



THE NETWORK
TOWARDS UNITY FOR HEALTH

Outil d'Indicateurs de Responsabilité Sociale dans la Formation des Professionnelles et Professionnels de la Santé

Guide et Outil d'Autoévaluation Institutionnelle

Promoteur du projet : USAID

En collaboration avec le Consensus mondial pour la responsabilité sociale, PAHO/WHO, Training for Health Equity Network : THEnet, Social Mission Alliance et Université de l'EMNO (NOSM U)

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

Table des Matières

Introduction	2
Sommaire Exécutif : développement et vue d'ensemble de l'ISAT	4
Historique et Contexte : développement et vue d'ensemble de l'ISAT	6
Processus de Développement de l'Outil	10
Introduction à l'ISAT	13
But	13
Qui devrait utiliser l'ISAT ?	14
Comment l'ISAT devrait-il être utilisé ?	14
Quelles sont les phases de l'ISAT ?	15
Quelles sont les composantes de l'ISAT ?	16
Communauté étudiante	16
Recrutement du corps professoral	17
Formation professorale	18
Programme d'études : contenu	19
Programme d'études : méthodes d'apprentissage	19
Programme d'études : types et lieux des expériences éducatives	20
Formation interprofessionnelle et pratique collaborative	21
Recherche ancrée dans la communauté	22
Gouvernance	22
Partenariat et engagement des parties prenantes	23
Résultats obtenus par l'institution	24
Impact sociétal	24
Autres considérations	25
OUTIL D'AUTOÉVALUATION DE LA RESPONSABILITÉ SOCIALE	26
GUIDE DE MISE EN ŒUVRE	26
Glossaire	i
Annexes	iii
Codéveloppeuses et codéveloppeurs de l'outil ISAT en 2017	iii
Codéveloppeuses et codéveloppeurs de l'outil ISAT 2.0	iv
Ressources supplémentaires sur la responsabilité sociale	vi
Références	vii

Introduction

La responsabilité sociale procure des balises pour aider le personnel de la santé à mieux répondre aux besoins prioritaires des personnes et de la société, aujourd'hui et à l'avenir. 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 les expériences de ce personnel constituent des obstacles à l'accès universel aux soins de santé et à la réalisation 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, de même que par le contenu, par le lieu et par les méthodes d'apprentissage. Renforcer la responsabilité sociale des institutions et de leur communauté de diplômées et diplômés est désormais reconnu comme un mécanisme efficace pour maximiser leur impact positif sur la santé et sur le renforcement des systèmes de santé.

Par conséquent, les cadres globaux et les politiques institutionnelles 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, où qu'elles soient, pour répondre à leurs besoins de santé. L'application des principes de responsabilité sociale fournit aux institutions un mécanisme permettant d'accroître l'équité dans la formation, de mener des recherches pertinentes sur les besoins de santé de la population par des équipes de recherche prêtes à rendre compte de leurs travaux auprès des populations visées et d'améliorer l'accès et la qualité des services de santé, des pratiques essentielles pour les institutions socialement responsables. Les mécanismes de responsabilité sociale encouragent non seulement des 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 institutions à s'autoévaluer et à valider leur pratique des principes de la 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 institutions de santé du monde entier aspirent à respecter les valeurs et les normes de responsabilité sociale¹ parce qu'elles veulent rester pertinentes et compétitives. Nous suggérons, pour y parvenir, de s'engager dans un processus d'autoévaluation et de validation par un comité de révision, comme décrit ci-dessous :

- **Une évaluation de la responsabilité sociale** permet de déterminer les impacts d'une institution et de son mode de gestion sur son personnel, sur sa communauté, sur son environnement et sur ses étudiantes et étudiants. Une évaluation socialement responsable démontre qu'une institution répond aux normes les plus élevées à cet égard.
- **La validation de la responsabilité sociale** aide les parties prenantes, comme les membres de la communauté, l'ensemble des personnes étudiantes, le corps professoral, les diplômées et diplômés de l'institution, les médias, les décideurs et les organismes partenaires, à reconnaître quelles institutions utilisent la responsabilité sociale comme force pour le bien commun dans le contexte où elles évoluent.

Les institutions et systèmes de santé² qui s'autoévaluent ont la possibilité d'être validés par un comité de révision composé d'experts indépendants et géré par TUFH. En obtenant cette validation, ils montrent la voie vers un monde plus socialement responsable. Cela implique d'établir des relations avec des institutions et des personnes partageant les mêmes valeurs, d'attirer des talents, d'améliorer leur impact, de faire entendre la voix de la communauté et de faire progresser les missions institutionnelles.

Pour nous évaluer, nous utilisons l'outil des indicateurs de responsabilité sociale ISAT (*Indicators for Social Accountability Tool*) qui vise à aider les institutions 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 pour ainsi accroître l'accès

Quelles sont les principales caractéristiques de la responsabilité sociale ?

« La participation de la communauté revêt une importance vitale dans la détermination des besoins de la communauté, l'établissement des priorités et la création et l'évaluation de nouveaux modèles d'exercice. »

Imputabilité sociale: Une vision pour les facultés de médecine du Canada 2001

La responsabilité sociale exige une habileté à répondre aux « besoins actuels et futurs en santé, aux défis sociaux », le renforcement de « la gouvernance et des partenariats avec les autres parties prenantes » et l'utilisation de méthodes « d'évaluation et d'accréditation pour mesurer la performance et les impacts ».

The 2010 Global Consensus for the Social Accountability of Medical Schools
(traduction libre)

¹ La responsabilité sociale en santé est définie par l'Organisation mondiale de la santé comme « l'obligation [des institutions de formation en santé] d'orienter les activités de formation, de recherches et de service vers la résolution des problèmes de santé prioritaires de la communauté, de la région ou de la nation qu'elles ont pour mandat de desservir. Les problèmes de santé prioritaires doivent être identifiés conjointement par les gouvernements, les organisations de soins de santé, les personnes professionnelles de la santé et le public. »

² Dans l'ensemble de ce document, le terme « institution d'enseignement en santé » ou simplement « institution » fait référence à une grande diversité d'écoles de médecine (*medical schools*), de facultés de médecine, d'universités proposant des programmes de santé publique, de dentisterie ou d'autres disciplines de la santé et, dans certains cas, des hôpitaux ou des centres hospitaliers. L'étendue de cette terminologie reflète les nombreux types d'institutions qui cherchent à devenir plus socialement responsables.

universel à la santé et à une couverture sanitaire universelle. L'outil peut également aider les institutions à établir des domaines prioritaires pour la recherche et pour l'amélioration de la qualité ainsi qu'à 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 des apprentissages collectifs et réciproques entre les institutions de différentes régions, différents pays et à l'échelle globale.

Ce guide a pour objectif de servir de référence aux institutions (c.-à-d. les institutions de formation en sciences de la santé) qui remplissent en ligne le formulaire d'autoévaluation de la responsabilité sociale ISAT. Ce dernier comprend quatre sections couvrant chacune une variété de domaines.

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 inadéquat à des soins appropriés. La pénurie et la mauvaise répartition du personnel de la santé ainsi que l'écart important entre les besoins des personnes et les compétences et expériences de ce personnel constituent des obstacles à la réalisation de l'accès universel et de la CSU pour tous.

Des données récentes indiquent que les personnes formées, les sujets étudiés, le lieu et les modalités d'apprentissage influencent les choix de carrière et les futurs lieux d'exercice des professionnelles et professionnels de la santé. Le renforcement de la responsabilité sociale des institutions de formation en santé et de leurs diplômées et diplômés est désormais reconnu comme un mécanisme efficace pour maximiser l'impact positif sur la santé et sur le renforcement des systèmes de santé¹. Le Canada montre la voie en ayant déjà intégré la responsabilité sociale dans ses normes d'accréditation en formation médicale.

C'est pourquoi les cadres globaux et les politiques institutionnelles adoptent des stratégies de responsabilité sociale pour améliorer la quantité, la qualité et la pertinence de la formation du personnel de la santé de façon à s'assurer que les pays disposent d'équipes interprofessionnelles bien formées, prêtes et disposées à travailler avec et dans les

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

« L'obligation d'orienter les activités de formation, de recherches et de service vers la résolution des problèmes de santé prioritaires de la communauté, de la région ou de la nation qu'elles ont pour mandat de desservir. Les problèmes de santé prioritaires doivent être identifiés conjointement par les gouvernements, les organisations de soins de santé, les personnes professionnelles de la santé et le public. »

Organisation mondiale de la santé, 1995
(traduction libre)

Quel est le lien entre la responsabilité sociale et les connexions existantes entre les sociétés et leurs institutions ?

« La création de momentum vers une initiative mondiale pour assurer que, grâce aux systèmes d'accréditation élaborés, les institutions d'enseignement en santé sont en mesure de mieux répondre aux besoins prioritaires de santé et aux enjeux actuels et futurs auxquels font face les sociétés. »

Conceptual Framework Accrediting Progress
Towards Social Accountability 2024
(traduction libre)

communautés, où qu'elles soient, afin de répondre à leurs besoins de santé. L'application des principes de responsabilité sociale fournit aux institutions 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, des objectifs essentiels pour les institutions socialement responsables. Les mécanismes de responsabilité sociale encouragent des efforts continus non seulement 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 toutes et tous.

Dans le but d'accroître la responsabilité sociale dans 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. En s'appuyant sur les outils de responsabilité sociale existants, le groupe a développé l'« **Outil des indicateurs de responsabilité sociale** » communément appelé l'ISAT. Son développement vise à promouvoir des programmes de formation et de recherche, de même que des services de santé qui soient alignés sur les besoins prioritaires, et ce, en fournissant aux institutions 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 institutions et leurs parties prenantes à réfléchir à leur situation et 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 formation du corps professoral
- contenu, méthodes d'apprentissage et lieux des expériences éducatives
- formation interprofessionnelle et pratique collaborative
- activités de recherche
- gouvernance et engagement des parties prenantes
- résultats obtenus par l'institution
- impact sociétal

Chaque composante est divisée en quatre phases de développement et comprend des jalons, des normes et des indicateurs.

L'équipe de conception de l'ISAT comprend que le contexte varie considérablement d'un endroit à l'autre et que certains indicateurs ne sont pas mesurables ou pertinents dans certains pays ou

institutions.

L'outil ISAT inclut 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 desservies.

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

Le monde souffre d'iniquités considérables en matière de santé, c'est-à-dire de différences systémiques, socialement produites et évitables, donc intrinsèquement injustes et évitables. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), plus de 400 millions de personnes dans le monde ne voient que 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 élevé². En fait, les iniquités observées dans la Région des Amériques demeurent parmi les plus élevées. De telles iniquités en matière de santé s'avèrent non seulement inacceptables, mais aussi coûteuses parce qu'elles limitent les opportunités individuelles ce qui ralentit 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 2030³.

La pénurie et la mauvaise répartition géographique du personnel de la santé ainsi que l'inadéquation entre les besoins et les compétences constituent des obstacles 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, « [l]a couverture sanitaire universelle (CSU) signifie que chaque personne a accès à tout l'éventail des services de santé de qualité dont elle a besoin, où et quand elle en a besoin, sans être exposée à des difficultés financières. Cela concerne l'ensemble des services de santé essentiels tout au long de la vie, de la promotion de la santé à la prévention, au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs. »⁴ L'OPS définit le concept d'accès universel comme « [...] l'absence de barrières géographiques, économiques, socioculturelles, organisationnelles ou de genre [...] obtenue grâce à l'élimination progressive des obstacles qui empêchent toute personne de bénéficier de façon équitable des services de santé complets établis au niveau national. »⁵

Pourtant, la plupart des efforts visant à remédier aux pénuries de personnel de la santé se sont concentrés sur l'augmentation de la main-d'œuvre, avec une attention limitée accordée à l'impact des stratégies institutionnelles et éducatives sur l'emplacement et les choix de carrière des diplômées et diplômés en médecine⁶.

Accroître le nombre de professionnelles et professionnels de la santé formés n'est manifestement pas suffisant, car de nombreuses personnes nouvellement diplômées migrent vers des carrières spécialisées en milieu urbain ou dans des pays à revenu élevé. Par exemple, au cours des trente à quarante dernières années, l'Amérique latine a connu une forte augmentation du nombre de nouvelles facultés de médecine. Cependant, la qualité et la contribution de certaines de ces nouvelles institutions au renforcement du système de santé sont remises en question⁷. 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 du personnel en santé ne parvient pas à produire des personnes diplômées possédant les compétences et l'expérience nécessaires pour répondre aux besoins actuels et futurs⁸.

En réponse, les cadres globaux et les orientations quant aux politiques institutionnelles, par exemple la *Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 de l'OMS*⁹, le *Rapport et le plan d'action de la Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique (ComHEEG)*¹⁰, *WHO's guidelines on transforming health professional education* (Lignes directrices de l'OMS sur la transformation de la formation des professionnels et professionnelles de la santé)¹¹ et le *Plan d'action en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle 2018-2023*¹², 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 institutions et des programmes de formation des professionnelles et 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. L'OMS définit la responsabilité sociale des programmes de formation en santé comme « l'obligation d'orienter les activités de formation, de recherches et de service vers la résolution des problèmes de santé prioritaires de la communauté, de la région ou de la nation qu'elles ont pour mandat de desservir. Les problèmes de santé prioritaires doivent être identifiés conjointement par les gouvernements, les organisations de soins de santé, les personnes professionnelles de la santé et le public » (traduction libre)¹³.

Bien que les institutions d'enseignement des professions de la santé mettent en œuvre des stratégies associées à la responsabilité sociale au moins depuis les années 1970, ce n'est qu'au milieu des années 2000 qu'un nombre croissant d'institutions et d'organisations ont commencé à promouvoir activement et/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 qui a finalement conduit à l'élaboration du *Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine* en 2010. Ce consensus a été développé par des individus et des organisations du monde entier (d'abord à travers un processus Delphi avant d'être finalisé lors d'une rencontre à East London, en 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'institutions d'enseignement des professions de la santé engagées dans la responsabilité sociale¹⁴.

Une décennie plus tard, il y a de plus en plus de preuves de l'impact positif 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 mieux desservies¹⁵. Un nombre croissant d'institutions 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 les normes d'accréditation de ses 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 » (traduction libre).

Comité d'agrément des facultés de médecine canadiennes¹⁴

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.

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-d'œuvre en santé pour améliorer la qualité des données, ainsi que pour soutenir le suivi de la performance des lignes directrices concernant les ressources humaines pour la santé en vue de la CSU. Le NHWA se révèle 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 d'adéquation des systèmes 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'accréditation comporte deux indicateurs spécifiques à la responsabilité sociale, l'un pour évaluer l'inclusion de la responsabilité sociale dans les mécanismes d'accréditation, 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 encouragé à considérer les déterminants sociaux de la santé, 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, celle-ci exigeant 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 académique¹⁶.

Une étude récente quant aux 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'accréditation actuelles n'intègrent pas la responsabilité sociale, une valeur professionnelle plus faible et moins d'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 au sein du corps professoral en soins primaires qu'en formation spécialisée et une exposition de faible qualité de la communauté étudiante aux modèles de rôle en soins primaires¹⁷. 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 axé sur le sujet et la réalisation d'études qui intègrent les perspectives d'autres parties prenantes, y compris les étudiantes et étudiants et les communautés mal desservies.

Processus de Développement de l'Outil

L'OPS/OMS 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 « agir en concertation avec le secteur de l'éducation pour répondre aux besoins des systèmes de santé qui tendent vers l'accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle. »¹⁸ 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 concernées, 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.

À cette fin, en juin 2017, l'OPS a réuni à Washington des directions d'organisations clés et des personnes possédant une expertise 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 des Amériques. L'OPS a invité des leaders de ASPIRE d'AMEE (*Association for Medical Education in Europe*), 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 for International Development ainsi que des membres experts de l'OPS.

S'appuyant sur les outils de responsabilité sociale existants développés par AMEE-ASPIRE, THEnet et le GW Health Workforce Institute, le groupe a atteint un consensus sur un ensemble d'indicateurs de base connu sous le nom de « l'outil des indicateurs de responsabilité sociale » ou l'ISAT. Les outils existants avaient des éléments communs, bien qu'ils aient été développés en fonction de différents objectifs.

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 des aspects clés qui incluent à ce jour 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 le fonctionnement, la formation des médecins, les

activités de recherche et la contribution aux services de santé. Pour démontrer leur responsabilité

sociale, les institutions doivent documenter leurs plans, leurs actions et les effets de leur formation, de leur recherche et de leurs services ainsi que renseigner leurs diplômées et diplômés et leurs partenariats sur les soins de santé, sur la santé et sur 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 conçu *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'étude¹⁹ vise à transformer la formation du personnel de la santé grâce au développement d'outils standardisés de mesure de processus en tant qu'indicateurs clés de la mission sociale des institutions d'enseignement des professions de la santé.

THEnet est une initiative de collaboration internationale d'institutions en santé visant à promouvoir la responsabilité sociale. En s'appuyant sur le modèle de conceptualisation-production-utilisabilité (CPU) développé par Woollard et Boelen²⁰ et sur les stratégies de réussite de ses membres, son premier projet commun a été d'élaborer et d'appliquer un cadre d'évaluation exhaustif²¹. Ce cadre identifie les facteurs clés affectant la capacité des institutions à influencer positivement les résultats en matière de santé et la performance des systèmes de santé et à développer des moyens pour les évaluer dans toutes les institutions et dans tous les contextes. Le cadre d'évaluation proposé par THEnet offre un ensemble d'outils exhaustifs et contextuels d'amélioration de la qualité qui incitent les institutions à s'engager avec différents groupes de parties prenantes pour leur permettre de jeter un regard critique sur leur performance et sur leurs progrès vers une plus grande responsabilité sociale et pour les aider à établir des domaines prioritaires pour la recherche et pour l'amélioration continue.

Les personnes participant à la réunion OPS/OMS des 6 et 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 institutions de la région OPS/OMS qui, bien qu'elles puissent mettre en œuvre des stratégies associées à la responsabilité sociale, s'initient au concept. Avec cet outil et les activités associées, l'OPS/OMS cherche à faciliter la transition des institutions en santé de la région d'un stade de réactivité sociale à une nouvelle ligne de 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 à la conférence Beyond Flexner 2018 (Atlanta, USA, 9-11 avril 2018). Auparavant, l'outil ISAT a été examiné lors du 55^e Congrès brésilien sur la formation médicale (Porto Alegre, Brésil, 12-15 octobre 2017). Deux membres du corps professoral de différentes facultés de médecine ont effectué leur propre traduction en portugais. Un accord sur la version finale a été

convenu lors d'une rencontre subséquente. 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 personnes ont été divisées 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 si l'outil était applicable et utile dans leur contexte. Les résultats ont été comparés et discutés, de même que les suggestions pertinentes à la clarté des termes et de la traduction. Jusqu'à présent, l'ISAT a été employé dans trois facultés de médecine brésiliennes, lors de rencontres d'évaluation des programmes d'études. Un groupe d'étudiantes et étudiants et un groupe de personnel enseignant ont examiné séparément l'outil ISAT, puis les résultats ont été comparés et discutés afin d'identifier des priorités d'action.

En 2019, l'OPS s'est associée à The Network : Towards Unity for Health (TUFH) pour rendre l'outil ISAT opérationnel dans les institutions en médecine et sciences de la santé au niveau mondial. TUFH a établi deux objectifs permettant de concrétiser la vision derrière l'outil ISAT : 1) que d'ici 2027, 30 % des organismes mondialement reconnus dans des régions et pays ciblés reconnaissent des normes de responsabilité sociale et les aient incorporées dans leurs normes d'accréditation; et 2) que 15 à 20 % des institutions de formation en santé dans des régions et pays ciblés aient complété une évaluation institutionnelle et un processus d'accréditation.

Afin d'atteindre ces objectifs, TUFH a établi les stratégies suivantes :

1. Promouvoir la compréhension internationale de la nécessité de l'adoption et de la mise en œuvre structurelle de la responsabilité sociale, où les systèmes de santé répondent aux besoins prioritaires en matière de santé selon l'information fournie par la communauté.
2. Offrir du support aux institutions afin de les aider à valider qu'elles sont des institutions socialement responsables et à accroître leur potentiel d'attraction pour des étudiantes et étudiants, tant au niveau des études prédoctorales que postdoctorales, et pour des professeurs et professeurs provenant de partout dans le monde.
3. Collaborer de façon proactive avec des organismes mondiaux qui modélisent les normes d'accréditation en santé afin qu'ils y intègrent des principes et des normes de responsabilité

sociale.

4. Inspirer l'engagement de membres de la communauté étudiante avec les leaders visionnaires dans les institutions de santé et les partenaires du pentagone pour l'adoption des principes de responsabilité sociale dans les politiques.
5. En s'appuyant sur la base de connaissances, proposer des outils aux institutions de santé permettant de préciser et de mesurer leur impact sociétal. Étendre les résultats institutionnels afin d'inclure les impacts positifs sur les patientes et patients et incorporer des évaluations innovantes des apprentissages pour prendre en compte l'engagement dans la communauté.
6. Partager, publier et diffuser les nouvelles connaissances par l'intermédiaire des cours de *TUFH Academies* et des publications de TUFH.
7. Reconnaître les institutions qui complètent l'évaluation de responsabilité sociale institutionnelle et agréer les organismes qui adoptent les principes et les normes de responsabilité sociale.

Entre 2020 et 2024, TUFH a testé l'outil auprès de 10 institutions réparties dans le monde, l'a traduit et a créé des comités de révision de langue anglaise, française, espagnole et portugaise. Elle a établi un partenariat avec l'École de médecine du Nord de l'Ontario (EMNO) où siège le Comité directeur international d'accréditation et de responsabilité sociale (*International Social Accountability and Accreditation Steering Committee* ou ISAASC). L'EMNO a aussi été l'hôte des sessions du *Global Accountability Fellowship* offert aux leaders des institutions déterminés à adopter des normes de responsabilité sociale et à développer des plans d'action pour les concrétiser.

Finalement, en 2024, TUFH a fait appel à un groupe d'experts provenant de diverses parties du monde pour réviser et commenter l'ISAT afin que l'outil reflète adéquatement les réalités auxquelles font face les institutions, écoles et facultés en 2024. La présente version, ISAT 2.0, résulte des rétroactions reçues lors de ces consultations.

Introduction à l'ISAT

But

L'objectif de l'outil des indicateurs de responsabilité sociale (ISAT) est d'aider les institutions et les programmes de formation des professionnelles et professionnels de la santé dans les Amériques et

au-delà à évaluer régulièrement leurs progrès vers une plus grande responsabilité sociale afin que les programmes soient idéalement positionnés pour répondre aux besoins actuels et futurs des systèmes de santé et pour accroître ainsi l'accès universel à la santé et la CSU.

L'outil peut également aider les institutions à établir des domaines prioritaires pour la recherche et l'amélioration de la qualité et à 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 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 consiste à identifier les besoins en collaboration directe avec les parties prenantes. Par conséquent, la participation significative de parties prenantes dans le processus de réflexion sur les divers éléments impliqués dans la formation du personnel de la santé se situe au cœur de la responsabilité sociale. Ces parties prenantes incluent notamment la communauté étudiante, les prestataires de services, les administrations des systèmes de santé et des gens représentant la communauté.

Comment l'ISAT devrait-il être utilisé ?

L'outil ISAT peut être utilisé de différentes manières et à différents niveaux institutionnels. Il peut être utilisé par les directions, le corps professoral et la communauté étudiante pour procéder à une évaluation relativement rapide de l'endroit où l'institution se situe en matière de responsabilité sociale. Il peut aussi servir à promouvoir une réflexion collective et à obtenir des rétroactions 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 activement, et les principales parties prenantes devraient être impliquées à toutes les étapes du processus.

Avant d'explorer les résultats et l'impact, il est également important que les institutions, en partenariat avec leurs parties prenantes, définissent clairement les conditions de succès pour elles-mêmes et finalement pour les bénéficiaires — 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 les impacts recherchés par l'institution ou le programme. C'est aussi l'occasion d'identifier ce qui se trouve dans la sphère d'influence directe et indirecte d'une institution et ce qui ne s'y trouve pas.

Discuter et reconnaître les hypothèses sous-jacentes et la « théorie du changement » opérationnelle propre à une institution peut se montrer utile pour identifier les domaines à améliorer ou à réformer. Enfin, en identifiant quels facteurs d'influence sont connus et quels pourraient être les éléments d'incertitudes actuels et futurs, l'outil peut aider les institutions à progresser et à se développer²². Les personnes utilisatrices pourraient également chercher à 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 quel est le temps jugé nécessaire à l'application optimale de l'outil ?

3) Existe-t-il des indicateurs qui ne sont pas appropriés au contexte associé à une institution en 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 de l'ISAT ?

L'ISAT est séparé en quatre phases, décrites ci-dessous, pour chacune des composantes de base essentielles.

Phase 1 : correspond à un programme, une faculté ou une institution où l'on accorde peu ou pas d'attention à la responsabilité sociale et où les stratégies associées ne sont pas utilisées.

Phase 2 : s'applique à une situation où la gouvernance et le corps professoral se situent au début du processus de réflexion et de mise en œuvre de stratégies ou politiques associées à la responsabilité sociale.

Phase 3 : correspond à une institution qui a l'intention de mettre en œuvre des stratégies associées à la responsabilité sociale, mais qui n'a pas encore été en mesure d'atteindre les résultats souhaités.

Phase 4 : décrit une situation où des processus et des systèmes proactifs sont en place pour mesurer les progrès vers la responsabilité sociale et où les institutions peuvent démontrer l'impact des stratégies et des politiques associées à la responsabilité sociale.

Il convient de noter que les institutions ne sont pas toujours en mesure de contrôler ou d'influencer des politiques, des stratégies ou des activités spécifiques pour diverses raisons. Par exemple, lorsque celles-ci sont récentes et n'existent pas depuis assez longtemps pour permettre l'évaluation des indicateurs de la phase 4, ou si les institutions ou programmes sont tenus à l'écart de la prise de décisions concernant certaines politiques, stratégies ou allocations de ressources, ou encore s'ils ne disposent pas des ressources nécessaires pour déployer les stratégies ou les ressources souhaitées pour mesurer les résultats ou pour évaluer les impacts. Par conséquent, les institutions et les programmes sont susceptibles de se positionner dans différentes phases selon les 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 institutions 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 l'ISAT ?

ISAT est divisé en 13 composantes axées sur un élément clé à évaluer. Bien que chacune de ces composantes apparaisse 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. Chacune des sections ci-dessous explique pourquoi chaque composante est jugée importante pour la responsabilité sociale, étant entendu qu'elle peut ne pas s'appliquer dans tous les contextes.

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 la communauté étudiante constitue une composante essentielle de la responsabilité sociale est que les preuves démontrent que les caractéristiques des personnes admises aux programmes de formation en médecine s'avèrent importantes²³. Cependant, il convient de noter que, dans certains pays, les institutions n'exercent aucune influence sur les étudiantes et étudiants inscrits à leur programme parce que la sélection s'opère au niveau national ou, comme c'est le cas en Argentine, il n'y a pas de critères spécifiques et normatifs 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 pédagogique, financier ou psychologique spécifique aux étudiantes et étudiants provenant de zones rurales et/ou appartenant à des groupes 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 prédictifs de leur intérêt et de leur désir de travailler dans des régions où existe une pénurie de main-d'œuvre, en particulier les régions rurales et mal desservies²⁴. 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 constitue un bon indicateur pour augmenter la motivation à pratiquer dans les zones rurales et dans les communautés mal desservies (par exemple, dans le cas de personnes étudiantes provenant elles-mêmes de régions rurales). Les facultés et écoles qui visent à faire preuve de responsabilité sociale ont utilisé plusieurs stratégies pour accroître la diversité socioéconomique, ethnique et géographique des étudiantes et étudiants et pour 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'empathie²⁵.

Dans les institutions socialement responsables qui forment des comités d'admission ou de sélection, ces comités incluent des parties prenantes clés, dont des membres de populations mal desservies ou marginalisées. Les normes d'agrément canadiennes, par exemple, précisent que :

« 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 »²⁶.

Recrutement du corps professoral

Recruter et retenir un corps professoral universitaire et clinique dévoué et bien formé 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 institutions socialement responsables cherchent à attirer des professeures et professeurs qui possèdent les compétences nécessaires pour répondre aux besoins en matière de santé et à ceux du système de santé de la région où l'institution est située et qui proviennent de divers milieux socioéconomiques et culturels et, si possible, de la communauté qu'elle dessert. Les institutions 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 institutions rurales sont désavantagées par rapport aux institutions urbaines ou périurbaines po

recruter des professeures et professeurs qualifiés. Cependant, la formation médicale axée sur la communauté, caractéristique fondamentale de la responsabilité sociale, génère de nouveaux besoins additionnels, mais aussi des opportunités pour les institutions de recruter des professeures et professeurs dotés de solides

compétences interprofessionnelles, capables de contribuer, dans les zones de pénurie, à plusieurs champs disciplinaires et sectoriels.

En outre, les institutions 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 mentors au sein de la communauté. Les institutions en milieux ruraux offrent des possibilités uniques aux membres du corps professoral engagés dans les changements sociaux et souhaitant faire une différence tangible dans la santé et le bien-être des communautés rurales mal desservies. Ces institutions 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.

Formation professorale

Le monde de la médecine et de la santé évolue rapidement, ce qui entraîne d'importantes 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 patientes et des patients, les défis financiers et les progrès rapides des technologies de l'information, des mégadonnées et de l'intelligence artificielle. Bien que ces changements varient 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 des personnes étudiantes 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 déterminants sociaux de la santé (DSS).

Pour augmenter la taille et la qualité du corps professoral et pour améliorer leurs compétences en formation et en recherche, certaines institutions mettent en place un programme de perfectionnement du corps professoral par l'entremise d'une unité de pédagogie ou en tant que programme distinct. Ces unités soutiennent le perfectionnement professionnel continu en utilisant des technologies de l'information et autres outils de communication. Un programme de formation professorale peut s'appuyer sur les ressources d'autres facultés au sein même de l'université comme

celles des sciences sociales et politiques, de génie, d'autres facultés de sciences de la santé ou encore des 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 de la formation interprofessionnelle, de l'apprentissage actif centré sur la personne apprenante 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 personnes enseignantes 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 de perfectionnement du corps professoral 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'accréditation. En partenariat avec la communauté, les organismes communautaires et le système de santé local, l'institution identifie les besoins sociosanitaires prioritaires des communautés qu'elle dessert et les inclut dans le 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 sociobiomédicales 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 en offrant des ressources pour le corps professoral et pour la communauté étudiante en fournissant soutien et outils pour l'élaboration des programmes, pour les méthodes d'apprentissage, pour l'évaluation des programmes de formation des étudiantes et étudiants et du corps professoral (formatif et sommatif), pour les simulations, pour les personnes patientes standardisées ainsi qu'en effectuant le suivi de la progression des étudiantes et étudiants tout au long de leur parcours académique. Le programme de perfectionnement développe des cours interdisciplinaires en engageant des professeures et professeurs provenant d'autres départements, facultés ou institutions qui peuvent recevoir une double nomination.

Programme d'études : méthodes d'apprentissage

Pour accroître la responsabilité sociale, il est essentiel de répondre aux besoins de la communauté étudiante. Les méthodes d'apprentissage dans les programmes socialement responsables sont cohérentes avec le contenu du programme d'études institutionnel. Souvent combinées, elles se concentrent sur l'apprenante ou l'apprenant et sur les meilleures approches disponibles pour leur permettre d'acquérir 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 plus interactif basé sur les compétences, centré sur les apprenantes et les apprenants, et qui leur

donne la possibilité de développer des compétences telles que la pensée critique, la pratique réflexive, la résolution de problèmes et des 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 d'institutions ont recours à l'apprentissage interprofessionnel et en équipe, l'apprentissage par le service, l'apprentissage expérientiel, autodirigé et basé sur des cas et des problèmes. Les progrès des technologies de l'information (TI) 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 mentorat à distance. Les TI offrent 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 lieux 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 s'effectue principalement en milieu hospitalier. Dès 1961, certaines sources soulignaient qu'il est peu logique et souvent inefficace d'effectuer la majorité des formations cliniques dans les hôpitaux universitaires²⁷. 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 de médecine offrent à leur clientèle étudiante une exposition significative au travail en cliniques externes ou aux services de première ligne où se font la plupart des diagnostics et la prise en charge des maladies chroniques²⁸. En conséquence, 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 services de première ligne et des établissements de soins

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 communautaire²⁹⁻³⁰. Cette approche de formation dans la communauté offre une occasion remarquable d'apprendre à travailler au sein d'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 d'autres partenaires locaux, les étudiantes et étudiants peuvent mener des enquêtes au sein de la communauté, identifier les problèmes prioritaires, concevoir et mettre en œuvre des interventions en accord avec les parties

prenantes et évaluer les résultats et les impacts du projet. Les stages effectués dans la communauté intègrent théorie et pratique et représentent une opportunité unique pour les facultés de médecine, de sciences de la santé, de santé publique, de pharmacie, de sciences sociales et autres de collaborer étroitement 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 basée sur le travail en équipes interdisciplinaires au sein de programmes de santé communautaires adaptés aux besoins prioritaires.

Formation interprofessionnelle et pratique collaborative

Le cadre normatif de l'*Interprofessional Education for Collaborative Practice (IPECP)*, traduction libre: la formation interprofessionnelle et de la pratique collaborative a été créé partir des compétences de base combinées de deux publications. 1) *IPEC Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice: Version 3 (2023)* (traduction libre : Les compétences de base IPEC pour la pratique collaborative interprofessionnelle : Version 3 publiées par l'*Interprofessional Education Collaborative (IPEC)*, traduction libre : Le consortium de la formation interprofessionnelle) ET 2) Un cadre national de compétences interprofessionnelles publié par le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. Comme indiqué dans ces publications, la collaboration interprofessionnelle est le processus de développement et de maintien de relations de travail interprofessionnelles efficaces avec les personnes apprenantes, praticiennes, patientes, avec les familles ainsi qu'avec les communautés pour permettre des résultats de santé optimaux. La pratique collaborative interprofessionnelle est essentielle pour des soins sécuritaires, de haute qualité, accessibles, équitables et centrés sur la personne, ainsi que pour des résultats de santé améliorés pour la population, souhaités par tous. Ces cadres de compétences visent à préparer les étudiants à s'engager dans l'apprentissage tout au long de la vie et la collaboration pour améliorer à la fois les soins aux personnes et les résultats de santé de la population. Ces cadres de compétences aident les

personnes étudiants ou praticiennes à comprendre le processus d'apprentissage, à différencier les enjeux selon la pertinence, à appliquer l'apprentissage à des situations pratiques et à associer les éléments d'apprentissage. Grâce à l'acquisition des compétences de base interprofessionnelles, une identité interprofessionnelle sera développée.

La lectrice ou le lecteur est encouragé à se familiariser avec la publication « [Global Competency and Outcomes Framework for Universal Health Coverage](#) »(traduction libre : Le cadre de compétences et de résultats mondiaux pour la couverture sanitaire universelle). Ce cadre identifie les compétences du personnel de la santé pour atteindre la Couverture sanitaire universelle (CSU), organisées en six domaines : approche centrée sur la personne, prise de décision, communication, collaboration, pratique fondée sur des preuves et conduite personnelle. Il fournit ensuite des orientations aux éducatrices et éducateurs pour intégrer les compétences pour la CSU dans des programmes de formation basés sur les compétences et-, organisés autour d'activités de pratique spécifiques pour les services de santé individuels pour la de population, ainsi que les activités de gestion et d'organisation de la pratique, le cas échéant. Ce cadre a été développé à travers le prisme des parcours de formation pré-professionnelle de 12 à 48 mois. La lectrice ou le lecteur est encouragé à se référer à [l'Interprofessional Education and Collaborative Practice Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice](#) ainsi qu'au [National Interprofessional Competency Framework](#).

Recherche ancrée dans la communauté

La responsabilité sociale demande que les institutions alignent leurs recherches sur les besoins prioritaires des communautés qu'elles desservent et qu'elles collaborent avec elles dans la conception et dans la mise en œuvre de projets de recherche. Le partenariat réciproque entre l'institution, les communautés desservies et le système de santé offre des opportunités uniques d'établir une programmation de recherche concertée et de mener des recherches sur l'équité en santé, sur la santé communautaire et sur les moyens permettant d'améliorer comment l'institution peut répondre aux priorités de santé des populations desservies et du système de santé. Ce partenariat facilite aussi la réalisation de recherches portant sur la façon dont le processus éducatif et les résultats de la formation sont alignés sur les besoins du système de santé et sur les besoins prioritaires des communautés. Les institutions 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 et mal desservies. La formation en milieu 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

expérimentent l'environnement socioculturel et professionnel où ils sont appelés à pratiquer³¹.

Cela fournit aux membres du corps professoral et de la communauté étudiante un large éventail de sujets de recherche sur les causes et les facteurs générateurs d'iniquités en matière de santé dans les communautés, de même que la possibilité d'élaborer des stratégies conjointes et des interventions pour y remédier. La responsabilité sociale exige également que le corps professoral et la communauté étudiante se montrent sensibles aux considérations éthiques liées à la recherche communautaire et évaluent l'impact 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 d'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'une institution ou d'un programme s'avère essentielle. Cela comprend l'intégration de principes et de stratégies de responsabilité sociale dans la prise de décision, dans la planification, dans l'évaluation, dans la mobilisation, dans l'allocation des ressources ainsi que dans la gestion quotidienne³². Bien que de nombreuses facultés et écoles intègrent des principes de responsabilité sociale – tels que l'altruisme ou le service aux personnes et aux communautés – dans leurs énoncés de vision, de mission et de valeurs, elles ne sont pas socialement responsables si ces aspirations ne se reflètent pas dans le contenu des programmes et dans la gouvernance de l'institution. Cela implique l'existence et l'utilisation de mesures et de points de repère pour évaluer à quel point l'institution ou le programme répond aux besoins des communautés, de la région et de la société qu'elle dessert. La responsabilité sociale exige également que les institutions incluent dans la prise de décision des parties prenantes internes, telles que la communauté étudiante, le personnel et le corps professoral, ainsi que des parties prenantes externes, telles que les communautés marginalisées, les prestataires de services et les autorités de santé locales. Pour une faculté ou une école socialement responsable, l'engagement auprès de la communauté dans une approche de services 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 de la faculté ou de l'école prend des décisions clés concernant les stratégies, les politiques et les 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 des 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 figurent 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 » (traduction libre)³³. Le groupe *Innovation Collaborative on Learning Through Community Engagement*, composé de membres du *National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine's Global Forum on Innovation in Health Professional Education* aux États-Unis et dirigé par les personnes participantes, 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 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. » (traduction libre)³⁴. Selon le rapport de la Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique, les programmes d'études devraient être élaborés en partenariat avec les communautés desservies par l'institution et avec les autres parties prenantes³⁵. 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 obtenus par l'institution

La responsabilité des institutions d'enseignement supérieur 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'impact d'un projet de recherche sur les politiques ou sur 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. Des pays tels que l'Australie, 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 dans la rétention dans ces régions, ont mis en place des bases de données nationales pour suivre les diplômées et diplômés. Néanmoins, la majeure partie des efforts pour effectuer le suivi est déployée par les institutions elles-mêmes³⁶ ou par des tiers tels que les bailleurs de fonds. Le suivi des diplômées et diplômés peut aussi améliorer les programmes de formation en permettant de recueillir des informations sur ce qui influence le choix de carrière et

le futur lieu de pratique. Divers moyens permettent aux facultés et écoles de rester en contact avec leur communauté de diplômées et diplômés : elles peuvent effectuer des recherches pour identifier les facteurs affectant leurs choix et pour suivre les intentions de pratique des personnes apprenantes depuis leur admission jusqu'à plusieurs années suivant la fin de leurs études.

Impact sociétal

Pour s'assurer que les institutions répondent à l'évolution des besoins de la société, des régions et des communautés qu'elles desservent, elles doivent régulièrement chercher à évaluer les résultats de leurs efforts ainsi que l'impact qu'elles ont sur les diplômées et diplômés et sur leur pratique. En fin de compte, elles devraient aussi mesurer leur impact sur les politiques, la pratique et le rendement du système de santé et sur la santé dans les communautés qu'elles desservent. L'évaluation de l'effet des stratégies éducatives sur les systèmes de santé et sur la santé de la population est clairement difficile, car elle est influencée par une multitude de conditions et de facteurs complexes, interdépendants et dynamiques, dont plusieurs échappent au contrôle de l'institution. Par conséquent, les chercheuses et chercheurs doivent appliquer plusieurs méthodologies pour mettre en évidence l'attribution, la contribution et la redevabilité. Des institutions qui visent une plus grande responsabilité et un plus grand impact sociétal ont commencé à évaluer ce dernier. Par exemple, des données probantes émergentes sont présentées dans la publication de 2017 de l'OMS, *Health Employment And Economic Growth : An Evidence Base* ainsi que d'autres publications référencées³⁷.

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 environnementale³⁸. 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 afin de 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'impact de la formation médicale postdoctorale (*vocational training* en Australie, *graduate medical education* aux États-Unis) joue un rôle essentiel dans la production, dans le déploiement et dans l'impact de la main-d'œuvre médicale. Le rôle des facultés 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 formation médicale prédoctorale de premier cycle.

OUTIL D'AUTOÉVALUATION DE LA RESPONSABILITÉ SOCIALE

GUIDE DE MISE EN ŒUVRE

Ce guide est élaboré pour aider les institutions (c.-à-d. les institutions de formation en sciences de la santé) à utiliser l'outil d'évaluation 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 afin d'assurer une autoévaluation fidèle des caractéristiques de responsabilité sociale de votre institution.

L'outil d'évaluation de la responsabilité sociale de l'ISAT se compose des quatre (4) sections décrites ci-dessous. Chaque section incorpore une gamme de domaines à compléter. On s'attend à ce que les institutions 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 le comité de révision de TUFH et l'institution 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'institution se situe, inclure une description justifiant ce choix et télécharger tous les documents permettant de le justifier.

Une fois la documentation complétée pour chaque domaine et avant de passer à la phase suivante, on demandera à l'institution de planifier les étapes nécessaires pour atteindre la phase suivante de l'élaboration et de la mise en œuvre du plan d'action institutionnel.

Le but de cet outil d'évaluation est d'établir un point de référence, une mesure de base pour l'institution. Une fois cette mesure de base effectuée, elle 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'institution, sa direction, ses coordonnées et les données démographiques pertinentes pour l'outil ISAT. En complétant cette section, il est recommandé que les personnes dirigeantes de l'institution identifient de façon stratégique les parties prenantes et les partenaires, tant internes qu'externes, afin d'assurer une continuité lors de changement au sein de l'équipe de direction.

No	Identité et démographie	Explication
1.1	Nom de l'institution	Le nom de l'institution où se déroule la démarche d'autoévaluation ISAT.
1.2	Direction de l'institution	Les noms des membres de la direction de l'institution (par exemple, rectorat, vice-chancellerie, décanat, direction, PDG, 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'institution. Cette personne sera la personne-ressource principale pour TUFH lors des communications avec l'institution au sujet de 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'institution (sera enregistrée automatiquement lors de la demande électronique).
1.6	Personnes déléguées du corps professoral	Liste des cinq (5) personnes déléguées du corps enseignant participant au processus de demande et endossant les principes de la responsabilité sociale, avec leur adresse courriel. Les personnes déléguées doivent représenter la diversité des niveaux d'ancienneté, des départements/divisions, des genres, des orientations sexuelles, des identités raciales et des classes socioéconomiques, etc. Il est recommandé que la direction de l'institution envisage qu'une part des personnes déléguées proviennent de domaines autres que la médecine. Un groupe diversifié et représentatif de personnes responsables favorise une plus grande adhérence au niveau institutionnel. Selon le contexte national ou régional, les termes tels que « faculté » ou « école » peuvent être définis de différentes façons. En tous les cas, les responsables au niveau institutionnel doivent identifier leurs parties prenantes et définir les critères de sélection utilisés (voir 1.8 ci-dessous).
1.7	Personnes déléguées de la communauté étudiante	Liste de cinq (5) à sept (7) membres de la communauté étudiante endossant les principes de responsabilité sociale et participant au processus de demande, avec leur adresse courriel.

No	Identité et démographie	Explication
		Les personnes déléguées doivent représenter la diversité des niveaux d'études (cohortes), des programmes d'études, des genres, des orientations sexuelles, des identités raciales et des classes socioéconomiques, etc.
1.8	Parties prenantes et partenaires	<p>Liste des parties prenantes confirmées et anticipées et des membres de la population qui reflètent les sociétés et les communautés envers lesquelles l'institution est redevable lors de la réalisation du processus de l'ISAT. Il est recommandé de souligner la représentation des parties prenantes en lien avec le Pentagone Plus du Partenariat (<i>Partnership Pentagram Plus</i>) soit environnement, infrastructure, économie, société, les personnes et le système de santé³. Concrètement, cela signifie de porter une attention particulière pour inclure des parties prenantes telles que des gestionnaires de la santé, des fonctionnaires, des personnes législatrices et des personnes déléguées du monde communautaire.</p> <p>Il convient de mettre l'accent sur des partenaires spécifiques qui bénéficieraient d'une institution qui devient socialement responsable. Les responsables institutionnels devraient également considérer l'évolution contextuelle, à travers le temps, de la participation de chaque groupe, par exemple, en accroissant ou en réduisant le nombre de sous-groupes.</p> <p>Exemples : Des médecins (du réseau public et du réseau privé), des fonctionnaires régionaux, des ONG régionales et internationales, des directions générales des centres hospitaliers, des membres de la communauté étudiante, des experts en pédagogie médicale, des directions des départements, des personnes professionnelles de la santé, des travailleuses et travailleurs de première ligne, des groupes représentant le personnel paramédical, des personnes représentant la communauté, des personnes patientes en soins primaires, des personnes issues de populations vulnérables, provenant de régions géographiques rurales autant qu'urbaines, des personnes représentantes des gouvernements municipaux, des personnes dispensant des soins au niveau communautaire et des personnes diplômées des programmes.</p>

³ Markham R, Graham S, Hunt M, Betkus G, Wollard B, Snadden D, Harper D, William K. Social Accountability in Practice: Breathing and Weaving Together to Build Relationship and Transform Rural Health Services. *Social Innovations Journal*, 2022; 14(4). Retrieved from <https://socialinnovationsjournal.com/index.php/sij/article/view/2151>

SECTION 2. PHASES DE DÉVELOPPEMENT VERS LA RESPONSABILITÉ SOCIALE

Cette section se compose de 13 composantes dans sept (7) domaines. Toutes les composantes doivent être complétées. En utilisant les jalons de développement les plus appropriés/réalistes fournis dans les critères ci-dessous, veuillez indiquer où votre institution se situe entre la phase 1 et la phase 4. Veuillez fournir des explications narratives et qualitatives 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 pour approfondir votre choix.

PHASES DE DÉVELOPPEMENT VERS LA RESPONSABILITÉ SOCIALE				
Composantes	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
1. COMMUNAUTÉ ÉTUDIANTE				
1.1. Recrutement, sélection et soutien des étudiantes	<p>Les critères de sélection des étudiantes et étudiants se concentrent principalement sur le rendement académique ou le programme ne détient pas le pouvoir de modifier les critères de sélection.</p> <p>Il n'y a pas d'effort particulier pour assurer le soutien aux étudiantes et étudiants issus de milieux mal desservis ou</p>	<p>Jalons</p> <p>L'institution révisé les critères de sélection des étudiantes et étudiants afin de mieux répondre aux besoins en matière de diversité, d'équité et de main-d'œuvre régionale; ces critères ne sont pas encore appliqués.</p>	<p>Jalons</p> <p>L'institution a intégré des critères de sélection pour améliorer la diversité et l'équité au sein de la communauté étudiante et pour répondre aux besoins en termes de main-d'œuvre. Elle définit également le type de critères de sélection liés à la diversité à intégrer dans son processus de sélection.</p> <p>L'institution recrute activement des étudiantes et étudiants issus de milieux mal desservis ou sous-représentés.</p> <p>Elle offre des moyens de soutien aux étudiantes et étudiants issus de milieux mal desservis ou sous-représentés.</p> <p>Indicateurs</p> <p>1. Les critères de sélection visent à attirer des étudiantes et étudiants qui représentent la diversité socioéconomique, géographique, ethnique, linguistique et culturelle des</p>	<p>Normes</p> <p>La communauté étudiante reflète les caractéristiques des communautés et des régions desservies par l'institution, incluant ses caractéristiques sociodémographiques. Une attention particulière est accordée aux populations mal desservies et à l'inclusion d'étudiantes ou étudiants susceptibles de vouloir desservir ces populations et régions.</p> <p>Indicateurs : recrutement et sélection des étudiantes et étudiants</p> <p>1. La proportion d'étudiantes et d'étudiants issus des populations et des régions desservies par l'institution.</p> <p>2. Des programmes d'information et d'orientation efficaces pour des institutions situées dans des communautés mal desservies qui incluent des personnes apprenantes de ces communautés et qui font le suivi des résultats obtenus.</p> <p>3. Des parcours d'admission explicites et ciblés ainsi que du soutien pédagogique pour les étudiantes et étudiants provenant de populations mal desservies qui pourraient nécessiter du soutien additionnel à la réussite.</p> <p>4. Les comités d'admission comptent une diversité de membres et une implication de membres de la communauté à tous les</p>

PHASES DE DÉVELOPPEMENT VERS LA RESPONSABILITÉ SOCIALE				
Composantes	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
1. COMMUNAUTÉ ÉTUDIANTE				
	sous-représentés (par exemple, provenant de milieux ruraux ou de régions éloignées, personnes racisées ou victimes de toutes formes de discrimination).		<p>régions desservies par l'institution.</p> <p>2. L'institution développe des activités de plaidoyer pour soutenir l'accès à la formation en santé pour les groupes mal desservis.</p> <p>3. Les comités d'admission sont composés de personnes provenant d'une diversité de profils géographique et démographique.</p> <p>4. L'institution encourage activement l'établissement de la pratique professionnelle dans les communautés d'origine de leur corps professoral et de leurs personnes diplômées.</p> <p>5. Le comité d'admission est composé de personnes ayant des profils socioéconomiques divers et assure une distribution équitable du pouvoir décisionnel.</p> <p>6. L'institution envisage des partenariats avec d'autres institutions locales des régions mal desservies.</p> <p>Note : Dans les cas où des politiques institutionnelles ou nationales limitent grandement la capacité des gestionnaires et du corps professoral à modifier les critères de sélection des étudiantes et étudiants admis, les responsables doivent faire état des efforts investis en plaidoyer auprès de l'institution ou des autorités nationales afin</p>	<p>niveaux.</p> <p>5. L'équivalence des taux d'attrition, de progrès et de diplomation des étudiantes et étudiants provenant de populations mal desservies par rapport à l'ensemble des étudiantes et étudiants.</p> <p>6. L'institution a un programme de bourses attribuées directement à des personnes étudiantes dont le statut socioéconomique constitue un frein à leur pleine participation aux activités pédagogiques.</p> <p>7. L'institution a un plan d'action pour le plaidoyer en faveur de réformes des politiques institutionnelles ou nationales de façon à favoriser le recrutement de personnes étudiantes en cohérence avec une orientation vers la responsabilité sociale.</p> <p>Indicateurs : soutien des étudiantes et étudiants</p> <p>1. L'institution dispose d'un programme de prix et de bourses d'études dédiées aux étudiantes et étudiants de communautés mal desservies.</p> <p>2. L'institution dispose d'un programme complet de soutien, de counseling et de remédiation, incluant des modalités de soutien en santé mentale, offert à l'ensemble de la communauté étudiante.</p> <p>3. L'institution propose des services additionnels de soutien aux personnes étudiantes provenant de régions rurales ou éloignées de même que pour celles de première génération au niveau collégial ou universitaire (par exemple, un trimestre d'enrichissement de 3 à 6 mois ou une année préparatoire, selon ce que l'institution juge approprié).</p> <p>4. L'institution permet le travail à distance ou des options en ligne pour les personnes étudiantes qui ne peuvent assister</p>

PHASES DE DÉVELOPPEMENT VERS LA RESPONSABILITÉ SOCIALE				
Composantes	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
1. COMMUNAUTÉ ÉTUDIANTE				
			de modifier leurs politiques en matière de sélection des personnes étudiantes.	<p>aux cours en présentiel.</p> <p>5. L'institution prend des mesures pour que l'ensemble du corps enseignant et professoral connaisse les mesures de responsabilité sociale en ce qui concerne le recrutement, la sélection et le soutien des personnes étudiantes.</p> <p>6. L'institution offre un support financier aux projets d'engagement dans la communauté des personnes étudiantes.</p>
Commentaires				

PHASES DE DÉVELOPPEMENT VERS LA RESPONSABILITÉ SOCIALE				
Composantes	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
2. CORPS PROFESSORAL				
2.1. Recrutement du corps professoral	L'institution recrute des professeures et professeurs en fonction de critères universitaires et cliniques « conventionnels » et la plupart des enseignantes et enseignants cliniques pratiquent en milieu hospitalier.	Jalons L'institution possède une stratégie pour recruter des professeures et professeurs détenant les compétences nécessaires pour répondre aux besoins du système de santé et de la communauté, en plus de pouvoir offrir le programme de base.	Jalons L'institution 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 de base, incluant des domaines tels que les sciences sociales et les sciences humaines en santé. Indicateurs 1. L'institution compte un personnel enseignant aligné sur les besoins et composé d'une gamme variée de cliniciennes et cliniciens en soins primaires, en spécialités, en surspécialités, en sciences fondamentales et en sciences sociales. 2. Les processus de sélection et de promotion du corps professoral visent à attirer des enseignantes et enseignants provenant d'un mélange diversifié d'origines professionnelles, culturelles, sociales et communautaires. 3. Le recrutement du corps professoral au niveau local et régional contribue à l'identité institutionnelle.	Normes L'institution embauche et soutient la promotion de professeures et professeurs qui détiennent 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. Idéalement, la majorité du corps professoral de l'institution devrait posséder des compétences et des connaissances en termes de responsabilité sociale. L'institution emploie, forme et soutient des membres de la communauté et des praticiennes et praticiens œuvrant dans la communauté en tant que personnes « patientes standardisées » et personnes formatrices de manière à renforcer les services de santé régionaux. Indicateurs 1. La composition du corps professoral reflète la parité des sexes et la diversité des communautés que l'institution dessert. 2. La formation, l'engagement, la rémunération et la reconnaissance en tant que membres du corps enseignant de personnes praticiennes et de membres de l'équipe de soins de santé travaillant dans les communautés mal desservies et dans l'ensemble de la région. 3. La proportion de membres de la communauté et de praticiennes et praticiens qui sont reconnus comme personnes professeures adjointes et régulières et qui participent à la formation du personnel de santé au sein de l'institution. 4. La proportion du corps professoral qui participe à des activités de responsabilité sociale contribuant à développer le système

PHASES DE DÉVELOPPEMENT VERS LA RESPONSABILITÉ SOCIALE				
Composantes	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
2. CORPS PROFESSORAL				
			<p>Note : La définition de « corps professoral » varie selon les contextes institutionnels et nationaux. Les définitions du corps professoral pour la démarche ISAT encouragent l'inclusion de toutes les personnes formatrices.</p>	<p>de santé, la main-d'œuvre et les soins en santé afin de répondre aux besoins de la communauté.</p> <p>5. La proportion du corps professoral qui participe à des activités d'enseignement et de recherche liées aux besoins de santé communautaire et aux activités d'apprentissage par le service dans la communauté.</p> <p>6. L'institution valorise l'engagement à la formation et le service dans la communauté dans l'évaluation pour la promotion de son corps professoral.</p> <p>7. La proportion du corps professoral – en santé communautaire, en pratique clinique ou en sciences fondamentales – qui s'est formée en responsabilité sociale et qui l'intègre dans ses activités d'enseignement (par exemple, un cardiologue impliqué dans un programme de prévention des maladies cardiaques ou encore un gastroentérologue participant au programme ECHO – programme dédié à la diffusion d'informations au sein des communautés pour favoriser la prévention et l'accès aux soins).</p> <p>8. La proportion du corps professoral provenant de régions environnantes et/ou apportant une perspective locale ou régionale.</p> <p>9. Des membres du corps professoral recrutés provenant de disciplines qui dépassent le domaine des sciences, entre autres des sciences humaines, de la bioéthique, de la biopolitique et des sciences sociales.</p>
Commentaires				

PHASES DE DÉVELOPPEMENT VERS LA RESPONSABILITÉ SOCIALE				
Composantes	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
2. CORPS PROFESSORAL				
2.2 Formation professorale	L'institution ne possède pas de programme de formation professorale et, s'il y en a un, il est limité aux approches pédagogiques conventionnelles et aux sujets curriculaires.	<p>Jalons</p> <p>L'institution détient un programme de formation professorale qui valorise les stratégies d'apprentissage actif et centré sur les étudiantes et étudiants, mais qui favorise généralement les approches conventionnelles.</p>	<p>Jalons</p> <p>L'institution compte un programme de formation professorale qui cible des sujets liés aux besoins de la communauté (ex. déterminants sociaux de la santé (DSS), mobilisation communautaire, etc.) ainsi que sur les principes de l'apprentissage actif et centré sur l'apprenante ou l'apprenant, l'évaluation des étudiantes et étudiants, l'apprentissage en milieu de travail et l'apprentissage dans la communauté.</p> <p>Indicateurs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les programmes d'évaluation et de formation du corps professoral sont conçus pour actualiser et pour renforcer l'enseignement et les compétences pertinentes aux besoins prioritaires de santé. 2. Les enseignantes et enseignants suivent des formations et développent des compétences interculturelles, une humilité culturelle et une compétence culturelle. 	<p>Normes</p> <p>L'évaluation des membres du corps professoral par l'institution considère leur performance mais aussi leur engagement communautaire. L'institution offre des programmes de formation professorale alignés sur les objectifs d'une pédagogie socialement responsable en sciences de la santé, ce qui inclut l'apprentissage actif, centré sur la personne étudiante et basé dans la communauté.</p> <p>Indicateurs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La proportion du corps professoral qui a suivi une formation clinique pertinente aux besoins prioritaires identifiés en matière de soins de santé. 2. La proportion du corps professoral qui a complété une formation professorale dans le domaine de l'engagement communautaire efficace. 3. La proportion du corps professoral engagée dans la formation, dans la recherche et dans les services alignés sur les principes de responsabilité sociale. 4. La proportion du corps professoral qui exerce dans le système de santé local ou régional (incluant cliniciennes, cliniciens et membres de la communauté) et qui a suivi des formations en pédagogie, incluant la formation interprofessionnelle et les services en milieu communautaire. 5. Le corps professoral, particulièrement les membres qui proviennent des groupes mal desservis, bénéficie de services personnalisés de développement professoral et de soutien à leur carrière. 6. L'institution s'est dotée d'un programme pour reconnaître et récompenser la qualité de l'enseignement et de l'engagement communautaire du corps professoral. 7. Le corps professoral est informé des meilleures pratiques et stratégies

				<p>disponibles pour répondre aux besoins en santé de la société, et l'utilisation de ces pratiques et stratégies est reconnue et récompensée.</p> <p>8. L'institution inclut des normes de responsabilité sociale dans son processus de recrutement, d'embauche (ou d'attribution de contrats), d'orientation et de promotion.</p> <p>9. L'institution s'est dotée d'un programme de conscientisation et de promotion de la responsabilité sociale.</p>
Commentaires				

PHASES DE DÉVELOPPEMENT VERS LA RESPONSABILITÉ SOCIALE				
Composantes	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
2. PROGRAMME D'ÉTUDES				
3.1. Programme d'études : contenu	Un programme d'études qui est axé sur les spécialités et qui 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'institution. 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'institution. 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 programme traditionnel.	Normes 1. La conception, le contenu, la prestation et l'évaluation des apprentissages reflètent les compétences attendues des diplômées et diplômés en matière d'équité en santé et de responsabilité sociale. 2. L'orientation professionnelle est influencée par les besoins de la zone géographique des communautés mal desservies identifiées par l'institution en collaboration avec les parties prenantes. Elle intègre les principes de soins de santé primaires et de sciences fondamentales et cliniques avec les principes de santé populationnelle et des DSS. Indicateurs 1. En collaboration avec les parties prenantes de la communauté, l'institution identifie les compétences des diplômées et diplômés en se basant sur les besoins prioritaires sanitaires, culturels et sociaux de la zone géographique qu'elle dessert, du système et des services de santé. 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. 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.

Commentaires				
PHASES DE DÉVELOPPEMENT VERS LA RESPONSABILITÉ SOCIALE				
Composantes	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
3. PROGRAMME D'ÉTUDES				
3.2. Programme d'études : méthodes d'apprentissage	<p>Les méthodes d'apprentissage sont principalement centrées sur le corps enseignant avec peu d'initiatives d'apprentissage actif (par exemple, l'apprentissage centré sur l'enseignement, la dispensation de cours magistraux interactifs).</p>	<p>Jalons</p> <p>Les méthodes d'apprentissage sont centrées sur l'apprenante ou l'apprenant et incluent un apprentissage actif, mais sont principalement mises en œuvre dans des salles de classe.</p>	<p>Jalons</p> <p>Les méthodes d'apprentissage intègrent un apprentissage actif et centré sur l'apprenante et 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. L'institution offre des opportunités d'apprentissage interprofessionnel tant académiques que dans des contextes de soins primaires et les étudiantes et étudiants participent activement aux équipes de soins de santé primaires. <p>Note : Il est admis que, dans certaines situations, les approches centrées sur l'enseignante ou l'enseignant constituent la seule option réaliste en raison de politiques particulières ou autres limites.</p>	<p>Normes</p> <p>L'institution offre un programme d'études intégré, centré sur l'apprenante ou l'apprenant, avec des expériences de formation dans la communauté au sein d'équipes soignantes, permettant un apprentissage interprofessionnel et une compréhension concrète des DSS.</p> <p>La notion de responsabilité sociale est incluse de façon longitudinale dans l'expérience d'apprentissage et elle est contextualisée selon les différentes disciplines.</p> <p>Indicateurs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les méthodes d'enseignement s'avèrent pertinentes et adaptées aux besoins et au contexte des apprenantes et des apprenants. 2. La satisfaction des apprenantes et apprenants à l'égard des méthodes d'apprentissage est passée en revue de façon régulière. 3. La proportion de la formation qui est effectuée dans un contexte d'équipe interprofessionnelle est déterminée de façon stratégique par l'institution. 4. L'évaluation et le suivi en continu de l'acquisition des compétences associées à la responsabilité sociale.

Commentaires

PHASES DE DÉVELOPPEMENT VERS LA RESPONSABILITÉ SOCIALE				
Composantes	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
3. PROGRAMME D'ÉTUDES				
3.3. Programme d'études : types et lieux des expériences éducatives (formation ancrée dans la communauté)	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 primaires et communautaires.	Jalons Le programme comprend un stage obligatoire de courte durée dans un milieu de soins primaires ou communautaire s, mais la majorité des activités d'apprentissage clinique se déroulent en milieu hospitalier.	Jalons Il existe un équilibre approprié lors de la formation clinique effectuée dans des salles de classe, des milieux communautaires, de soins primaires, ambulatoires et hospitaliers. Indicateurs 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. La proportion du temps passé par l'étudiante ou l'étudiant en milieu de soins communautaires et primaires. 3. Le programme offre des expériences variées dans des contextes où les étudiantes et étudiants pourront effectuer un apprentissage concret des DSS et sur comment les considérer. 4. Un processus d'assurance de la qualité du programme qui inclut la supervision	Normes 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'une expérience de stage prolongée et immersive lors des dernières années du programme au moment où la plupart de l'apprentissage clinique a lieu. Indicateurs 1. La proportion du temps passé par l'étudiante ou l'étudiant chaque année en milieux de soins primaires, communautaires ou mal desservis. 2. L'institution forme tous les superviseuses et superviseurs cliniques et évalue la qualité de leur supervision. 3. La proportion d'étudiantes et d'étudiants qui choisissent une carrière dans des milieux de soins de santé primaires, communautaires ou mal desservis. 4. Les parties prenantes sont directement impliquées dans la création et dans l'évaluation de stages communautaires. 5. L'exposition adéquate des étudiantes et étudiants aux besoins de santé prioritaires et aux forces de la communauté tout en effectuant un apprentissage

PHASES DE DÉVELOPPEMENT VERS LA RESPONSABILITÉ SOCIALE				
Composantes	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
3. PROGRAMME D'ÉTUDES				
			<p>clinique et un processus clair de sélection des milieux de stage.</p> <p>Note : Les institutions devraient fournir des informations distinctes relatives aux programmes d'études prédoctorales et postdoctorales.</p>	<p>contextuel.</p> <p>6. L'institution et ses parties prenantes évaluent l'expérience longitudinale dans la communauté.</p> <p>7. L'implication de la communauté est présente tout au long de la formation médicale.</p> <p>8. En ce qui concerne les stages en milieu communautaire, les résultats d'évaluation des étudiantes et étudiants ont la même valeur, peu importe les sites cliniques de formation.</p> <p>9. L'institution est en mesure d'expliquer les proportions de temps de stages effectués en milieu hospitalier vs au sein de la communauté.</p> <p>10. La responsabilité sociale est intégrée dans le contenu des programmes d'études en spécialités, dans les outils employés et à travers différents types d'expériences et de milieux de stage.</p> <p>11. L'évaluation des étudiantes et étudiants inclut des normes de responsabilité sociale et la connaissance de ces normes.</p> <p>12. L'institution tient compte et intègre l'opinion des membres de la communauté dans ses programmes et dans ses stratégies de formation professorale.</p>
Commentaires				

PHASES DE DÉVELOPPEMENT VERS LA RESPONSABILITÉ SOCIALE				
Composantes	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
4. FORMATION INTERPROFESSIONNELLE ET PRATIQUE COLLABORATIVE				
4.1. Formation interprofessionnelle	L'institution a un engagement institutionnel à développer des programmes de formation collaboratifs interprofessionnels avec les différentes facultés.	<p>Jalons</p> <p>L'institution dispose d'une politique sur son engagement à adopter des normes de formation interprofessionnelle (clarification des rôles, soins centrés sur la personne, sur la famille et sur la communauté, fonctionnement en équipe, leadership collaboratif, communication interprofessionnelle et résolution de conflits interprofessionnels) et la mise en œuvre de la formation interprofessionnelle avec les différentes facultés.</p> <p>Indicateur</p> <p>L'institution démontre un investissement financier dans la formation</p>	<p>Jalons</p> <p>L'institution dispose d'une politique sur son engagement à adopter des normes de formation interprofessionnelle (clarification des rôles, soins centrés sur la personne patiente, sur la famille et sur la communauté, fonctionnement en équipe, leadership collaboratif, communication interprofessionnelle et résolution de conflits interprofessionnels) et la mise en œuvre de la formation interprofessionnelle avec les différentes facultés.</p> <p>Indicateurs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'institution démontre un investissement financier dans la formation interprofessionnelle et la pratique collaborative pour les étudiantes et étudiants actuels, y compris les professionnelles et professionnels de la santé. 2. Les programmes de l'institution offrent une formation en pratique collaborative interprofessionnelle centrée sur la personne, qui répond aux besoins des individus et des populations. 3. L'institution a établi des canaux ou des plateformes de communication entre les facultés. 	<p>Normes</p> <p>L'institution dispose d'une politique sur son engagement à adopter des normes de formation interprofessionnelle (clarification des rôles, soins centrés sur la personne patiente, sur la famille et sur la communauté, fonctionnement en équipe, leadership collaboratif, communication interprofessionnelle et résolution de conflits interprofessionnels) et la mise en œuvre de la formation interprofessionnelle avec les différentes facultés.</p> <p>Indicateurs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'institution démontre un investissement financier dans la formation interprofessionnelle et la pratique collaborative pour les étudiantes et étudiants actuels, y compris les professionnelles et professionnels de la santé. 2. Les programmes de l'institution offrent une formation en pratique collaborative interprofessionnelle centrée sur la personne, qui répond aux besoins des individus et des populations. 3. L'institution a établi des canaux ou des plateformes de communication entre les facultés et l'environnement de l'institution soutient la formation interprofessionnelle. 4. L'institution démontre la formation interprofessionnelle en inscrivant des cours de base dans les programmes de formation de chaque faculté, permettant aux disciplines d'apprendre les unes des autres.

		interprofessionnelle et la pratique collaborative pour les étudiantes et étudiants actuels, y compris les professionnelles et professionnels de la santé.		
Commentaires				

PHASES DE DÉVELOPPEMENT VERS LA RESPONSABILITÉ SOCIALE				
Composantes	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
4. FORMATION INTERPROFESSIONNELLE ET PRATIQUE COLLABORATIVE				
4.2. Pratique collaborative interprofessionnelle	L'institution a un engagement institutionnel à développer la pratique collaborative interprofessionnelle, définie par l'engagement de la direction institutionnelle à apprendre et à appliquer les connaissances acquises.	Jalons L'institution dispose d'une politique sur son engagement à adopter des pratiques collaboratives interprofessionnelles (clarification des rôles, soins centrés sur la personne patiente, sur la famille et sur la communauté, fonctionnement en équipe, leadership collaboratif, communication interprofessionnelle et résolution de conflits interprofessionnels) dans les	Jalons L'institution dispose d'une politique sur son engagement à adopter des pratiques collaboratives interprofessionnelles (clarification des rôles, soins centrés sur la personne patiente, sur la famille et sur la communauté, fonctionnement en équipe, leadership collaboratif, communication interprofessionnelle et résolution de conflits interprofessionnels) dans les milieux de pratique collaborative. Indicateurs 1. Les politiques des ressources	Normes L'institution dispose d'une politique sur son engagement à adopter des pratiques collaboratives interprofessionnelles (clarification des rôles, soins centrés sur la personne patiente, sur la famille et sur la communauté, fonctionnement en équipe, leadership collaboratif, communication interprofessionnelle et résolution de conflits interprofessionnels) dans les milieux de pratique collaborative. Indicateurs 1. Les politiques de personnel dans les milieux de pratique collaborative soutiennent la pratique collaborative et les modèles basés sur l'équipe. 2. Les milieux de pratique collaborative

		<p>milieux de pratique collaborative.</p> <p>Indicateurs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les politiques des ressources humaines dans les milieux de pratique collaborative soutiennent la pratique collaborative et les modèles basés sur l'équipe. 2. Les milieux de pratique collaborative démontrent un financement pérenne pour les installations et le personnel qui soutiennent la formation interprofessionnelle et la pratique collaborative. 	<p>humaines dans les milieux de pratique collaborative soutiennent la pratique collaborative et les modèles basés sur l'équipe.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Les milieux de pratique collaborative démontrent un financement pérenne pour les installations et le personnel qui soutiennent la formation interprofessionnelle et la pratique collaborative. 3. L'institution démontre un investissement dans l'apprentissage tout au long de la vie en formation interprofessionnelle et en pratique collaborative pour la main-d'œuvre actuelle. 	<p>démontrent un financement pérenne des installations et du personnel qui soutiennent la formation interprofessionnelle et la pratique collaborative.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. L'institution démontre un investissement dans l'apprentissage tout au long de la vie en formation interprofessionnelle et en pratique collaborative pour la main-d'œuvre actuelle. 4. L'institution offre des soins collaboratifs centrés sur la personne et facilite les partenariats collaboratifs pour s'assurer que les services répondent aux besoins des individus et des populations. 5. L'environnement de l'institution soutient la collaboration intra-agence et interprofessionnelle.
<p>Commentaires</p>				

PHASES DE DÉVELOPPEMENT VERS LA RESPONSABILITÉ SOCIALE				
Composantes	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
5. RECHERCHE				
<p>5.1 Recherche ancrée dans la communauté, en partenariat avec la communauté et socialement responsable</p> <p>Note : Pour un exemple de projet de recherche en cours sur la responsabilité sociale, voir : https://www.arcandcentre.ca/research/create</p>	<p>Peu ou pas de recherche axée sur les problématiques prioritaires dans les communautés que l'institution dessert.</p>	<p>Jalons</p> <p>Un certain nombre de membres du corps professoral, de leur propre initiative, mènent des recherches ciblées en matière d'équité en santé, de santé communautaire et de besoins en personnel de santé.</p>	<p>Jalons</p> <p>L'institution possède des programmes spécifiques de recherche ancrée dans la communauté, soutenus principalement par des membres du corps professoral avec une participation ponctuelle d'étudiantes et d'étudiants, de personnel de la santé et de membres de la communauté.</p> <p>Indicateur</p> <p>La proportion de projets de recherche qui comptent une composante translationnelle pertinente et accessible aux communautés desservies.</p>	<p>Normes</p> <p>L'institution dispose de programmes de recherche intégrés basés sur les DSS, avec une participation importante d'étudiantes et étudiants, de professeures et professeurs, de personnel de la santé et de membres de la communauté. L'institution dispose de programmes de recherche intégrés dans tous les départements d'enseignement qui mettent l'accent sur l'équité en santé, la parité des genres et les besoins de santé communautaire.</p> <p>Indicateurs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les projets de recherche et leurs résultats découlent de besoins identifiés dans la communauté et sont régulièrement présentés à la communauté, avec un impact démontrable sur la santé des communautés régionales. 2. La proportion de projets de recherche ancrée dans la communauté et socialement responsable auxquels participent des membres de la communauté et autres parties prenantes. 3. La proportion de projets de recherche en partenariat avec la communauté et socialement responsable auxquels participent des membres de la communauté et autres parties prenantes. 4. L'impact observable de la recherche sur les services, les politiques et les pratiques de santé. 5. Les membres du corps professoral et de la communauté étudiante impliqués dans des projets de recherche ancrée dans la communauté, en partenariat avec la communauté et socialement responsable, sont reconnus et récompensés. 6. Les programmes d'études offrent des ressources sur la façon de mener des projets de recherche ancrée dans la communauté, en partenariat avec la communauté et socialement responsable. 7. L'institution identifie des leaders communautaires motivés, engagés et intéressés à contribuer au développement des programmes d'études

				<p>de la recherche de façon à pouvoir influencer les décisions.</p> <p>8. En partenariat avec les parties prenantes régionales, l'institution évalue l'impact durable sur la santé de la population dans les régions qu'elle dessert.</p>
<p>Commentaires</p>				

PHASES DE DÉVELOPPEMENT VERS LA RESPONSABILITÉ SOCIALE				
Composantes	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
6. GOUVERNANCE				
6.1. Gouvernance (mandat de responsabilité sociale)	Aucun mandat de responsabilité sociale n'est énoncé dans la vision, la mission et les valeurs de l'institution. Prise de décision par l'entremise de conseils et de comités uniquement constitués de membres du corps professoral.	Jalons Réflexion en cours en vue d'inclure un mandat de responsabilité sociale dans la vision, la mission et les valeurs de l'institution. Les conseils et comités de gouvernance incluent des personnes du corps professoral et de la communauté étudiante.	Jalons La responsabilité sociale oriente le plan stratégique, la mission, la vision et les valeurs de l'institution. Prise de décisions par le biais de partenariats et de conseils et comités représentant les parties prenantes internes et externes, y compris les communautés. Indicateur La structure de gouvernance comprend un énoncé et/ou une politique concernant la responsabilité sociale et l'engagement de l'institution à répondre aux besoins de la population et de la société.	Normes Le mandat de responsabilité sociale de l'institution est inclus dans sa vision, dans sa mission et dans ses valeurs. Il est bien défini avec des mesures et des indicateurs et il est actuellement mis en œuvre. Indicateurs 1. La structure de gouvernance comprend un énoncé et/ou une politique de même qu'un plan d'action concernant la responsabilité sociale et l'engagement de l'institution à répondre aux besoins de la population et de la société. 2. Les décisions importantes de l'institution reflètent la contribution des principales parties prenantes, incluant le corps professoral, la gouvernance, la communauté étudiante et les communautés. 3. Des données probantes montrant que la formation, la recherche et les services sont conçus, mis en œuvre et évalués par des parties prenantes externes.
Commentaires				

PHASES DE DÉVELOPPEMENT VERS LA RESPONSABILITÉ SOCIALE				
Composantes	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
6. GOUVERNANCE				
6.2 Partenariat et engagement des parties prenantes	Les décisions sont prises par des instances universitaires et/ou facultaires sans égard à la responsabilité sociale ou à la participation des parties prenantes, incluant les partenaires communautaires.	Jalons Les décisions sont prises par les instances universitaires et/ou facultaires avec quelques considérations pour la responsabilité sociale ou pour la participation formelle des parties prenantes.	Jalons Les décisions sont prises en consultation et avec une participation formelle des parties prenantes dans certains comités et processus, mais pas tous. Indicateurs <ol style="list-style-type: none"> 1. Les décisions sont prises avec la contribution de certaines parties prenantes ciblées. 2. L'institution a mis en place des politiques et des processus pour identifier et consulter les parties prenantes dans la prise de décisions. 3. L'institution s'est dotée d'une méthode bien définie pour identifier et pour entrer en contact avec les parties prenantes. 	Normes L'institution travaille activement en partenariat avec la communauté étudiante, le corps professoral, les parties prenantes du secteur de la santé, les décideurs et les communautés pour concevoir, gérer et évaluer des activités de formation et de recherche qui répondent aux besoins de santé et aux besoins sociaux prioritaires des communautés que l'institution dessert. L'institution emprunte une approche explicitement multisectorielle qui inclut des secteurs hors du domaine de la santé. Indicateurs <ol style="list-style-type: none"> 1. Les décisions qui affectent le mandat de responsabilité sociale de l'institution reflètent systématiquement la contribution des principales parties prenantes, notamment le corps professoral, les leaders, la communauté étudiante, les prestataires de services, les patientes et patients, les décideurs politiques et les communautés. 2. Des données probantes montrant que les parties prenantes externes provenant 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. La proportion de projets et de partenariats impliquant les prestataires de services de santé et les communautés desservies par l'institution. 4. La gouvernance institutionnelle inclut des membres qui démontrent une bonne connaissance de la théorie et de la pratique de la responsabilité sociale. Ces personnes occupent idéalement des rôles d'influence et ont une

				<p>visibilité qui dépasse les directions départementales et les décanats.</p> <p>5. L'institution offre des formations de leadership en lien avec la responsabilité sociale.</p> <p>6. L'institution documente la progression de l'identification des parties prenantes au développement de partenariats, jusqu'à l'inclusion à part entière des partenaires dans le processus décisionnel et l'évaluation des programmes.</p>
Commentaires				

PHASES DE DÉVELOPPEMENT VERS LA RESPONSABILITÉ SOCIALE				
Composantes	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
7. RÉSULTATS OBTENUS PAR L'INSTITUTION ET PAR LES PERSONNES DIPLÔMÉES ET IMPACT SOCIÉTAL				
7.1 Résultats obtenus par l'institution et par les personnes diplômées	L'institution ne suit pas ses diplômées et diplômés.	<p>Jalons</p> <p>L'institution développe des systèmes et des processus pour suivre le lieu et le type de pratique de ses diplômées et diplômés.</p>	<p>Jalons</p> <p>L'institution suit ses diplômées et diplômés et commence à mesurer son influence sur leur lieu et leur type de pratique.</p> <p>Indicateurs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le choix de carrière et le lieu de pratique des diplômées et diplômés. 2. Les recherches menées sur les facteurs liés à la formation qui influencent les choix de lieu et de type de pratique. 	<p>Normes</p> <p>Un nombre approprié de diplômées et diplômés de l'institution pratiquent là où se trouvent les besoins dans les régions géographiques que l'institution dessert.</p> <p>Indicateurs</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. Ce suivi révèle une tendance à la hausse et/ou l'institution démontre des efforts investis pour améliorer ses statistiques. 2. L'institution utilise la rétroaction de ses diplômées et diplômés pour ajuster ses programmes dans une perspective d'amélioration continue de la qualité. 3. Les choix de pratique des diplômées et diplômés reflètent les besoins des régions que l'institution dessert pour les soins primaires et pour les spécialités. 4. Les lieux de pratique des diplômées et diplômés reflètent de près la distribution géographique des besoins de santé dans les communautés et régions desservies par l'institution et ses diplômées et diplômés. 5. L'institution travaille en étroite collaboration avec les programmes de formation postdoctorale pour développer un suivi du continuum d'apprentissage. 6. La proportion de diplômées et diplômés exerçant dans des domaines de pratique et d'orientation professionnelle où les besoins sont grands, par exemple les soins de santé primaires. 7. Les personnes diplômées de l'institution agissent comme agentes et agents de changement social et ont un impact public allant au-delà de leur environnement clinique.

PHASES DE DÉVELOPPEMENT VERS LA RESPONSABILITÉ SOCIALE				
Composantes	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
7. RÉSULTATS OBTENUS PAR L'INSTITUTION ET PAR LES PERSONNES DIPLÔMÉES ET IMPACT SOCIÉTAL				
Commentaires				
7.2 Impact sociétal	L'institution ne mesure pas l'impact qu'elle a sur les régions qu'elle dessert.	<p>Jalons</p> <p>L'institution a amorcé le développement d'une mesure systématique de son impact sociétal.</p> <p>Note : Il est recommandé que les institutions décrivent les impacts minimaux et maximaux et qu'elles établissent un plan de développement graduel qui s'adaptera à différents niveaux de maturité institutionnelle.</p>	<p>Jalons</p> <p>L'institution entreprend des recherches pour mesurer systématiquement son impact sociétal.</p> <p>Indicateurs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les membres du corps professoral sont attentifs aux opportunités de recherche en communauté permettant d'évaluer l'impact de la mise en œuvre de stratégies de responsabilité sociale dans les régions géographiques que l'institution dessert. 2. Les membres du corps professoral, en partenariat avec des partenaires communautaires, entreprennent des recherches pour 	<p>Normes</p> <p>La formation, la recherche, les diplômées et diplômés, les services de santé et les partenariats de l'institution ont un impact positif sur les soins de santé, la santé et l'équité dans les communautés et les régions desservies par l'institution et par ses diplômées et diplômés.</p> <p>Indicateurs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La mesure systématique de l'impact de l'institution sur des territoires, régions, communautés et populations spécifiques et bien définis. 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'institution font partie intégrante du système de santé des régions desservies. 4. Les partenariats de l'institution avec les organisations de soins de santé et les communautés comportent des projets améliorant la santé des populations mal desservies. 5. L'institution et ses personnes diplômées s'engagent activement dans l'amélioration du système de santé, dans la défense des populations mal desservies et pour une plus grande 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 les régions desservies par l'institution. 7. L'institution est en mesure d'identifier ses populations cibles et les impacts visés en ce qui concerne son impact sociétal (des mesures spécifiques d'impact sur les soins de santé) et possède un plan stratégique de développement correspondant à ses cibles. 8. L'institution adhère aux normes d'accréditation et aux processus

PHASES DE DÉVELOPPEMENT VERS LA RESPONSABILITÉ SOCIALE				
Composantes	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
7. RÉSULTATS OBTENUS PAR L'INSTITUTION ET PAR LES PERSONNES DIPLÔMÉES ET IMPACT SOCIÉTAL				
			évaluer l'impact de la mise en œuvre de stratégies de responsabilité sociale dans les régions géographiques que l'institution dessert.	favorisant la responsabilité sociale.
Commentaires				

Directives finales

Globalement, le processus de l'ISAT devrait être perçu comme un projet continu et itératif d'amélioration de la qualité et de révision par les pairs plutôt qu'un processus d'accréditation, de classement ou de réussite/échec. Conséquemment, le langage utilisé en lien avec l'ISAT ne doit pas se limiter à un simple constat de succès ou d'échec, mais doit englober ce à quoi on aspire à réussir localement et globalement, ensemble. Les objectifs de la responsabilité sociale sont mieux servis lorsqu'on vise des résultats de plus en plus spécifiques dans tous les domaines considérés dans les pages précédentes. La responsabilité sociale constitue une vision universelle mais elle doit être contextualisée et adaptée différemment selon les espaces et les milieux. Le processus de l'ISAT vise à encourager les institutions et leurs leaders à faire preuve de considération dans leur réflexion et de détermination dans leurs actions afin de maximiser leur impact sociétal sur les régions, sur les populations et sur les communautés spécifiques dont elle s'est vu attribuer la responsabilité de la part de la population et de son gouvernement. Le processus de l'ISAT fournit des ressources et des outils d'autoévaluation dans cette démarche, posant des normes élevées et constituant une source de motivation pour accroître la responsabilité sociale. Dans plusieurs contextes, de nombreux aspects de l'outil ISAT se trouvent au-delà de la sphère d'influence des leaders et des gestionnaires qui promeuvent le processus de l'ISAT. Conséquemment, la prise de conscience qu'il existe un mouvement vers l'atteinte des objectifs est plus importante que leur réalisation ultime. Il en découle que le progrès vers la responsabilité sociale implique

que l'on adopte une définition claire des valeurs qui sous-tendent les efforts d'accréditation et d'évaluation. Une réflexion sur les valeurs qui orientent notre vision de la responsabilité sociale est au cœur de ce processus.

SECTION 3. ENGAGEMENT DES PARTIES PRENANTES

Cette section comprend cinq éléments. Tous les éléments doivent être complétés. Elle vise à comprendre dans quelle mesure l'institution collabore avec les parties prenantes pour planifier les avancées, les politiques et les décisions. En utilisant les critères descriptifs ci-dessous, veuillez indiquer où votre institution se situe entre les phases 1 et 4, en fonction de la description qui correspond à votre situation de façon juste et réaliste.

Phases	Parties prenantes impliquées
Phase 1	Participation des parties prenantes internes (c.-à-d. les membres du corps professoral et de la communauté étudiante) à l'autoévaluation et à la réalisation des plans 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 des plans 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 des plans 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 organismes de soins de santé et des décideurs politiques à l'autoévaluation et à la réalisation des plans d'action pour passer à l'étape suivante.

SECTION 4. PHASES D'AMÉLIORATION VERS LA RESPONSABILITÉ SOCIALE

Cette section concerne les 13 composantes réparties en 7 domaines. Tous les éléments doivent être pris en compte. En utilisant les jalons de développement fournis dans les critères ci-dessous, veuillez indiquer quel est le plan d'action de votre institution 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 personnes représentant la communauté, les organismes de soins de santé et les décideurs politiques. Vous pouvez télécharger la documentation (documents, pages Web, images, publications, etc.) pour justifier et pour préciser vos plans d'action.

Phases	Parties prenantes impliquées dans le plan d'action
Phase 1	Le plan se montre concret et réaliste pour faire passer l'institution à la prochaine phase dans un délai de 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 se montre concret et réaliste pour faire passer l'institution à la prochaine phase dans un délai de 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 se montre concret et réaliste pour faire passer l'institution à la prochaine phase dans un délai de 1 à 2 ans et implique les parties prenantes internes, les professionnelles et professionnels de la santé, 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 se montre concret et réaliste pour faire passer l'institution à la prochaine phase dans un délai de 6 mois à 1 an et implique les parties prenantes internes, les professionnelles et professionnels de la santé, les personnes représentant la communauté, les organismes de soins de santé et les décideurs politiques dans l'autoévaluation et dans le plan d'action mis en place pour passer à l'étape suivante.

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. » (traduction libre) (Jacoby, B. (1996). Service-learning in today's higher education. In B. Jacoby (Ed.), Service-Learning in Higher Education: Concepts and Practices. San Francisco, CA: Jossey-Bass.)
- **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 constitue 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.
- **Formation interprofessionnelle** : Selon l'OPS/OMS, 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 pour 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 la personne enseignante plutôt que sur l'apprenante ou l'apprenant avec des possibilités limitées d'apprentissage autodirigé et d'apprentissage par le service.
- **Indicateur** : Mesure, quantitative ou qualitative, des progrès d'une institution 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 professeures et

professeurs qui sont des personnes employées de l'institution. 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.
- **Partie prenante** : 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, d'une faculté ou d'une institution. 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 représentantes ou représentants du gouvernement, les membres de la communauté, les prestataires de services, le personnel administratif 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 à la patiente ou au patient.
- **Professionalisme** : 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

Codéveloppeuses et codéveloppeurs de l'outil ISAT en 2017

- Dr André-Jacques Neusy, directeur principal, THEnet : Training for Health Equity Network
- Dr Björg Pálsdóttir, directeur général, PDG -THEnet: Training for Health Equity Network
- Dr 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
- Dre Sarita Verma, vice-présidente de l'éducation, Association des facultés de médecine du Canada
- Dre Erica Wheeler, conseillère du Bureau des ressources humaines pour la santé-OPS, Bureau de l'OPS/OMS des Caraïbes
- Dr Sonal Batra, professeur adjoint de médecine d'urgence, de politique de santé et de gestion, Université George Washington, Washington, DC
- Dre Larisa Carrera, doyenne de la faculté de médecine, Universidad del Litoral — Forum argentin des facultés et écoles de médecine publique, Argentine
- Dre Noora Alhajri, *fellow* en recherche clinique, John Hopkins University
- Dr Fernando Menezes, chef des ressources humaines de l'Unité de santé-OPS, OPS/OMS
- Dr Jose Francisco Garcia, conseiller régional en ressources humaines pour l'Unité de santé – OPS, OPS/OMS
- Dr Ruy Silveira de Souza, professeur adjoint, Universidade Federal de Roraima, Brésil

Autres personnes participantes :

- Mme Katie Qutub, gestionnaire de projet, Agence des États-Unis pour le développement international
- Marcela Lic. Groppo
- Dr Troy Jacobs
- M. Ignacio Saez Perrotta, médecin, pédiatrie, Hôpital national Prof. A. Posadas, Buenos Aires, Argentine

Traduction française

- Pre 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

Révision de la traduction française

- Pre Sharon Hatcher, directrice, Bureau de la responsabilité sociale, Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke
- Mme Caroline Fortin, coordonnatrice, Bureau de la responsabilité sociale, Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke
- Mme Camille Routhier, technicienne en information et rédaction, Bureau de la responsabilité sociale, Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke

Codéveloppeuses et codéveloppeurs de l'outil ISAT 2.0

- Angel Centeno, doyen, *Universidad Austral*, Argentina
- Ali Mtiraoui, doyen, Faculté de médecine de Sousse, Tunisia
- Björg Pálsdóttir, président, directeur général - *THEnet: Training for Health Equity Network*
- Charles Boelen, président de RIFRESS, International
- Daniel Oliveira Medina da Silva, *Fellow* de recherche, *Rural Coordination Centre of British Columbia*, et Étudiant chercheur international invite: *University of British Columbia*, Canada
- Elsie Kiguli-Malwadde, directrice des ressources humaines et du développement : *African Centre for Global Health and Social Transformation (ACHEST)*.
- Fernando Antonio Menezes da Silva, *Universidade Federal de Pernambuco*. Brazil
- Francisco Lamus, *Facultad de Medicina - Universidad de La Sabana*, Colombia
- Jacques Girard, professeur invité à la faculté de médecine de l'Université Laval, Canada, à titre de conseiller spécial en matière de santé globale et planétaire
- Jill Konkin, professeure, Faculté de Médecine et Dentisterie, *University of Alberta*, Canada
- Larisa Carrera, doyenne, *Universidad Nacional del Litoral*, Argentina
- Manuel M. Dayrit, professeur-chercheur, Centre de recherche et innovation, *Ateneo de Manila University*, École de médecine et de santé publique, Philippines
- Maria P. Grebe, professeure, *Universidad Austral*, Argentina
- Maxwell Kennel, associé senior de recherche, Centre Dr Gilles Arcand sur l'équité en Santé de l'École de médecine du Nord de l'Ontario, Canada
- Nicholas Torres, directeur général, *The Network for Unity for Health*
- Paul Grand'Maison, professeur émérite, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Canada
- Rukhana Wamiq Zuberi, professeure émérite, *Aga Khan University*, Pakistan
- Sean Tackett, professeur associé de médecine, *Johns Hopkins University*, États-Unis
- Sharon Hatcher, professeure et directrice du Bureau de responsabilité sociale, Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, Canada
- Somaya Hosney Mahmoud, professeure, Faculté de Médecine, *Suez Canal University*, Egypt
- Titi Savitri Prihatiningsih, MA, MMedEd, PhD, professeur, Faculté of Médecine, santé publique et sciences infirmières, *Universitas Gadjah Mada*, Yogyakarta, Indonésie
- Toyese Oyeyemi, directeur, *Social Mission Alliance*, États-Unis
- John H.V.Gilbert, C.M., Ph.D., LL.D (Hon)., FCAHS, Professor Emeritus, *University of British Columbia*, Canada

- Dr. T.M. Pai Chair in Interprofessional Education and Care, *Manipal Academy of Higher Education*, India and Founding Chair, Canadian Interprofessional Health Collaborative, India
- Andrea Pfeifle, EdD PT FNAP, *The Ohio State University*, United States of America
- Dr Gerard Filies, Chairperson: Interprofessional Education Unit, *University of the Western Cape* / Chairperson: Africa Interprofessional Education Network (AfrIPEN), South Africa
- Barbara Maxwell, PhD, DPT, MSc, Cert THE, FNAP. Associate Dean and Executive Director, Indiana University, *Interprofessional Practice and Education Center*, United States of America
- Professor Margo Brewer, *School of Allied Health, Curtin University*, Western Australia, Australia
- Jan-Jaap Reinders Board Secretary, *Interprofessional Global*, the Netherlands

Remerciements:

Nous souhaitons souligner les contributions du Dr Maxwell Kennel, associé senior de recherche au Centre Dr Gilles Arcand sur l'équité en santé de l'École de médecine du Nord de l'Ontario, et de Nicholas Torres, directeur général à The Network for Unity for Health, qui ont incorporé toutes les recommandations dans la version 2.0 de l'ISAT. Nous avons aussi apprécié les modifications éditoriales suggérées par Dre Sharon Hatcher et par Camille Routhier 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://www.afmc.ca/wp-content/uploads/2022/10/sa_vision_canadian_medical_schools_fr.pdf / Social Accountability: a vision for Canadian Medical Schools; *Health Canada* 2001; Ottawa, Ontario. https://www.afmc.ca/wp-content/uploads/2022/10/sa_vision_canadian_medical_schools_en.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.
- GCSA International Group. Global Consensus on Social Accountability of Medical Schools. 2010. 16 p. <https://healthsocialaccountability.sites.olt.ubc.ca/files/2011/06/11-06-07-GCSA-English-pdf-style.pdf>
- 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). <https://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343-articulo-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. <https://gcsanetwork.files.wordpress.com/2012/02/monograph-print-quality-feb-1.pdf> (consulté le 26 juillet 2023)

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. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564977>
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. https://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf (consulté le 26 juillet 2023)
4. [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
5. PAHO, Strategy for Universal Access to Health and Universal Health Coverage. 53rd DIRECTING COUNCIL, Washington, D.C., USA, 29 September-3 October 2014.
6. 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. <https://www.who.int/publications/i/item/health-employment-and-economic-growth> (consulté le 28 novembre 2023)
7. 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. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1296119>
8. 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)
9. Organisation mondiale de la santé. *Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030*. 2016. https://portail.sante.gov.gn/wp-content/uploads/2022/04/Ressources-Humaines-pour-la-santé_strategy2030fr.pdf (consulté le 26 juillet 2023)
10. 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> ; High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. *Working for Health and Growth : Investing in the Health Workforce*. [Internet]. Geneva : WHO; 2016. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511308>
11. 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): <https://www.who.int/publications/i/item/transforming-and-scaling-up-health-professionals%E2%80%99-education-and-training>
12. *Plan d'action en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle 2018-2023*. 56th Session of the Directing Council, Washington, D.C. 23 au 27 septembre 2018 ([Resolution CD56/10](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49611/CD56-10-f.pdf?sequence=3&isAllowed=y)) : <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49611/CD56-10-f.pdf?sequence=3&isAllowed=y> / v.a. *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. June 18-22 (Resolution CE162/16): <http://iris.paho.org/xmllui/handle/123456789/49213>.

- <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49611>
13. Boelen C, Heck JE & Who Health Organization, Division of Development of Human Resources for Health. *Defining and measuring the social accountability of medical schools*. Geneva: WHO; 1995 (cited 2018 Jul 8) : <http://www.who.int/iris/handle/10665/59441> / v.f. Boelen C, Heck JE et l'Organisation mondiale de la santé. Division du développement des ressources humaines pour la santé. *Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine*. Genève : OMS; 1995 : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66532/WHO_HRH_95.7_fre.pdf?sequence=1
 14. 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/wp-content/uploads/2022/12/Normes_et_elements_CAFMC_AU_2022-2023.pdf] (document consulté le 21 juillet 2023).
 15. 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>
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>
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. Voir référence 4, ci-dessus.
 17. Voir référence 5, ci-dessus.
 18. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34964>, Version française - Axe stratégique d'intervention 3
 19. 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
 20. 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>
 21. 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>
Larkins SL, Preston R, Matte MC, Lindemann IC, Samson R, Tandincio 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>
 22. 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
 23. Mark C. Henderson, Charlene Green, and Candice Chen, What Does It Mean for Medical School Admissions to Be Socially Accountable? *AMA J Ethics*. 2021;23(12):E965-974. doi: 10.1001/amajethics.2021.965.
 24. 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.

- 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.
<https://www.who.int/publications/i/item/increasing-access-to-health-workers-in-remote-and-rural-areas-through-improved-retention> (consulté le 26 juillet 2023)
- 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,
- 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. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005314.pub3>.
25. 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. <https://doi.org/10.1111/medu.12518>
 26. 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).
[\[https://cacms-cafmc.ca/wp-content/uploads/2022/12/Normes_et_elements_CAFMC_AU_2022-2023.pdf\]](https://cacms-cafmc.ca/wp-content/uploads/2022/12/Normes_et_elements_CAFMC_AU_2022-2023.pdf) (document consulté le 21 juillet 2023).
 27. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961; 265: 885-92.
 28. 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>
 29. 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. <https://doi.org/10.1111/medu.13084>
 30. Strasser R, Hirsh D. Longitudinal integrated clerkships: transforming medical education worldwide? *Medical Education* 2011; 45 : 436–437
 31. Voir, par exemple,
<https://www.nosm.ca/familymedicine/our-streams-at-a-glance/remotefirstnations/>
 32. 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>
 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> (consulté le 26 juillet 2023)
 Boelen C, Pearson D, Kaufman A, Rourke J, Woollard R, Marsh DC, at al. Producing a socially accountable medical school: AMEE Guide No. 109, *Medical Teacher* 2016; 38(11) : 1078-1091.
<https://doi.org/10.1080/0142159X.2016.1219029>
 33. Voir référence 2, ci-dessus.
 34. 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> (consulté le 26 juillet 2023)
 35. Voir référence 4, ci-dessus.
 36. Voir, par exemple, Hogenbirk JC, Strasser RP, French MG (2022). Ten years of graduates: A cross-sectional study of the practice location of doctors trained at a socially accountable medical

- school. PLOS ONE, 17(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274499>
37. Buchan J, Dhillon IS, Campbell J, Éd. Health Employment and Economic Growth: An Evidence Base. Geneva: Organisation Mondiale de la Santé; 2017.
<https://iris.who.int/handle/10665/326411>
38. Pearson D, Walpole S, Barna S. Challenges to professionalism: Social accountability and global environmental change. *Med Teach*. 2015; 37(9):825–830.
<https://doi.org/10.3109/0142159X.2015.1044955> (consulté le 26 juillet 2023)