avril 2018).

² Batra, Sonal MD, MST; Orban, Julie MPH; Guterbock, Thomas M. PhD; Butler, Leigh Anne; Mullan, Fitzhugh MD Social Mission Metrics: Developing a Survey to Guide Health Professions Schools, *Academic Medicine*: Décembre 2020 - Volume 95 - Numéro 12 —p 1811-1816: doi: 10.1097/ACM.0000000000003324

Auparavant, l'outil ISAT a été examiné lors du 55^e Congrès brésilien sur la formation médicale (Porto Alegre-Brésil, 12-15 octobre 2017). Un membre du corps professoral de deux différentes facultés de médecine ont fait des traductions séparées en portugais, suivies d'une rencontre pour convenir d'une version finale. L'outil a été examiné et validé par des gens représentant 18 facultés de médecine des cinq régions géographiques du Brésil lors de la rencontre de l'Association pour la formation médicale au Brésil. Ces gens ont été divisés en petits groupes en fonction de leur région respective et ont reçu une version portugaise de l'ISAT. On leur a demandé de commenter les termes utilisés pour déterminer la clarté et le sens commun et s'ils étaient applicables et utiles dans leur contexte. Les résultats ont été comparés et discutés, ainsi que les suggestions pour la clarté des termes et de la traduction. Jusqu'à présent, l'ISAT a été appliqué dans trois facultés de médecine brésiliennes, lors de rencontres d'évaluation des programmes d'études. Un groupe d'étudiantes et étudiants et de personnel enseignant a examiné séparément l'outil ISAT et les résultats ont ensuite été comparés et discutés en fonction des priorités d'action identifiées.

Introduction à l'ISAT

But

L'objectif de l'outil des indicateurs de responsabilité sociale (ISAT) est d'aider les établissements d'enseignement et les programmes qui enseignent aux professionnelles et professionnel de la santé dans les Amériques et au-delà à évaluer régulièrement leurs progrès vers une plus grande responsabilité sociale afin que leurs programmes soient idéalement positionnés pour répondre aux besoins actuels et futurs des systèmes de santé et accroître ainsi l'accès universel à la santé et la CSU.

L'outil peut également aider les établissements d'enseignement à établir des domaines prioritaires pour la recherche et l'amélioration de la qualité et veiller à ce que leurs stratégies et activités contribuent à accroître la collaboration interprofessionnelle, l'équité en santé et la qualité des services. En outre, il permet une comparaison entre les établissements d'enseignement et entre les régions et les pays.

Qui devrait utiliser l'ISAT ?

L'outil ISAT est conçu en tenant compte du corps professoral, des directions et d'autres parties prenantes clés de la formation du personnel de la santé. Un principe clé de la définition de la responsabilité sociale est d'identifier les besoins en collaboration avec les parties prenantes. Par conséquent, impliquer d'autres parties prenantes, y compris la communauté étudiante, les prestataires de services, les administrations des systèmes de santé et des gens représentant la communauté dans le processus de réflexion sur les divers éléments impliqués dans la formation du personnel de la santé est au cœur de la responsabilité sociale.

Comment l'ISAT doit-il être utilisé ?

L'outil ISAT peut être utilisé de différentes manières et à différents niveaux institutionnels. Il peut être utilisé par les directions ou le corps professoral et la communauté étudiante pour faire une évaluation relativement rapide de l'endroit où l'établissement d'enseignement se situe et promouvoir la réflexion et la rétroaction collectives à partager avec les personnes qui dirigent le programme ou qui sont responsables des stratégies au niveau universitaire. Cependant, idéalement, pour maximiser la probabilité que les résultats soient mis en œuvre, la direction des institutions devrait s'engager dans le processus et les principales parties prenantes devraient être impliquées.

Avant d'explorer les résultats et l'incidence, il est également important que les établissements d'enseignement, en partenariat avec leurs parties prenantes, sachent clairement à quoi ressemble le succès de leurs institutions et des bénéficiaires ultimes — les patientes et les patients et les

communautés. Idéalement, au cours du processus de mise en œuvre de l'ISAT, les parties prenantes devraient réfléchir aux changements nécessaires en termes de comportement individuel et organisationnel, d'activités et de relations pour obtenir les résultats et l'incidence recherchés par l'établissement d'enseignement ou le programme. C'est aussi l'occasion d'identifier ce qui se trouve dans la sphère d'influence directe et indirecte d'un établissement d'enseignement et ce qui ne l'est pas.

Discuter et reconnaître les hypothèses sous-jacentes et leur propre « théorie du changement » opérationnelle peut être utile pour identifier les domaines à améliorer ou à réformer. Enfin, en identifiant quels facteurs d'influence sont connus et quels pourraient être les problèmes actuels et futurs, l'outil peut aider les établissements d'enseignement à progresser et à se développer ⁽¹⁹⁾. Les personnes utilisatrices peuvent également vouloir répondre à des questions telles que : 1) Quels sont les instruments de mesure et les sources de données qui pourraient aider à évaluer les progrès ? 2) Quelles sont les ressources humaines et matérielles et le temps estimé nécessaire à l'application de l'outil dans toute la mesure du possible ? et 3) Existe-t-il des indicateurs qui ne sont pas appropriés au contexte d'un établissement particulier et, dans l'affirmative, existe-t-il d'autres indicateurs qui pourraient ajouter de la valeur à la détermination de sa responsabilité sociale ?

Quelles sont les phases ISAT ?

L'ISAT est séparé en quatre phases pour chacune des composantes de base essentielles décrites ci-dessous. La phase 1 décrit un programme ou un établissement d'enseignement où l'on n'accorde que peu ou pas d'attention à la responsabilité sociale et où les stratégies associées ne sont pas utilisées. La phase 2 décrit une situation où les directions et le corps professoral de l'établissement d'enseignement sont au début du processus de réflexion et de mise en œuvre de stratégies ou politiques associées à la responsabilité sociale. La phase 3 suggère que le programme ou l'établissement d'enseignement met en œuvre ces stratégies, mais n'a pas encore été en mesure d'atteindre les résultats souhaités lors de la mise en œuvre. La phase 4 décrit une situation où des processus et des systèmes sont en place pour mesurer les progrès et où les programmes ou les établissements d'enseignement peuvent démontrer l'incidence des stratégies et des politiques associées à la responsabilité sociale.

Il convient de noter que les établissements d'enseignement et les programmes ne sont pas toujours en mesure de contrôler ou d'influencer des politiques, des stratégies ou des activités spécifiques pour diverses raisons, notamment lorsqu'ils sont récents et n'existent pas depuis assez longtemps pour évaluer les indicateurs de la phase 4, lorsqu'ils ne peuvent pas prendre de décisions concernant certaines politiques, stratégies ou allocations de ressources ou qu'ils n'ont peut-être pas les ressources nécessaires pour mettre en œuvre les stratégies ou les ressources souhaitées pour mesurer les

résultats ou évaluer l'incidence. Par conséquent, les établissements d'enseignement et les programmes sont susceptibles d'être dans différentes phases pour différentes composantes de base et de réaliser que le niveau et la vitesse de progression peuvent dépendre d'une foule de facteurs internes et externes. Cependant, l'utilisation de l'ISAT devrait aider les établissements d'enseignement et les programmes à évaluer leur situation actuelle, à identifier les obstacles et à préciser les facteurs favorisant une plus grande responsabilité sociale.

Quelles sont les composantes de base de l'ISAT ?

ISAT est divisé en composantes de base axées sur un élément clé à évaluer. Bien que chacune de ces composantes de base soit pertinente pour la plupart des facultés et écoles de médecine, toutes ne peuvent pas être évaluées de la même manière, car le contexte, comme les politiques et les réglementations, peut varier d'un pays à l'autre et d'un établissement à l'autre. Chacune des sections ci-dessous explique pourquoi la composante est jugée importante pour la responsabilité sociale, étant entendu qu'elle peut ne pas s'appliquer à tous.

Communauté étudiante

La plupart des pays du monde ont du mal à recruter et à retenir du personnel de la santé dans les régions rurales, éloignées et pauvres. La raison pour laquelle il s'agit d'une composante essentielle de la responsabilité sociale est que les preuves démontrent que les personnes admises aux programmes de formation en médecine sont importantes. Cependant, il convient de noter que dans certains pays, les établissements d'enseignement n'exercent aucune influence sur les étudiantes et étudiants inscrits à leur programme parce que la sélection se fait au niveau national ou encore comme en Argentine où il n'y a pas de critères spécifiques pour l'entrée en médecine une fois le diplôme d'études secondaires obtenu. Dans de tels cas, les facultés et écoles qui s'efforcent d'assurer une plus grande responsabilité sociale peuvent plaider en faveur de changements de politique, tendre la main aux groupes sous-représentés et fournir un soutien particulier pédagogique, financier ou psychologique, aux étudiantes et étudiants des groupes ruraux et sous-représentés.

Dans de nombreux pays, les facultés et écoles peuvent utiliser des stratégies pour identifier les étudiantes et étudiants ayant des attributs et des antécédents qui sont prédictifs de leur intérêt et de leur désir de travailler dans des régions en besoin de main-d'œuvre, en particulier dans les régions rurales et mal desservies ⁽²⁰⁻²³⁾. Actuellement, dans la plupart des régions du monde, les critères de sélection sont principalement basés sur les résultats scolaires des étudiantes et étudiants. Cependant, des études ont démontré qu'une combinaison de plusieurs facteurs est un bon prédicteur pour augmenter la motivation à pratiquer dans les zones rurales et les communautés défavorisées. Ces facteurs comprennent le fait d'avoir grandi et fait des études secondaires dans un milieu rural. Les

facultés et écoles qui s'efforcent d'assurer la responsabilité sociale ont utilisé plusieurs stratégies pour accroître la diversité socioéconomique, ethnique et géographique des étudiantes et étudiants et sélectionner celles et ceux qu'elles jugent les plus susceptibles de choisir des carrières et des lieux de pratique dans les régions qui en ont besoin. Ces stratégies comprennent des systèmes de quotas offrant une pondération supplémentaire pour les étudiantes et étudiants des populations rurales ou sous-représentées, l'implication communautaire, les stratégies de marketing des facultés et écoles et une sélection basée sur des tests psychométriques évaluant des qualités personnelles comme les compétences relationnelles et l'empathie ⁽²⁴⁾.

Dans les établissements d'enseignement socialement responsables qui ont des comités d'admission ou de sélection, ces comités incluent des membres de populations mal desservies ou marginalisées, puisque ce sont des parties prenantes clés. Par exemple, la norme d'agrément canadienne s'énonce ainsi : « Une faculté de médecine, conformément à sa mission de responsabilité sociale, a mis en place des politiques et pratiques efficaces et mène des activités de recrutement et de maintien en poste continues, systématiques et ciblées afin d'obtenir des résultats en matière de diversité adaptés à sa mission parmi la communauté étudiante, les membres de son corps professoral, la haute direction universitaire et pédagogique, et d'autres membres visés du milieu universitaire. Ces activités comprennent le recours approprié à des politiques, pratiques, programmes ou partenariats efficaces visant à atteindre une diversité parmi les personnes candidates qualifiées à l'admission à la faculté de médecine, de même que l'évaluation des résultats obtenus grâce à ces politiques et pratiques, programmes ou partenariats » ⁽¹²⁾.

Recrutement du corps professoral

Recruter et retenir un corps professoral d'enseignantes et d'enseignants universitaires et cliniques dévoués et bien formés est un défi dans de nombreux pays, en particulier dans les zones rurales mal desservies. Dans certains pays à revenu élevé comme les États-Unis, les systèmes de valeurs institutionnels des facultés et écoles de médecine ont tendance à donner la priorité à la recherche plutôt qu'à la formation. En outre, dans les régions les plus pauvres du monde, les postes universitaires ne sont souvent pas bien rémunérés et des membres du corps professoral gagnent souvent un revenu supplémentaire par d'autres moyens, ce qui réduit le temps qu'ils consacrent à la formation et au mentorat des étudiantes et étudiants. Les établissements d'enseignement socialement responsables cherchent à attirer des professeures et professeurs qui ont les compétences nécessaires pour répondre aux besoins en matière de santé et du système de santé de la région où l'établissement d'enseignement est situé, qui proviennent de divers milieux socioéconomiques et culturels et si possible, de la communauté qu'il sert. Les établissements d'enseignement visent également à recruter dans une proportion équilibrée des professeures et professeurs en sciences biomédicales,

démographiques, cliniques et sociales et visent la parité entre les sexes. Les établissements d'enseignement ruraux sont désavantagés par rapport aux établissements urbains ou périurbains pour recruter des professeures et professeurs qualifiés. Cependant, la formation médicale axée sur la communauté, caractéristique de la responsabilité sociale, génère de nouveaux besoins supplémentaires, mais aussi des opportunités pour les établissements d'enseignement de recruter des professeures et professeurs dotés de solides compétences interprofessionnelles, capables de travailler dans toutes les disciplines et tous les secteurs dans les zones de pénurie. En outre, les établissements d'enseignement socialement responsables recrutent, forment et soutiennent également des praticiennes et praticiens et d'autres prestataires de soins de santé exerçant dans la communauté en tant qu'éducatrices et éducateurs auxiliaires en sciences cliniques et sociales, élargissant ainsi leur bassin de précepteurs communautaires. Les établissements d'enseignement en milieu rural offrent des possibilités uniques aux membres du corps professoral engagés dans les changements sociaux et intéressés à faire une différence tangible dans la santé et le bien-être des communautés rurales mal desservies. Ces établissements d'enseignement offrent également la possibilité de contribuer à la transformation évolutive de la formation médicale nécessaire pour produire un personnel de la santé adapté aux besoins.

Perfectionnement du corps professoral

Le monde de la médecine et de la santé évolue rapidement, ce qui entraîne des répercussions sur la formation et la pratique. Ces changements incluent la démographie, la transition épidémiologique, les défis environnementaux, l'accent mis sur la qualité clinique et la sécurité des patients, les défis financiers et les progrès rapides des technologies de l'information et des mégadonnées. Bien que cela varie au sein des pays et entre les pays, les membres du corps professoral reçoivent souvent une formation limitée sur les principes pédagogiques et les méthodologies d'enseignement, les évaluations et sur le contenu lié aux besoins prioritaires locaux dans les communautés desservies par l'institution, y compris la santé publique, la communication et les sujets pertinents pour les DSS.

Pour augmenter le nombre et la qualité du corps professoral et améliorer leurs compétences en formation et en recherche, certains établissements d'enseignement mettent en place un programme de perfectionnement du corps professoral dans le cadre d'un département de pédagogie ou en tant que programme distinct. Un tel département développe des programmes qui appuient le perfectionnement professionnel continu en utilisant des technologies de l'information et autres outils de communication. Un programme de perfectionnement du corps professoral peut s'appuyer sur les ressources d'autres facultés et écoles comme les sciences sociales et politiques, le génie, d'autres écoles en sciences de la santé et organismes communautaires, pour développer une formation couvrant les DSS et le développement communautaire. Le personnel enseignant ainsi formé sera en

mesure de préparer la communauté étudiante à ses stages communautaires et de soutenir l'apprentissage par le service dans la communauté. Les membres du corps professoral seront formés sur les principes pédagogiques à propos de la formation interprofessionnelle, de l'apprentissage actif centré sur l'apprenant et axé sur le service lors des stages dans la communauté. Le programme offrira aussi une formation et des ressources pédagogiques pour les praticiennes et praticiens communautaires recrutés comme enseignants afin d'améliorer leurs habiletés et leurs compétences à exercer un rôle de mentorat, d'enseignement et de supervision efficace.

Programme d'études : contenu

L'élaboration du programme d'études de formation s'effectue par le biais d'un processus consultatif, en s'appuyant sur les ressources d'autres facultés et écoles du monde entier et sur les normes d'agrément. En partenariat avec la communauté, les organismes communautaires et le système de santé local, l'établissement d'enseignement identifie les besoins prioritaires sociosanitaires des communautés qu'il dessert et les intègre au programme d'études en les intégrant aux sciences fondamentales, cliniques et sociales ainsi qu'à la santé populationnelle pour couvrir tous ces aspects de la médecine et des autres disciplines de la santé. Cette approche transforme le modèle de formation uniquement biomédical vers un programme d'études sociobiomédical conçu pour faire avancer l'enseignement en prenant appui sur la force de la communauté confrontée à des besoins en constante évolution. Le thème des DSS est abordé de façon longitudinale tissé à travers les différents cours du programme. Le département de pédagogie agit comme plaque tournante offrant des ressources pour le corps professoral et la communauté étudiante et fournissant soutien et outils pour l'élaboration de programmes, les méthodes d'apprentissage, l'évaluation des programmes et du corps professoral, l'évaluation des apprenants (formatif et sommatif), la simulation, les patients standardisés et le suivi de la progression des étudiantes et étudiants tout au long de leur cursus. Le programme développe des cours interdisciplinaires en engageant des professeures et professeurs provenant d'autres établissements qui peuvent recevoir une double nomination.

Programme d'études : méthodes d'apprentissage

Pour accroître la responsabilité sociale, il est essentiel de répondre aux besoins des apprenants. Les méthodes d'apprentissage dans les programmes socialement responsables sont cohérentes avec le contenu du programme d'études. Souvent combinées, elles se concentrent sur l'étudiante ou l'étudiant et sur les meilleures approches disponibles pour atteindre les compétences souhaitées. Au cours des dernières décennies, les méthodes d'apprentissage sont passées d'un modèle centré sur l'enseignante et l'enseignant ainsi que sur la matière, avec une faible implication de la communauté étudiante vers un modèle d'apprentissage basé sur les compétences, centré celle-ci et plus interactif,

qui développe chez les apprenants des compétences telles que la pensée critique, la pratique réflexive, la résolution de problèmes et les habiletés favorisant l'apprentissage à vie. Pour répondre au besoin de former des équipes interdisciplinaires productives capables de travailler dans n'importe quel contexte, y compris dans les communautés marginalisées, un nombre croissant de programmes ont recours à l'apprentissage interprofessionnel et en équipe, l'apprentissage par le service, l'apprentissage expérientiel, l'apprentissage autodirigé ainsi que des approches d'apprentissage basé sur des cas et d'apprentissage par problèmes.

Les progrès des technologies de l'information permettent aux étudiantes et étudiants de demeurer en milieu rural ou éloigné pour une période prolongée, tout en continuant d'apprendre avec leurs collègues et en recevant du tutorat à distance. L'informatique offre également des opportunités d'apprendre et de développer des habiletés grâce à des applications de réalité virtuelle, à des jeux et à d'autres approches soutenues par la technologie numérique.

Programme d'études : types et lieu des expériences éducatives

Le modèle d'éducation conventionnel, toujours prédominant dans le monde, est principalement dispensé dans des salles de classe, alors que l'apprentissage clinique se fait principalement en milieu hospitalier. Dès 1961, certains auteurs soulignaient qu'il est peu logique d'effectuer la majorité de formations cliniques dans les hôpitaux universitaires ⁽²⁵⁾. Les bénéficiaires de services y ont souvent reçu un diagnostic avant même l'admission et la durée de séjour y est de plus en plus courte. En outre, peu de facultés ou d'écoles de médecine offrent à leur clientèle étudiante une exposition substantielle aux établissements hospitaliers ou généralistes où se font la plupart des diagnostics et la prise en charge des maladies chroniques ⁽²⁶⁾. Les conséquences qui en résultent sont que les étudiantes et étudiants ont une compréhension et une exposition limitées aux différents stades de progression de la maladie et aux conditions qui les ont générés, y compris les DSS. La formation socialement responsable du personnel de la santé vise à fournir un mélange équilibré d'expériences cliniques entre des établissements de soins primaires, secondaires et tertiaires ainsi que des contextes permettant l'apprentissage concret des DSS. La plupart des facultés et écoles socialement responsables offrent une certaine forme d'externat longitudinal intégré ou de périodes prolongées en milieu communautaire ^(27,28). Cette approche de formation communautaire offre une occasion remarquable d'apprendre à travailler dans des équipes interprofessionnelles et permet une collaboration stratégique et fructueuse entre le monde universitaire, les services de santé locaux, les communautés et les organismes communautaires. Accompagnés de leurs mentors, de membres de la communauté et autres partenaires locaux, les étudiantes et étudiants peuvent mener des enquêtes, identifier les problèmes prioritaires, concevoir et mettre en œuvre des interventions convenant aux parties prenantes et évaluer les résultats et l'incidence du projet. Les stages effectués dans la communauté

intègrent théorie et pratique. Ces stages représentent une opportunité unique pour les écoles de médecine, de santé publique, de pharmacie, de sciences sociales et autres de travailler conjointement avec des organismes et centres de santé communautaires dans le but d'intégrer les DSS dans le programme d'études et de développer une approche d'équipe interdisciplinaire au sein de programmes de santé communautaires adaptés aux besoins prioritaires.

Recherche communautaire

La responsabilité sociale demande que les établissements universitaires alignent leurs recherches sur les besoins prioritaires des communautés qu'elles desservent et collaborent avec elles dans la conception et la mise en œuvre de projets de recherche. Le partenariat réciproque entre la faculté ou école, les communautés et le système de santé offre une opportunité unique d'établir une programmation de recherche concertée, de mener des recherches sur l'équité en santé, sur la santé communautaire et sur les moyens par lesquels la faculté ou l'école peut répondre aux priorités de santé des populations desservies. Ce partenariat permet aussi d'effectuer des recherches sur la façon dont le processus éducatif et les résultats de la formation sont alignés sur les besoins du système de santé et les besoins prioritaires des communautés. Les établissements universitaires socialement responsables produisent des données probantes sur la façon dont la formation peut influencer la pénurie et la mauvaise répartition du personnel de la santé, en particulier dans les régions rurales mal desservies. La formation communautaire met les étudiantes et étudiants en contact étroit avec des communautés mal desservies où ils construisent des liens sociaux et personnels, vivent dans les mêmes conditions et font l'expérience de l'environnement socioculturel et professionnel où ils sont appelés à pratiquer.

Cela fournit aux membres du corps professoral et étudiant un large éventail de sujets de recherche sur les causes et les facteurs responsables de la création d'iniquités en matière de santé dans les communautés et d'élaborer des stratégies conjointes et des interventions pour y remédier. La responsabilité sociale exige également que le corps professoral et étudiant soit sensible aux considérations éthiques liées à la recherche communautaire et évalue l'incidence des résultats de recherche sur les politiques, la pratique et la santé dans les communautés desservies.

Gouvernance

Selon le Guide de l'AMEE sur la création d'une faculté ou une école de médecine socialement responsable ainsi que d'autres documents clés sur la responsabilité sociale, l'intégration des principes de responsabilité sociale dans la gouvernance d'un établissement universitaire ou d'un programme est une étape essentielle. Cela comprend l'intégration de principes et stratégies de responsabilité sociale dans la prise de décision, la planification, l'évaluation, la mobilisation et l'allocation des ressources

ainsi que dans la gestion quotidienne ^(18, 29-31). Bien que de nombreuses facultés et écoles intègrent des principes de responsabilité sociale – tels que l'inclusion de l'altruisme ou du service aux personnes et aux communautés – dans leurs énoncés de vision, mission et valeurs, ils ne sont pas socialement responsables si ces aspirations ne se reflètent pas dans le contenu des programmes et dans la façon dont l'établissement est gouverné. Cela comprend l'existence et l'utilisation de mesures et de points de repère pour évaluer dans quelle mesure l'établissement d'enseignement ou le programme répond aux besoins des communautés, de la région et de la société qu'il sert. La responsabilité sociale exige également que les établissements d'enseignement incluent les parties prenantes internes telles que le corps étudiant, le personnel et le corps professoral ainsi que les parties prenantes externes telles que les communautés marginalisées, les prestataires de services et les autorités locales de santé dans la prise de décision. Pour une faculté ou une école socialement responsable, l'engagement auprès de la communauté est ancré dans tous les aspects de son travail, de sorte que des membres de la communauté font partie de conseils d'administration ou d'autres organes de gouvernance et de consultation. L'équipe de direction prend des décisions clés concernant les stratégies, politiques et programmes, incluant l'allocation des ressources. Il faut reconnaître néanmoins que l'autonomie décisionnelle de la faculté ou de l'école peut être considérablement limitée par les politiques universitaires et gouvernementales.

Partenariat et engagement des parties prenantes

La mobilisation et le partenariat avec les parties prenantes en matière de formation du personnel de la santé sont au cœur de la définition de la responsabilité sociale des facultés et écoles de médecine : « [...] les préoccupations prioritaires en matière de santé doivent être identifiées conjointement par les gouvernements, les organismes de soins de santé, les professionnelles et professionnels de la santé et le public » ⁽²⁾. *L'Innovation Collaborative on Learning through Community Engagement*, un groupe dirigé par des participants formé par des membres du *National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine's Global Forum on Innovation in Health Professional Education* aux États-Unis, définit la formation du personnel de la santé comme une formation communautaire engagée « [...] lorsque les partenariats entre la communauté et le milieu universitaire sont durables et se privilégient une conception, une prestation et une évaluation collaboratives de programmes visant à améliorer la santé des personnes et des communautés desservies. Les programmes et les partenariats communautaires en éducation sont caractérisés par des avantages mutuels et un apprentissage réciproque, et ils se traduisent par des diplômées et diplômés passionnés et particulièrement qualifiés pour améliorer l'équité en santé » ⁽³⁰⁾. Selon le rapport de la High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth, les programmes d'études devraient être élaborés en partenariat avec les communautés desservies par l'établissement d'enseignement et avec les autres parties prenantes ⁽⁴⁾.

Il s'agit notamment de la communauté étudiante, des prestataires de services, des organismes communautaires, des gouvernements et des membres des populations mal desservies.

Résultats

« La responsabilité des établissements universitaires s'arrête généralement à l'obtention du diplôme ou à la publication d'un article. Les résultats, tels que le placement, les types de pratique et le maintien en poste des diplômées et diplômés en médecine dans les domaines où les besoins sont les plus grands de même que l'incidence d'un projet de recherche sur les politiques ou les pratiques, sont rarement suivis. »

Étant donné que les facultés, les écoles et les programmes socialement responsables visent à produire des professionnelles et professionnels qui choisissent des carrières et des lieux de pratique alignés sur les besoins du système de santé, y compris les besoins des populations marginalisées, il est essentiel d'effectuer un suivi des diplômées et diplômés. Certains pays qui luttent contre une pénurie de personnel de la santé dans les régions rurales et éloignées et qui ont investi de manière significative dans le recrutement et la rétention dans ces régions ont mis en place des bases de données nationales pour suivre les diplômées et diplômés ; l'Australie est dans cette situation. Néanmoins, la majeure partie des efforts pour effectuer le suivi est déployé par les universités ou par des tiers tels que les bailleurs de fonds. Le suivi des diplômées et diplômés peut aussi améliorer les programmes de formation en connaissant ce qui influence le choix de carrière et de futur lieu de pratique. Les facultés et écoles utilisent divers moyens pour rester en contact avec leur communauté de diplômés : elles effectuent des recherches pour identifier les facteurs affectant leurs choix et elles suivent les intentions de pratique des apprenants depuis leur admission jusqu'à plusieurs années suivant la fin de leurs études.

Incidence sociétale

Pour s'assurer que les programmes et les établissements d'enseignement répondent à l'évolution des besoins de la société, des régions et des communautés qu'ils desservent, les établissements doivent régulièrement chercher à évaluer les résultats de leurs efforts ainsi que l'incidence qu'ils ont sur les diplômées et diplômés et leur pratique. En fin de compte, ils devraient mesurer leur incidence sur les politiques, la pratique et le rendement du système de santé et sur la santé dans les communautés qu'ils desservent. L'évaluation de l'effet des stratégies éducatives sur les systèmes de santé et la santé de la population est clairement difficile, car elle est influencée par une multitude de facteurs et de conditions complexes, interdépendants et dynamiques, dont beaucoup ne sont pas sous le contrôle de l'établissement d'enseignement. Par conséquent, les chercheuses et chercheurs doivent appliquer plusieurs méthodologies pour mettre en évidence l'attribution, la contribution et la redevabilité ⁽¹⁹⁾.

Des facultés et écoles qui visent une plus grande responsabilité ont commencé à évaluer leur incidence. Des données probantes émergentes sont présentées dans la publication de 2017 de l'OMS, *Health Employment and Economic Growth : An Evidence Base* et d'autres publications référencées (4,13,32).

Autres considérations

On s'intéresse de plus en plus à l'élargissement de la portée de la responsabilité sociale pour inclure le concept de responsabilité environnementale ⁽³³⁾. Les critères de responsabilité sociale de 2018 de l'AMEE ASPIRE incluent désormais l'obligation des facultés et écoles de médecine de s'assurer qu'elles développent et promeuvent activement des solutions durables sur le plan environnemental pour répondre aux préoccupations sanitaires de la communauté, de la région et de la nation qu'elles desservent. Alors que la littérature sur la responsabilité sociale se concentre sur la formation des étudiantes et étudiants en médecine, l'incidence de la formation médicale postdoctorale et de la résidence (*vocational training* en Australie, *graduate medical education* aux États-Unis) joue un rôle essentiel dans la production, le déploiement et l'incidence de la main-d'œuvre médicale. Le rôle des facultés et écoles de médecine dans la prestation de formation médicale postdoctorale varie structurellement dans le monde entier et dépasse la portée de l'outil ISAT qui a été conçu pour se concentrer sur le rôle de la faculté ou de l'école de médecine au premier cycle.

OUTIL D'AUTOÉVALUATION DE LA RESPONSABILITÉ SOCIALE

GUIDE DE MISE EN ŒUVRE

Ce guide est élaboré pour aider les établissements d'enseignement en santé à utiliser l'outil d'autoévaluation de la responsabilité sociale de l'ISAT. Veuillez-vous référer à l'explication et aux critères de ce guide pour remplir chaque élément de l'outil d'autoévaluation afin d'assurer une autoévaluation fidèle des caractéristiques de responsabilité sociale de votre établissement.

L'outil d'autoévaluation de la responsabilité sociale de l'ISAT se compose de 4 sections décrites ci-dessous. Chaque section incorpore une gamme de domaines à compléter. On s'attend à ce que les établissements remplissent tous les éléments des **sections 1 à 3 et la description narrative de la section 4**. Le système de points de la **section 4** sera complété par TUFH et l'établissement d'enseignement au cours d'un processus d'entrevue.

Section 1 (Identification, coordonnées et données démographiques)

Section 2 (Phases de développement vers la responsabilité sociale)

Section 3 (Mobilisation des parties prenantes)

Section 4 (Phases d'amélioration vers la responsabilité sociale)

Pour chaque domaine, indiquer la phase de développement où l'établissement se situe, inclure une description justifiant ce choix et télécharger tous les documents relatifs.

Une fois la documentation complétée pour chaque domaine, on demandera à l'établissement d'établir un plan d'action avant de passer à la phase suivante qui comprend la participation des principales parties prenantes (parties prenantes internes, professionnelles et professionnels de la santé, représentantes et représentants communautaires, organisation de soins de santé et gouvernements) à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan d'action de l'établissement.

Le but de cet outil d'autoévaluation est d'établir un point de référence, une mesure de base pour l'établissement. Une fois cette mesure de base effectuée, il peut élaborer son plan d'action pour passer de la phase 1 à la phase 4 sur une période définie.

SECTION 1. IDENTIFICATION, COORDONNÉES ET DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Cette section vise à recueillir des données sur l'identité de l'établissement d'enseignement, son directeur, ses coordonnées et les données démographiques pertinentes pour l'outil ISAT.

No	Identité et démographie	Explication
1.1	Nom de l'établissement d'enseignement	Le nom de l'établissement dans laquelle il est destiné à être mentionné dans le rapport ISAT.
1.2	Direction de l'établissement d'enseignement	Le nom de la direction de l'établissement (p. ex., recteur, vice-chancelier, doyen, directeur, chef de la direction, etc.)
1.3	Personne-ressource principale	Le nom de la personne responsable de l'évaluation et de la mise en œuvre de l'ISAT dans l'établissement. Cette personne sera la personne-ressource principale pour TUFH lors des communications avec l'établissement liée à l'ISAT.
1.4	Courriel	Les communications, les notifications et la correspondance seront dirigées vers cette adresse courriel.
1.5	Date	Date d'achèvement de l'outil ISAT par l'établissement (sera enregistré automatiquement lors de la demande électronique)
1.6	Délégués du corps professoral	Liste des 5 délégués du corps professoral participant au processus de demande, avec leur adresse courriel. Les délégués doivent représenter la diversité des niveaux d'ancienneté, des départements/divisions, du genre, etc.
1.7	Délégués de la communauté étudiante	Liste de 5 délégués étudiantes et étudiants participant au processus de demande, avec leur adresse courriel. Les délégués doivent la diversité des niveaux d'études (cohortes), des programmes d'études, du genre, etc.

SECTION 2. PHASES DE DÉVELOPPEMENT VERS LA RESPONSABILITÉ SOCIALE

Cette section se compose de 11 éléments dans 6 domaines. Tous les éléments doivent être complétés. En utilisant les jalons de développement les plus appropriés/réalistes fournis dans les critères ci-dessous, veuillez indiquer où votre établissement se situe entre la phase 1 et la phase 4. Veuillez fournir des explications narratives et qualitatives pour chaque catégorie afin d'appuyer votre choix. Vous pouvez télécharger des preuves à l'appui (c.-à-d. des documents, une page Web, des images, des œuvres publiées, etc.) pour justifier et approfondir votre choix.

PHASES DE DÉVELOPPEMENT VERS LA RESPONSABILITÉ SOCIALE				
Composantes de base	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
1. COMMUNAUTÉ ÉTUDIANTE				
1.1. Recrutement, sélection et soutien des étudiantes et étudiants	<p>Les critères de sélection des étudiantes et étudiants se concentrent principalement sur le rendement scolaire ou le programme n'a pas le pouvoir de modifier les critères de sélection.</p> <p>Ne pas mettre l'accent sur le soutien aux étudiantes et étudiants issus de milieux mal desservis ou sous-représentés.</p>	<p>Jalons</p> <p>Le programme révisé les critères de sélection des étudiantes et étudiants afin de mieux répondre aux besoins en matière de diversité, d'équité et aux besoins locaux de main d'œuvre ; ces critères ne sont pas encore appliqués.</p>	<p>Jalons</p> <p>Le programme a intégré des critères de sélection pour améliorer la diversité et l'équité et pour répondre aux besoins en termes de main-d'œuvre. Il définit également le type de critères de sélection liés à la diversité à intégrer dans son processus de sélection. Il recrute activement des étudiantes et étudiants issus de milieux mal desservis ou sous-représentés. Il offre des moyens de soutien aux étudiantes et étudiants issus de milieux mal desservis ou sous-représentés.</p> <p>Indicateurs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les critères de sélection visent à attirer des étudiantes et étudiants qui représentent la diversité socioéconomique, géographique, ethnique, linguistique et culturelle de la région desservie par l'établissement d'enseignement. 2. Plaidoyer pour soutenir l'accès à la formation du personnel de la santé pour les groupes mal desservis. 3. Les comités d'admission sont composés d'une diversité géographique et démographique. 	<p>Norme(s)</p> <p>Le corps étudiant reflète les caractéristiques sociodémographiques et autres des communautés et des régions desservies par l'établissement d'enseignement, y compris les populations mal desservies, et celles les plus susceptibles de vouloir desservir ces populations et régions.</p> <p>Indicateurs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La proportion d'étudiantes et d'étudiants issus des populations et des régions desservies par l'établissement d'enseignement. 2. Programmes de sensibilisation/d'orientation efficaces pour les étudiantes et étudiants des communautés mal desservies et suivis des résultats des participants à ces programmes. 3. Des parcours d'admission explicites et ciblés pour les étudiantes et étudiants issus de populations mal desservies et accès à un soutien pédagogique pour ceux qui en ont besoin. 4. Les comités d'admission ont une diversité de membres et incluent des membres de groupes/communautés mal desservies. 5. Équivalence des taux d'attrition, de progrès et d'achèvement des étudiantes et étudiants issus de populations mal desservies par rapport à l'ensemble des étudiantes et étudiants. 6. L'établissement dispose d'un programme complet de soutien, de counseling et de remédiation. 7. L'établissement a un programme de bourses d'études dédiées aux étudiantes et étudiants des communautés mal desservies.

PHASES DE DÉVELOPPEMENT VERS LA RESPONSABILITÉ SOCIALE				
Composantes de base	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
2. CORPS PROFESSORAL				
2.1. Recrutement du corps professoral	L'établissement d'enseignement recrute des professeures et professeurs en fonction de critères universitaires et cliniques « conventionnels » et la plupart des enseignantes et enseignants cliniques sont basés en milieu hospitalier.	Jalons L'établissement a une stratégie pour recruter des professeures et professeurs ayant les compétences nécessaires pour répondre aux besoins du système de santé et de la communauté, en plus de pouvoir offrir le programme d'études de base.	Jalons L'établissement accorde la priorité au recrutement de professeures et professeurs qui possèdent les compétences jugées nécessaires pour répondre aux besoins du système de santé et de la communauté et qui reflètent la diversité des communautés desservies, en plus de pouvoir participer à la dispensation du programme d'études de base. Indicateurs 1. L'établissement a un corps professoral aligné sur les besoins et composé d'une gamme variée d'enseignantes et enseignants en soins primaires, de spécialistes cliniques, de surspécialistes, et de professionnelles et professionnels en sciences fondamentales et en sciences sociales 2. Les processus de sélection et de promotion du corps professoral visent à attirer des professeures et professeurs issus d'un mélange diversifié d'origines professionnelles, culturelles, sociales et communautaires.	Norme(s) L'établissement embauche et soutient la promotion de professeures et professeurs qui ont les compétences nécessaires pour répondre aux besoins du système de santé et de la communauté, qui représentent la diversité des communautés desservies et qui intègrent les principes de responsabilité sociale dans leur enseignement. L'établissement emploie, forme et soutient des membres de la communauté et des praticiennes et praticiens basés dans la communauté en tant que patientes ou patients standardisés et éducateurs de manière à renforcer les services de santé locaux. Indicateurs 1. Proportion de professeures et professeurs qui reflètent la parité des sexes et la diversité des communautés que l'établissement dessert. 2. La formation, l'engagement et la reconnaissance de praticiennes et praticiens et de membres de l'équipe de soins de santé travaillant dans les communautés mal desservies et dans l'ensemble du territoire desservi. 3. Proportion de membres de la communauté et de praticiennes et praticiennes qui sont reconnus comme professeurs et professeurs adjoints et qui participent à la formation du personnel de la santé au sein de la faculté ou de l'école. 4. Proportion de professeures et professeurs participant à des activités de responsabilité sociale pour développer la santé, le système de santé, le personnel de la santé et les soins de santé afin de répondre aux besoins de la communauté. 5. Proportion de membres du corps professoral qui participent à des activités d'enseignement et de recherche liées aux besoins de santé communautaire. 6. La faculté ou l'école valorise l'engagement dans la formation et le service communautaire pour la promotion de ses professeures et professeurs.

PHASES DE DÉVELOPPEMENT VERS LA RESPONSABILITÉ SOCIALE				
Composantes de base	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
2. CORPS PROFESSORAL				
<p>2.2. Perfectionnement du corps professoral</p> <p>(Note : Membres du corps professoral = tous les membres de l'équipe de soins de santé.)</p>	<p>L'établissement d'enseignement n'a pas de programme de perfectionnement du corps professoral et s'il y en a un, il est limité aux approches pédagogiques conventionnelles et aux sujets curriculaires.</p>	<p>Jalons</p> <p>L'établissement a un programme de perfectionnement du corps professoral qui valorise les stratégies d'apprentissage actif et centrées sur les étudiants, mais qui favorise généralement les approches conventionnelles.</p>	<p>Jalons</p> <p>1. L'établissement a un programme perfectionnement du corps professoral qui cible des sujets liés aux besoins de la communauté (ex. : DSS, mobilisation communautaire, etc.) ainsi que sur les principes de l'apprentissage actif et centré sur l'apprenant, l'évaluation des étudiantes et étudiants, l'apprentissage en milieu de travail et l'apprentissage dans la communauté.</p> <p>Indicateurs</p> <p>1. L'évaluation et le perfectionnement des professeurs et professeurs sont conçus pour actualiser et renforcer l'enseignement et les compétences pertinentes aux besoins prioritaires de santé.</p> <p>2. Les éducatrices et éducateurs s'engagent dans l'apprentissage et le perfectionnement de leurs compétences interculturelles et de leur humilité culturelle.</p>	<p>Norme(s)</p> <p>L'établissement évalue ses professeurs et professeurs et leur engagement communautaire. Il offre des programmes de perfectionnement du corps professoral alignés avec les objectifs d'une pédagogie socialement responsable en sciences de la santé, ce qui inclut l'apprentissage actif, centré sur l'étudiant et basé dans la communauté.</p> <p>Indicateurs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La proportion de professeurs et professeurs qui ont suivi une formation clinique pertinente aux besoins prioritaires en matière de soins de santé identifiés. 2. Proportion de professeurs et professeurs qui ont complété un perfectionnement professionnel dans le domaine de l'engagement communautaire efficace. 3. Proportion de professeurs et professeurs qui sont engagés dans la responsabilité sociale alignée sur la formation, la recherche et les services 4. Proportion de professeurs et professeurs qui sont des cliniciens actifs (praticiennes, praticiens et membres de la communauté inclus) et qui ont suivi des cours de pédagogie, incluant la formation interprofessionnelle et les services en milieu communautaire. 5. Les professeurs et professeurs, en particulier ceux des groupes mal desservis, bénéficient d'un développement professoral personnalisé et de possibilité de promotion. 6. L'établissement a un programme pour valoriser la qualité de la formation et de l'engagement communautaire de son corps professoral.

PHASES DE DÉVELOPPEMENT VERS LA RESPONSABILITÉ SOCIALE				
Composantes de base	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
3. PROGRAMME D'ÉTUDES				
3.1. Programme d'études : Contenu	Un programme d'études qui est axé uniquement sur les spécialités et se concentre sur la gestion des maladies et les aspects individuels de la santé.	Jalons Un programme d'études traditionnel qui aborde aussi des éléments de santé publique et des sujets liés aux besoins de la communauté.	Jalons Le programme d'études reflète les besoins prioritaires identifiés en matière de santé, de culture et de société des populations de la zone géographique desservie par l'établissement d'enseignement. Le programme est axé sur les compétences et comprend du contenu lié au travail en équipe interprofessionnelle. Indicateurs 1. Les compétences requises sont définies en fonction des besoins en matière de santé des populations et des régions desservies par l'établissement. 2. Une partie du programme d'études est consacré à l'apprentissage sur les besoins de santé prioritaires dans la communauté qui ne sont pas habituellement couverts dans un cursus traditionnel.	Norme(s) 1. La conception, le contenu, la prestation, l'évaluation des apprentissages et l'évaluation du programme reflètent les compétences attendues des diplômés en matière d'équité en santé et de responsabilité sociale. 2. L'orientation professionnelle est influencée par les besoins de la zone géographique et des communautés mal desservies que l'établissement dessert, et ce, en collaboration avec les parties prenantes. Elle intègre les principes de soins de santé primaires, de sciences fondamentales et cliniques, de santé populationnelle et de DSS. Indicateurs 1. Le programme identifie les compétences des diplômées et diplômés en se basant sur les besoins prioritaires sanitaires, culturels et sociaux de la zone géographique que l'établissement dessert, du système et des services de santé, et ce, en collaboration avec les parties prenantes de la communauté. 2. Il y a un fort alignement tout au long du programme entre le contenu du programme d'études, les besoins évalués et les compétences souhaitées pour les diplômées et diplômés. 3. L'évaluation des étudiantes et étudiants met l'accent sur les compétences qui les préparent le mieux à répondre aux besoins de santé des communautés, particulièrement les soins de santé primaires et le professionnalisme. 4. Le programme d'études est révisé régulièrement par toutes les parties prenantes pour s'assurer de sa qualité et de son adéquation avec les besoins de la communauté.

PHASES DE DÉVELOPPEMENT VERS LA RESPONSABILITÉ SOCIALE				
Composantes de base	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
<p>3.2. Programme d'études : Méthodes d'apprentissage</p>	<p>Les méthodes d'apprentissage sont principalement centrées sur le corps enseignant (teaching based-learning (TBL), conférences magistrales interactives) avec peu d'apprentissage actif.</p>	<p>Jalons Les méthodes d'apprentissage sont centrées sur l'apprenant et incluent un apprentissage actif, mais sont principalement mises en œuvre dans des salles de classe.</p>	<p>Jalons Les méthodes d'apprentissage intègrent un apprentissage actif et centré sur l'apprenant incluant l'apprentissage par le service dans la communauté</p> <p>Indicateurs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les méthodes d'apprentissage comprennent la résolution de problèmes répondant aux besoins prioritaires des communautés desservies. 2. Le programme offre un apprentissage interprofessionnel dans des contextes de soins primaires et les étudiantes et étudiants participent activement aux équipes de soins de santé primaires. 	<p>Norme(s) La faculté ou l'école offre un programme d'études intégré, centré sur l'apprenant, avec des expériences éducatives dans la communauté au sein d'équipes soignantes, permettant un apprentissage interprofessionnel et une compréhension concrète des DSS.</p> <p>Indicateurs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les méthodes d'enseignement sont pertinentes et adaptées aux besoins et au contexte de l'étudiante ou de l'étudiant. 2. La satisfaction des étudiantes et étudiants à l'égard des méthodes d'apprentissage est passée en revue de façon régulière. 3. Une proportion de la formation est effectuée dans un contexte d'équipe interprofessionnelle. 4. L'évaluation des apprentissages suit en continu l'acquisition et la progression des compétences associées à la responsabilité sociale.

PHASES DE DÉVELOPPEMENT VERS LA RESPONSABILITÉ SOCIALE				
Composantes de base	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
<p>3.3. Programme d'études : Types et lieux d'expériences éducatives (éducation communautaire)</p>	<p>L'apprentissage se déroule principalement dans des salles de classe et des milieux hospitaliers avec peu ou pas de temps passé dans des milieux de soins communautaires et primaires.</p>	<p>Jalons Le programme comprend un stage obligatoire de courte durée dans un milieu de soins primaires ou communautaires, mais la majorité des activités cliniques se déroulent en milieu hospitalier.</p>	<p>Jalons Il existe un équilibre approprié lors de la formation clinique entre les milieux de classe, communautaires, primaires, ambulatoires et hospitaliers.</p> <p>Indicateurs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le programme s'assure que les étudiantes et étudiants effectuent une proportion équilibrée de stages obligatoires en milieu communautaire, en soins de santé primaires et en milieu hospitalier. 2. Proportion du temps passé par l'étudiante ou l'étudiant en milieu de soins communautaires et primaires. 3. Le programme offre des opportunités d'apprentissage variées dans des contextes où les étudiantes et étudiants pourront effectuer un apprentissage concret des DSS et de comment y faire face. 4. Un processus d'assurance de la qualité du programme qui inclut la supervision clinique et un processus clair de sélection des milieux de stage. 	<p>Norme(s) Les étudiantes et étudiants effectuent des stages dans des milieux communautaires, de soins primaires et hospitaliers, y compris dans des communautés mal desservies, avec la possibilité d'effectuer un stage prolongé et immersif lors des dernières années du programme alors que l'apprentissage clinique est concentré.</p> <p>Indicateurs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proportion du temps passé par l'étudiante ou l'étudiant chaque année en milieux de soins primaires, communautaires ou mal desservis. 2. L'établissement forme tous les précepteurs cliniques et évalue la qualité de leur supervision. 3. Proportion d'étudiantes et étudiants qui choisissent une carrière dans des soins de santé primaires, dans des milieux communautaires ou mal desservis. 4. Parties prenantes impliquées dans la création et l'évaluation de stages communautaires. 5. Exposition adéquate des étudiantes et étudiants aux besoins de santé prioritaires lors de l'apprentissage en contexte. 6. Les programmes et leurs parties prenantes évaluent l'expérience longitudinale dans la collectivité. 7. Les résultats de l'évaluation des étudiantes et étudiants sont équivalents, peu importe les sites cliniques où les étudiantes et étudiants ont reçu leur formation.

PHASES DE DÉVELOPPEMENT VERS LA RESPONSABILITÉ SOCIALE				
Composantes de base	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
4. RECHERCHE				
4.1. Recherche communautaire	Peu ou pas de recherche axée sur les questions prioritaires dans les communautés que l'établissement d'enseignement dessert.	Jalons Un certain nombre de membres du corps professoral, de leur propre initiative, mènent des recherches pertinentes en matière d'équité en santé, de santé communautaire et de besoins en personnel de santé.	Jalons La faculté ou l'école a un programme de recherche communautaire spécifique soutenu principalement par des membres du corps professoral avec une participation irrégulière d'étudiantes et d'étudiants, de personnel de la santé et de membres de la communauté Indicateurs 1. Proportion de projets de recherche qui ont une composante translationnelle pertinente pour les collectivités qu'ils desservent.	Norme(s) La faculté ou l'école a un programme de recherche intégré basé sur les DSS, avec la participation d'étudiantes et d'étudiants, de professeures et professeurs, de personnel de la santé et de membres de la communauté. La faculté ou l'école a un programme de recherche intégré dans tous les départements de pédagogie qui met l'accent sur l'équité en santé, la parité des sexes et les besoins en santé communautaire. Indicateurs 1. Les résultats de la recherche sont régulièrement présentés à la communauté, avec une incidence démontrable sur la santé locale. 2. Proportion de projets de recherche communautaires qui impliquent des membres de la communauté et autres parties prenantes. 3. Incidence concrète de la recherche sur les services, les politiques et les pratiques de santé

PHASES DE DÉVELOPPEMENT VERS LA RESPONSABILITÉ SOCIALE				
Composantes de base	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
5. GOUVERNANCE				
5.1. Gouvernance	<p>Aucun mandat de responsabilité sociale dans la vision, la mission et les valeurs de la faculté ou de l'école.</p> <p>Prise de décision par l'entremise de conseils et de comités uniquement constitués par des membres du corps professoral.</p>	<p>Jalons Réflexion en cours en vue d'inclure un mandat de responsabilité sociale dans la vision, la mission et les valeurs de la faculté ou de l'école.</p> <p>Les conseils et comités de gouvernance incluent des représentants du corps professoral et des étudiantes et étudiants.</p>	<p>Jalons</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La responsabilité sociale oriente le plan stratégique, la mission, la vision et les valeurs de la faculté ou de l'école. 2. Prise de décisions par le biais de partenariats et de conseils et comités représentant les parties prenantes internes et externes, y compris les collectivités. 	<p>Norme(s) Le mandat de responsabilité sociale de l'établissement d'enseignement est inclus dans sa vision, mission et valeurs, il est défini avec des mesures, des indicateurs et est mis en oeuvre.</p> <p>Indicateurs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les décisions importantes de l'établissement reflètent les commentaires des principales parties prenantes, incluant les éducatrices et éducateurs, les directions, la communauté étudiante et les communautés. 2. Preuve que la formation, la recherche et les services sont conçus, mis en œuvre et évalués par des parties prenantes externes.
5.2. Partenariat et engagement des parties prenantes	<p>Les décisions sont prises par les autorités universitaires et/ou facultaires sans égard à la responsabilité sociale ou à la participation des parties prenantes, incluant les partenaires communautaires.</p>	<p>Jalons Les décisions sont prises par les autorités de l'université et/ou de la faculté/école en considérant peu la responsabilité sociale ni la participation formelle des parties prenantes.</p>	<p>Jalons Les décisions sont prises par consultations avec une participation formelle des parties prenantes dans certains comités et processus, mais pas tous.</p> <p>Indicateurs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les décisions sont prises avec la contribution de certaines parties prenantes ciblées. 2. La faculté ou l'école a mis en place des politiques et des processus pour identifier et consulter les parties prenantes dans la prise de décision. 	<p>Norme(s) La faculté ou l'école travaille activement en partenariat avec la communauté étudiante, les professeures et professeurs, les parties prenantes du secteur de la santé, les décideurs et les communautés pour concevoir, gérer et évaluer des activités éducatives et de recherche qui répondent aux besoins sanitaires et sociaux prioritaires des communautés que l'établissement dessert.</p> <p>Indicateurs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les décisions qui affectent le mandat de responsabilité sociale de l'établissement d'enseignement reflètent systématiquement la contribution des principales parties prenantes, notamment les éducatrices et éducateurs, les directions, la communauté étudiante, les prestataires de services, les patients, le gouvernement et les communautés. 2. Preuve que les parties prenantes externes de la communauté sont activement impliquées dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de la formation, de la recherche et des services. 3. Proportion de projets et de partenariats impliquant les communautés et les prestataires de services de santé.

PHASES DE DÉVELOPPEMENT VERS LA RESPONSABILITÉ SOCIALE				
Composantes de base	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
6. RÉSULTATS OBTENUS ET INCIDENCE SOCIÉTALE				
6.1. Résultats obtenus	Le programme ne suit pas ses diplômées et diplômés.	Jalons Le programme développe des systèmes et des processus pour suivre le lieu et le type de pratique de ses diplômées et diplômés.	Jalons Le programme suit ses diplômées et diplômés et commence à mesurer son influence sur le lieu et le type de pratique de ses diplômés.	Norme(s) Un nombre approprié de diplômées et diplômés du programme pratiquent là où sont les besoins dans la région géographique que l'établissement dessert.
			Indicateurs 1. Choix de carrière et lieu de pratique des diplômées et diplômés. 2. Recherches menées sur les facteurs liés au programme qui influencent le lieu et le choix de pratique.	Indicateurs 1. Il existe un système en place pour suivre en continu les diplômées et diplômés et la pertinence de la formation reçue pour leur pratique. 2. La faculté ou l'école utilise les commentaires de ses diplômées et diplômés pour ajuster ses programmes dans une perspective d'amélioration continue de la qualité. 3. Le choix de pratique des diplômées et diplômés reflète les besoins de la région que l'établissement dessert pour les soins primaires et pour les spécialités. 4. Le lieu de pratique des diplômées et diplômés reflète de près la distribution géographique des besoins de santé dans les communautés et régions desservies par l'établissement et ses diplômées et diplômés. 5. L'établissement travaille en étroite collaboration avec les programmes de formation postdoctorale pour développer un continuum d'apprentissage. 6. Proportion de diplômées et diplômés exerçant dans des régions et dans des domaines de pratique où les besoins sont grands, par exemple les soins de santé primaires.

PHASES DE DÉVELOPPEMENT VERS LA RESPONSABILITÉ SOCIALE				
Composantes de base	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
6. RÉSULTATS OBTENUS ET INCIDENCE SOCIÉTALE				
6.2. Incidence sociétale	L'établissement d'enseignement ne mesure pas l'incidence qu'elle a sur la région qu'elle dessert.	Jalons L'établissement a amorcé le développement d'une mesure systématique de son incidence sociétale.	Jalons L'établissement entreprend des recherches pour mesurer systématiquement son incidence sociétale. Indicateurs 1. L'établissement entreprend des recherches pour évaluer l'incidence de la mise en oeuvre de stratégies de responsabilité sociale sur la région géographique qu'elle dessert	Norme(s) La formation, la recherche, les diplômées et diplômés, les services de santé et les partenariats de l'établissement ont une incidence positive sur les soins de santé, la santé et l'équité en santé des communautés / régions desservies par l'établissement et par ses diplômées et diplômés. Indicateurs 1. Mesure systématique de l'incidence de l'établissement d'enseignement. 2. Les diplômées et diplômés contribuent à améliorer la qualité et l'équité de l'accès aux soins de santé dans les communautés où ils travaillent. 3. Les programmes de formation en santé offerts par l'établissement d'enseignement font partie intégrante du système de santé de sa région. 4. Les partenariats avec les organisations de soins de santé et les communautés comportent des projets améliorant la santé des populations mal desservies. 5. L'établissement d'enseignement et ses diplômées et diplômés sont activement engagés dans l'amélioration du système de santé, dans la défense des populations mal desservies et dans l'augmentation de l'équité en santé. 6. Les résultats de la recherche éclairent les politiques et les pratiques visant à améliorer la santé et les soins de santé dans la région desservie par l'établissement d'enseignement.

SECTION 3. ENGAGEMENT DES PARTIES PRENANTES

Cette section se compose de 5 éléments qui doivent tous être complétés. Cette section vise à comprendre dans quelle mesure les établissements d'enseignement font participer les parties prenantes à la planification, aux politiques et aux décisions prises pour l'avancement de la responsabilité sociale en santé. En vous appuyant sur les critères descriptifs ci-dessous, veuillez indiquer où votre établissement se situe entre la phase 1 et la phase 4 en fonction de la description qui correspond de façon juste et réaliste à votre situation.

Phases	Parties prenantes impliquées
Phase 1	Participation des parties prenantes internes (c.-à-d. les membres du corps professoral et la communauté étudiante) à l'autoévaluation et à la réalisation du plan d'action mis en place pour passer à l'étape suivante.
Phase 2	Participation des parties prenantes internes, des professionnelles et professionnels de la santé et des personnes représentant la communauté à l'autoévaluation et à la réalisation du plan d'action mis en place pour passer à l'étape suivante.
Phase 3	Participation des parties prenantes internes, des professionnelles et professionnels de la santé, des personnes représentant la communauté et des organismes de soins de santé à l'autoévaluation et à la réalisation du plan d'action mis en place pour passer à l'étape suivante.
Phase 4	Participation des parties prenantes internes, des professionnelles et professionnels de la santé, des personnes représentant la communauté, des organisations de soins de santé et du gouvernement à l'autoévaluation et à la réalisation du plan d'action

SECTION 4. PHASES D'AMÉLIORATION VERS LA RESPONSABILITÉ SOCIALE

Cette section se compose de 11 éléments dans 6 domaines et ils doivent tous être complétés. En utilisant les jalons de développement fournis dans les critères ci-dessous, veuillez indiquer quel est le plan d'action de votre établissement pour passer à la phase suivante. Veuillez formuler le plan pour inclure les parties prenantes, incluant les parties prenantes internes, les professionnelles et professionnels de la santé, les représentants de la communauté, les organisations de soins de santé et le gouvernement. Vous pouvez télécharger des preuves à l'appui (documents, pages Web, images, publications, etc.) pour justifier et préciser votre plan d'action.

Phases	Parties prenantes impliquées
Phase 1	Le plan est concret et réaliste pour faire passer l'établissement à la prochaine phase dans 2 à 3 ans et implique les parties prenantes internes (c.-à-d. les membres du corps professoral et la communauté étudiante) dans l'autoévaluation et le plan d'action mis en place pour passer à l'étape suivante.
Phase 2	Le plan est concret et réaliste pour faire passer l'établissement à la prochaine phase dans 1 à 2 ans et implique les parties prenantes internes, les professionnelles et professionnels de la santé et les personnes représentant la communauté dans l'autoévaluation et le plan d'action mis en place pour passer à l'étape suivante.
Phase 3	Le plan est concret et réaliste pour faire passer l'établissement à la prochaine phase dans 1 à 2 ans et implique les parties prenantes internes, les professionnelles et professionnels de la santé et les personnes représentant la communauté et les organismes de soins de santé dans l'autoévaluation et le plan d'action mis en place pour passer à l'étape suivante.
Phase 4	Le plan est concret et réaliste pour faire passer l'établissement à la prochaine phase dans 6 mois à 1 an et implique les parties prenantes internes, les professionnelles et professionnels de la santé et les personnes représentant la communauté, les organismes de soins de santé et le gouvernement dans l'autoévaluation et le plan d'action mis en place.

Glossaire

- **Apprentissage par le service** : « Une forme d'apprentissage expérientiel dans laquelle [les étudiantes et étudiants] s'engagent dans des activités qui répondent à la fois aux besoins humains et communautaires, avec des possibilités structurées de réflexion conçues pour atteindre les résultats d'apprentissage souhaités. » (Jacoby 1996)
- **Efficience/ rapport coût-efficacité** : Cela implique de produire le plus grand effet sur la santé, avec les ressources disponibles nécessaires pour répondre aux besoins prioritaires en matière de santé, et intègre le principe de coût/efficacité.
- **Équité** : L'état dans lequel les possibilités de gains en matière de santé sont offertes à tous. La santé est un produit social et un droit humain. L'équité en santé (c'est-à-dire l'absence d'inégalité systémique entre les groupes de population) et les DSS devraient être pris en compte dans tous les aspects de la formation, de la recherche et des activités de service. Cela intègre les principes de justice sociale, ou de lutte contre la répartition inégale des ressources, et l'accès universel à l'éducation.
- **Établissement d'enseignement** : Établissement comprenant les écoles ou les facultés de médecine et des sciences de la santé au niveau universitaire
- **Formation interprofessionnelle** : Selon l'OMS/OPS, la formation interprofessionnelle se produit lorsque des étudiantes et étudiants de deux professions ou plus apprennent à propos de, à partir de et avec les autres pour permettre une collaboration efficace et améliorer les résultats en matière de santé.
- **Formation médicale conventionnelle** : Dans le présent document, le terme fait référence à la formation médicale qui tend à être axée sur la discipline et la didactique. Le programme tend à se concentrer sur les soins médicaux, l'apprentissage clinique ayant lieu principalement dans des établissements de soins tertiaires. Le contenu n'est pas systématiquement aligné sur l'évolution des besoins et la formation a tendance à être centrée sur l'enseignante ou l'enseignant plutôt que sur l'apprenant avec des possibilités limitées d'apprentissage autodirigé et d'apprentissage par le service.
- **Indicateur** : Mesure, quantitative ou qualitative, des progrès d'un établissement d'enseignement vers la responsabilité sociale. Un indicateur mesure les progrès vers la norme.
- **Jalon** : Il décrit une étape importante dans l'avancement d'un programme vers la responsabilité sociale.

- **Membre du corps professoral** : Chargées et chargés de cours ainsi que les professeurs et professeurs de l'établissement d'enseignement. On peut y inclure le personnel de direction et administratif.
- **Norme** : Description de l'aspiration à l'excellence en matière de responsabilité sociale en ce qui concerne un élément particulier de la formation médicale.
- **Parties prenantes** : Une partie prenante dans la formation du personnel de la santé est toute personne qui s'intéresse à la réussite d'une stratégie, d'un programme ou d'un établissement d'enseignement. Il peut s'agir d'individus ou d'organisations indirectement ou directement touchés par le succès ou l'échec de l'effort. Les parties prenantes comprennent la communauté étudiante, les représentants du gouvernement, les membres de la communauté, les prestataires de services, le personnel administrateur et le corps professoral.
- **Pertinence** : La mesure dans laquelle les problèmes les plus importants et les plus pertinents au niveau local sont abordés en premier. Cela intègre la valeur de la réactivité aux besoins de la communauté. En outre, elle intègre les principes de sensibilité et de compétence culturelles. La compétence culturelle est définie comme le processus d'élimination des obstacles à une communication efficace et ouverte lors des soins au patient.
- **Professionnalisme** : Il s'entend comme l'ensemble des connaissances, des compétences, des principes et des valeurs qui soutiennent un idéal de la pratique de la médecine dans le cadre des normes les plus élevées de qualité scientifique, éthique et humanitaire et de connaissance des besoins sociaux.
- **Qualité** : La mesure dans laquelle les services de santé pour les individus et les populations augmentent la probabilité d'obtenir les résultats souhaités en matière de santé et sont conformes aux connaissances professionnelles actuelles. Ces services de santé doivent être fournis d'une manière qui réponde de façon optimale autant aux normes professionnelles qu'aux attentes de la communauté.

Annexes

Codéveloppeurs de l'outil

D^r André-Jacques Neusy, directeur principal, THEnet : Training for Health Equity Network

Björg Pálsdóttir, MPA, PDG -THEnet: Training for Health Equity Network

D^r Tomlin Paul, doyen de la faculté de médecine, University of the West Indies, Jamaïque

Prof. James Rourke, président (2013-2018) AMEE ASPIRE-to-Excellence Panel on Social Accountability, doyen de la faculté de médecine (2004-2016) Memorial University de Terre-neuve, Canada

D^{re} Sarita Verma, vice-présidente de l'éducation, Association des facultés de médecine du Canada

D^{re} Erica Wheeler, conseillère du Bureau des ressources humaines pour la santé-OPS, Bureau de l'OPS/OMS des Caraïbes

D^r Sonal Batra, professeur adjoint de médecine d'urgence, de politique de santé et de gestion, Université George Washington, Washington, DC

D^{re} Larisa Carrera, doyenne de la faculté de médecine, Universidad del Litoral — Forum argentin des facultés et écoles de médecine publique, Argentine

D^{re} Noora Alhajri, « fellow » en recherche clinique, John Hopkins University

D^r Fernando Menezes, chef des ressources humaines de l'Unité de santé-OPS, OPS/OMS

D^r Jose Francisco Garcia, conseiller régional en ressources humaines pour l'Unité de santé – OPS, OPS/OMS

D^r Ruy Silveira de Souza, professeur adjoint, Universidad de Federal de Roraima, Brésil

Autres participants :

Mme Katie Qutub, gestionnaire de projet, Agence des États-Unis pour le développement international
Marcela Lic. Groppo

D^r Troy Jacobs

M. Ignacio Saez Perrotta, médecin, pédiatrie, Hôpital national Prof. A. Posadas, Buenos Aires, Argentine

Traduction en français

Pr Luce Pélissier-Simard, directrice, Bureau de la responsabilité sociale, Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke

Mme Johanne Dumont, coordonnatrice, Bureau de la responsabilité sociale, Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke

Pre Danielle Barbeau-Rodrigue, directrice des affaires francophones à l'École de médecine du Nord de l'Ontario

Pre Marie-Claude Beaulieu, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke

Ressources supplémentaires sur la responsabilité sociale

Boelen C, Pearson D, Kaufman A, Rourke J, Woollard R, Marsh DC, Gibbs T. Producing a socially accountable medical school: AMEE Guide No. 109, Medical Teacher 2016; 38(11).
<https://doi.org/10.1080/0142159X.2016.1219029>

Reeve C, Woolley T, Ross SJ, Mohammadi L, Halili S, Cristobal F, et al. The impact of socially-accountable health professional education: A systematic review of the literature. Medical Teacher 2017.
<https://doi.org/10.1080/0142159X.2016.1231914>

Imputabilité sociale Une vision pour les facultés de médecine du Canada; Santé Canada 2001; Ottawa, Ontario. https://afmc.ca/future-of-medical-education-in-canada/medical-doctor-project/pdf/sa_vision_canadian_medical_schools_fr.pdf

Rourke J, Boelen C, Strasser R, Pálsdóttir B, Neusy AJ. The medical teacher and social accountability in Dent J, Harden RM, Hunt D, eds. A Practical Guide for Medical Teachers Fifth Edition. Eds Elsevier.

Boelen C. Responsabilidad social y excelencia. EDUCACION MEDICA 2009; 12 (4)
<http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v12n4/editorial.pdf>

Riquelme Pérez A, Püschel Illanes K, Díaz Piga LA, Rojas Donoso V, Perry Vives A, Sapag Muñoz J. Responsabilidad social en América Latina : camino hacia el desarrollo de un instrumento para escuelas de medicina. Investigación en Educación Médica 2017 ; 6 (22) Disponible en español :
<https://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343-resumen-responsabilidad-social-america-latina-camino-S2007505717301357>

THEnet. The Framework for Socially Accountable Health Workforce Education Version II. : [The Framework - THEnet: The Training for Health Equity Network \(thenetcommunity.org\)](https://thenetcommunity.org)

THEnet's evaluation framework for socially accountable health professional education. Version 1.0. Monograph I. Brussels: The Training for Health Equity Network; 2011.

Références

1. Pálsdóttir B, Barry J, Bruno A, Barr H, Clithero A, Cobb N, et al. Training for impact: the socio-economic impact of a fit for purpose health workforce on communities. *Human Resources for Health BMC* 2016, 14(1). <http://doi.org/10.1186/s12960-016-0143-6>
2. Organisation mondiale de la Santé; Banque mondiale. Tracking universal health coverage: first global monitoring report. Genève : OMS; 2015.
http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/en/
3. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S., Bloom LR, Fathima S, Feigl AB, et al. The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases. Genève: World Economic Forum; 2011.
www.world-heart-federation.org/wp-content/uploads/2017/05/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf
4. Pálsdóttir B, Cobb N, Fisher J, Gilbert JHV, Middleton L., Reeve C, et al. Enabling universal coverage and empowering communities through socially accountable health workforce education. In: Buchan J, Dhillon IS, Campbell J, editors. *Health Employment and Economic Growth: An Evidence Base*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2017 : Chapitre 13, 307-341.
5. Püschel K, Riquelme A, Moore P, Rojas V, Perry A, Sapag JC. What makes a medical school socially accountable in Latin America? A report from a Latin American panel based on a qualitative approach. *Medical Teacher* 2017; 39(4) : 415-421.
6. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010; 376(9756) : 1923–58. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
7. Organisation mondiale de la Santé. Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030 [Internet]. 69th World Health Assembly; Genève : OMS; 20-28 mai 2016. (Resolution WHA69.19). [Cité le 6 juillet 2018]
http://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf
8. Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique. S'engager pour la santé et la croissance : Investir dans les personnels de santé. [Internet]. Genève : OMS; 2016.
<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241511308>
9. Organisation mondiale de la Santé. Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization Guidelines 2013. Genève : OMS; 2013. (Cité le 29 juin 2018)
<http://whoeducationguidelines.org/>

10. Plan of Action on Human Resources for Universal Access to Health and Universal Health Coverage 2018-2023. 162nd Session of the Executive Committee, Washington, D.C. 18-22 juin 2018.
<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49213>
 11. Boelen C, Heck JE & Organisation mondiale de la Santé, Division du développement des ressources humaine pour la santé. Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 1995 [cité le 8 juillet 2018]
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66532/WHO_HRH_95.7_fre.pdf?sequence=1
 12. Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada (CAFMC). Normes d'agrément des programmes d'éducation médicale en vue de l'obtention d'un diplôme en médecine (MD). Ottawa : 2021; CAFMC). [https://cacms-cafmc.ca/sites/default/files/documents/Normes_et_éléments_CAFMC_AU_2022-2023.pdf] (document consulté le 6 janvier 2022).
 13. Woolley T, Halili SD, Siega-Sur JL., Cristobal, FL., Reeve C, Ross SJ, et al. Socially accountable medical education strengthens community health services. *Medical Education* 2017; 52(4) : 391-403.
<https://doi.org/10.1111/medu.13489>
 14. Siega-Sur JL., Woolley T, Ross S J, Reeve C & Neusy AJ. The impact of socially accountable, community-engaged medical education on graduates in the Central Philippines: Implications for the global rural medical workforce. *Medical Teacher* 2017; 39(10) : 1084-10911.
<https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1354126>
 15. Reeve C, Woolley T, Ross SJ, Mohammadi L., Halili S, Cristobal F, Siega-Sur JL et al. The impact of socially-accountable health professional education: A systematic review of the literature. *Medical Teacher* 2017; 39(1) : 67-73. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2016.1231914>
 16. Boelen C, Woollard R. Social accountability and accreditation: A new frontier for educational institutions. *Medical Education* 2009; 43(9) : 887–894. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03413.x>
 17. Ross S, Preston R, Lindemann I, Matte M, Samson R, Tandincio F. et al. The training for health equity network evaluation framework: A pilot study at five health professional schools. *Education for Health* 2014; 27(2) : 116. <https://doi.org/10.4103/1357-6283.143727>
-

18. Larkins SL, Preston R, Matte MC, Lindemann IC, Samson R, Tandinco FD, et al. on behalf of the Training for Health. Measuring social accountability in health professional education: Development and international pilot testing of an evaluation framework. *Medical Teacher* 2013; 35(1) : 32–45.
<https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.731106>
19. Palsdottir B. “Institutional Development for Africa —Towards Greater Accountability for Results” in Return on Investment: The Long-Term Impact of Building Health Care Capacity in Africa. 2010; pp 43-50. Washington, DC: Accordia Global Health Foundation
20. Winn CS, Chisholm BA, Hummelbrunner JA, Tryssenaar J, Kandler LS. Impact of the Northern Studies Stream and Rehabilitation Studies programs on recruitment and retention to rural and remote practice: 2002–2010. *Rural and Remote Health* 2015; 15(3126) PMID : 26163882.
21. Organisation mondiale de la Santé. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2010.
http://www.searo.who.int/nepal/mediacentre/2010_increasing_access_to_health_workers_in_remote_and_rural_areas.pdf
22. Strasser R. Learning in context: education for remote rural health care. *Rural and Remote Health* 2016; 16(4033). http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_4033.pdf,
23. Grobler L, Marais BJ, Mabunda S. Interventions for increasing the proportion of health professionals practicing in rural and other underserved areas. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015; 6 : CD005314. DOI: 10.1002/14651858.CD005314.pub3.
24. Larkins S, Michielsen K, Iputo J, Willems S, Cristobal FL, Samson R, et al. Impact of selection strategies on representation of underserved populations and intention to practise: international findings. *Medical Education* 2015; 49 : 60–72. DOI:10.1111/medu.12518
25. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961; 265 : 885- 92.
26. Kenneth M. The international challenges to medical education. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association* 2003 : 114.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2194491/pdf/tacca00002-0301.pdf>
27. Worley P, Couper I, Strasser R, Graves L, Cummings B-A, Woodman R, Stagg P, Hirsh D on behalf of the CLIC Research Collaborative. A typology of longitudinal integrated clerkships. *Medical Education* 2016; 50(9) : 922-932. DOI: 10.1111/medu.13084
28. Strasser R, Hirsh D. Longitudinal integrated clerkships: transforming medical education worldwide?

Medical Education 2011; 45 : 436–437

29. Rourke J. Social Accountability: A Framework for Medical Schools to Improve the Health of the Populations They Serve. *Acad Med*. Août 2018; 93(8) : 1120-1124.

<https://insights.ovid.com/crossref?an=00001888-201808000-00019>

30. Talib Z, Palsdottir B, Briggs M, Clithero A, Miniclier Cobb N, Marjadi B, et al. Defining community—engaged health professional education: a step toward building the evidence. *NAM Perspectives* 2017. <https://nam.edu/wp-content/uploads/2017/01/Defining-Community-Engaged-Health-Professional-Education-A-Step-Toward-Building-the-Evidence.pdf>
31. Boelen C, Pearson D, Kaufman A, Rourke J, Woollard R, Marsh DC, et al. Producing a socially accountable medical school: AMEE Guide No. 109, *Medical Teacher* 2016; 38(11):1078-1091. DOI:10.1080/0142159X.2016.1219029
32. Woolley T, Cristobal F, Siega-Sur JJ, Ross S, Neusy A, Halili SD, Reeve C. Positive implications from socially accountable, community-engaged medical education across two Philippines regions. *Rural and Remote Health* 2018; 18: 4264. <https://www.rrh.org.au/journal/article/4264>
33. **New reference if include new paragraph Pearson** D, Walpole S, Barna S. Challenges to professionalism: Social accountability and global environmental change. *Med Teach*. 2015; 37:9, 825–830
34. Jacoby B (1996) *Service learning in higher education: Concepts and practices*. Jossey-Bass. 1st edition.