

Recours au cadre conceptuel de Boelen pour faire un portrait de l'évolution de la responsabilité sociale au sein d'une faculté de médecine canadienne

Use of Boelen's conceptual model to develop a portrayal of the evolution of social accountability at a Canadian medical school

Annabelle Cumyn,¹ Sharon Hatcher,¹ Catherine Larouche,² Tim Dubé,¹ Charles-Antoine Millette,¹ Michel Landry,¹ Ève-Reine Gagné¹

¹Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada; ²Université du Québec à Chicoutimi, Québec, Canada

Correspondance à : Annabelle Cumyn, Groupe de recherche sur les impacts des études médicales de l'Université de Sherbrooke, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, 3001, 12^{ème} avenue Nord, Sherbrooke, Québec, Canada; téléphone: +1-819-346-1110, extension 74977; courriel: Annabelle.Cumyn@USherbrooke.ca

Publié avant le numéro : 5 déc. 2024 ; Publié : 28 fév. 2025. RCÉM 2025, 16(1). Disponible à <https://doi.org/10.36834/cmej.77994>

© 2025 Cumyn, Hatcher, Larouche, Dubé, Millette, Landry, Gagné; licensee Synergies Partners. Cet œuvre est mise à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution -Pas d'Utilisation Commerciale -Pas de Modification 4.0 International. Vous êtes autorisé à partager copier, distribuer et communiquer le matériel par tous moyens et sous tous format. Vous devez créditer l'œuvre, intégrer un lien vers la licence et indiquer si des modifications ont été effectuées à l'œuvre.

Résumé

Contexte : La responsabilité sociale (RS) prend une place importante dans les exigences d'accréditation des programmes d'études des facultés de médecine. Nous avons analysé l'évolution de la RS dans le programme de doctorat en médecine de l'Université de Sherbrooke depuis la mise en place de la délocalisation complète de la formation médicale dans deux sites distants.

Méthodologie et objectifs : Par le biais d'une approche qualitative séquentielle ancrée dans le cadre conceptuel de Boelen, nous avons effectué une analyse documentaire des plans stratégiques et des documents d'agrément entre 2005 et 2023 pour identifier les actions en matière de RS du programme de doctorat en médecine et générer un premier document sous forme de narratif et ligne de temps. Suite à trois entrevues individuelles et trois groupes de discussions avec des acteurs clés de chaque site de formation, nous avons élaboré un portrait final de la RS avec sa ligne du temps.

Résultats : Le portrait décrit comment la Faculté et son programme de doctorat en médecine ont planifié leur engagement en lien avec les besoins de santé de la population (conceptualisation), ont mis en œuvre des actions pour répondre à ces besoins (production) et ont vérifié que ces actions « ont eu le plus grand impact possible sur la santé des personnes » (utilisabilité). Cette approche a permis de démontrer le temps requis pour observer une augmentation des actions en lien avec l'utilisabilité.

Conclusions : Cette étude a permis d'identifier le travail accompli depuis 2005 en faisant émerger les forces et les défis. Cette compréhension du chemin parcouru sera partagée avec les partenaires afin d'identifier les prochaines actions selon les besoins en santé des communautés desservies. Cette approche et les constats qui en découlent pourraient inspirer d'autres facultés de médecine à faire une analyse de leurs actions en responsabilité sociale.

Abstract

Background: Social accountability (SA) occupies an important place in the accreditation requirements of Faculties of Medicine. We analyzed the evolution of SA in the undergraduate medical program at the University of Sherbrooke since the implementation of a complete curriculum in two distributed medical campuses.

Methods: Using a qualitative and sequential research design anchored in Boelen's conceptual framework, we conducted a document analysis of strategic plans and accreditation documents between the years 2006-2023 to identify the SA actions of the medical program and generate an initial narrative with a timeline. Following three interviews and three focus groups with key actors at each campus, we developed a final portrayal of SA with a timeline.

Results: The portrayal describes the way in which the faculty and its medical program planned their commitment in line with the identified health needs of the population (conceptualization), implemented actions to meet these needs (production) and verified that these actions "have had the greatest possible impact on people's health" (usability). This approach demonstrates the time required to observe an increase in actions related to usability.

Conclusions: This study made it possible to identify the work accomplished since 2005 by highlighting the strengths and challenges. This understanding of the road traveled, and the challenges encountered, will be shared with partners to identify further actions in response to the health needs of communities served. This approach and the resulting findings may serve as a source of information for other faculties of medicine interested in undertaking an analysis of their social accountability actions.

Introduction

Les facultés de médecine du Canada doivent développer une approche cohérente de leur responsabilité sociale (RS) qui tient compte tant des valeurs de pertinence, de qualité, de coût-efficacité et d'efficience,¹ de la vision de l'Organisation mondiale de la santé,² que des principes et exigences d'accréditation du Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada.³⁻⁵

À la suite d'une large consultation sur l'Avenir de l'éducation médicale au Canada en 2010,⁵ des recommandations précises ont été faites aux directions de programmes prédoctoraux et postdoctoraux⁶ avec l'objectif d'influencer la formation des médecins dont les activités professionnelles doivent répondre davantage aux besoins prioritaires des populations desservies.⁷⁻⁹ Les facultés de médecine du Canada ont répondu à ces demandes de multiples façons incluant la mise en place de bureaux ou de comités dédiés à la responsabilité sociale,⁹ la création d'outils modèles¹⁰ ainsi que des cadres de développement ou d'évaluation pragmatiques,²⁻⁷ le développement de cours orientés vers la communauté,¹¹⁻¹² et le déploiement des formations médicales délocalisées.¹³ Des initiatives à l'international font aussi la démonstration des multiples actions qui peuvent être réalisées par des facultés avec une vision de responsabilité sociale.¹⁴⁻¹⁵ Il existe des stratégies/modèles permettant aux facultés et aux programmes de s'engager dans une réflexion en lien avec la responsabilité sociale. Certains modèles sont à visée très pragmatique par exemple, identifier des activités de formation dans lesquelles la notion de RS pourrait être intégrée (CARE¹⁰). D'autres cadres ont été développés pour permettre une forme d'auto-évaluation soit au niveau d'un programme (l'outil ISAT¹⁶) ou à un niveau plus institutionnel (Collaborative E2¹⁷ et CIPP¹⁸). Finalement, il existe des stratégies avec des objectifs dirigés par exemple pour favoriser l'engagement communautaire (DISCuSS model¹⁹) ou pour obtenir une reconnaissance de l'engagement envers la RS (ASPIRE).²⁰

Bien que l'apparition de la notion de RS dans les normes d'accréditation des facultés de médecine du Canada ait incité fortement les facultés de médecine à faire la promotion de la RS, cette exigence aurait pu ne pas se traduire en actions concrètes. Nous partageons notre expérience en décrivant comment une faculté peut documenter les processus et les actions en RS à partir du cadre conceptuel de Boelen (2012).²¹ De fait, avec la place

actuelle que prend la RS dans le discours et dans les exigences des partenaires externes tels que les comités accréditeurs, il nous est apparu nécessaire d'analyser comment avait évolué de façon concrète notre vision de la RS dans le programme de doctorat en médecine de l'Université de Sherbrooke. Par le biais d'une étude qualitative nous avons cherché à a) identifier les actions en matière de RS au fil du temps et les relier au cadre conceptuel de Boelen (analyse documentaire), b) élaborer un portrait de l'évolution de la RS sous forme chronologique, c) faire évoluer de façon séquentielle et itérative le portrait à la suite de l'apport d'acteurs clés (entrevues et groupes de discussion). Par acteurs clés, nous entendons les personnes avec pouvoir d'action au sein des études médicales prédoctorales dans les différents sites de formation.

Méthodes

Contexte

Cette étude a été réalisée entre 2020 et 2022 dans le contexte du programme de doctorat en médecine à la Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) de l'Université de Sherbrooke au Québec. Lors de la première séance de son Conseil en 1961 la Faculté statue qu'elle « devra se distinguer par son engagement progressif en relation avec les besoins actuels de la société » (1re séance du Conseil de la Faculté, le 2 mars 1961). Depuis, la Faculté s'est jointe au Network of Community Oriented Health Education Institutions en 1986, qui deviendra The Network : Towards Unity for Health (TUFH) en 2002 et a été nommée Centre collaborateur de l'OMS en 2001. En plus, plusieurs décisions sont prises en cohérence avec l'engagement initial de la Faculté notamment par la création et l'ouverture de sites délocalisés en 2006 dans le but de former des médecins en régions plus éloignées (site de Saguenay) ou avec une situation de langue officielle minoritaire (site de Moncton au Nouveau-Brunswick). Plus récemment, le programme de doctorat en médecine s'est engagé dans un renouveau curriculaire majeur basé sur un parcours professionnalisant et dans l'ouverture en 2022 d'un troisième site de formation délocalisée en Montérégie en réponse à une population en croissance rapide dans cette région dont une proportion importante est issue de l'immigration récente.

Cadre conceptuel

Dans cette étude, nous avons choisi le cadre conceptuel de Boelen lequel sert à illustrer « la manière dont les principes de responsabilité sociale peuvent être traduits en repères

significatifs explorant les engagements de l'école de médecine dans le triple continuum de l'identification des besoins de santé des personnes ».²¹ Boelen et coll. proposent une révision du modèle CPU (Conceptualization, Production and Usability) qu'ils avaient publié en 2009.²² Le nouveau modèle décrit les différents concepts de responsabilité sociale afin d'aider les facultés de médecine à développer des indicateurs de RS pertinents pour leur contexte. Ce cadre a été retenu, car il est de niveau institutionnel et aide à mettre en valeur la transition entre la conceptualisation et le suivi d'indicateurs signifiants. Ce cadre est composé de trois domaines, c'est-à-dire la conceptualisation, la production et l'utilisabilité (CPU). Le domaine de la conceptualisation fait référence à l'identification des actions qui doivent être mises en œuvre par une faculté de médecine afin de répondre aux besoins et aux défis de la société. Le domaine de la production renvoie aux processus et aux actions mises au point pour répondre aux besoins et défis identifiés lors de la conceptualisation. Le domaine de l'utilisabilité, qui concerne le déploiement des actions et leurs impacts sur la santé, réfère à la capacité d'une faculté de médecine à faire « l'usage le plus fructueux [de ses] produits, comme prévu au stade de la conceptualisation ». Ces trois domaines englobent 11 sections composées de 31 paramètres servant à évaluer et à améliorer l'engagement en RS d'une faculté de médecine par le biais d'indicateurs de suivis. La figure 1 présente les 3 domaines et les 11 sections qui ont servi de base à l'étude. Pour les fins de cet article, nous référons le lecteur au modèle CPU publié en 2012 pour connaître les 31 paramètres.²¹ Parmi ceux-ci, retenons, par exemple, la référence explicite à des valeurs et aux besoins de santé prioritaires des populations, la planification stratégique et le partenariat (conceptualisation), les choix curriculaires et les actions au niveau de l'admission (production) et enfin l'impact sur la santé des populations (utilisabilité). Dans ce projet, le cadre conceptuel a été utilisé pour analyser et catégoriser les différentes actions en matière de RS recensées d'abord par l'analyse documentaire puis par les contributions des entrevues et des groupes de discussion.

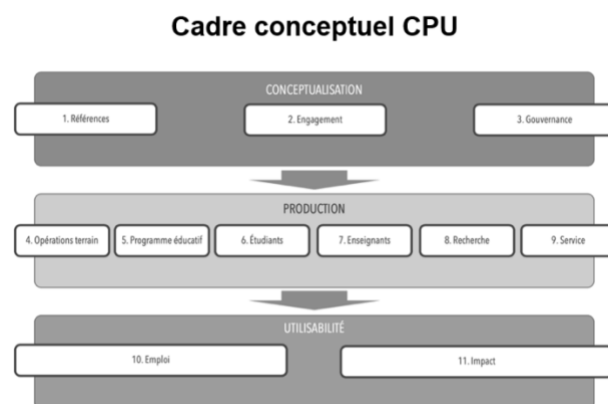


Figure 1. Les trois domaines et onze sections en utilisant le cadre conceptuel CPU de Boelen et coll.²¹

Devis

Notre étude qualitative interprétative se base sur un devis séquentiel constitué d'une analyse documentaire suivie d'une phase de révision auprès d'acteurs clés par le biais d'entrevues individuelles semi-dirigées et de trois groupes de discussion (un groupe par site du programme de médecine).²³ Une personne archiviste a été consultée pour identifier les documents qui pourraient être pertinents pour répondre à la question de recherche. L'analyse documentaire subséquente nous a permis d'identifier les actions clés et de les relier au cadre conceptuel de Boelen (objectif a).²⁴ Le recours à l'outil *Preceden*® nous a permis de répondre au deuxième objectif et d'élaborer un portrait prototype qui prend la forme d'un narratif accompagné d'une ligne de temps (figure 2). Les entrevues individuelles ont servi à la révision du portrait en y apportant les modifications suggérées par les participants aux entrevues, ce qui a mené au portrait intermédiaire. Trois groupes de discussion ont contribué à l'élaboration du portrait final (objectif c). Le recours à un groupe de discussion par site était jugé nécessaire pour mettre en place les conditions favorables à des échanges riches sur l'historique de chaque site, permettant d'apporter des modifications finales au portrait. À la suite il a été possible d'identifier avec les acteurs clés actuels les forces et défis pour les prochaines années (objectif c). À chaque étape du processus, un comité de révision s'est réuni pour prendre les décisions sur les modifications à apporter au portrait. Le projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche en Éducation et Sciences Sociales de l'Université de Sherbrooke (projet 2019-2456).

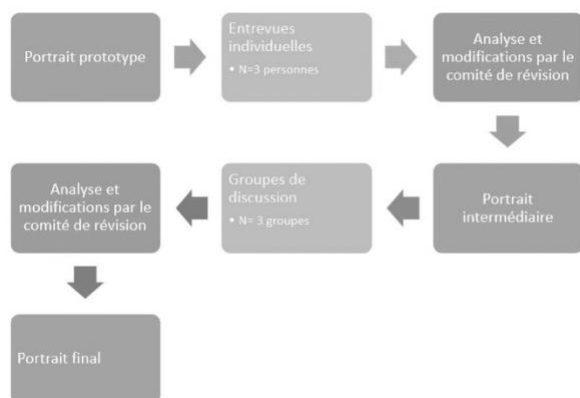


Figure 2. Méthode d'analyse séquentielle et itérative menant à un portrait de l'évolution de la RS

Source de données et recrutement des personnes participantes

Identification des documents (printemps 2020). En consultant une archiviste, nous avons identifié les documents officiels de la FMSS qui pouvaient témoigner d'éléments en lien avec la RS et servir à l'analyse documentaire. Suite à cette consultation, nous avons retenu les plans stratégiques, les protocoles d'entente, les fiches signalétiques du programme de doctorat en médecine, les documents en lien avec la réflexion curriculaire et les documents d'agrément depuis 2005. Nous avons choisi l'année 2005, car celle-ci représente une année charnière dans le développement des sites de formation complète délocalisée du programme de doctorat en médecine. Les documents d'agrément sont particulièrement intéressants, car ils représentent une synthèse détaillée de toutes les activités du programme sur la période étudiée.

Analyse documentaire et création du portrait prototype (hiver 2021). Nous avons choisi l'outil *Preceden*® pour créer une ligne de temps et l'accompagner d'un narratif qui documente les actions en matière de RS du programme de doctorat en médecine. L'outil web permet de classer des éléments sous forme de ligne du temps, de les distinguer par le choix de couleurs et de fournir une description supplémentaire lorsque le curseur sélectionne un élément.

Les entrevues individuelles semi-dirigées (automne 2021). Nous avons ciblé trois personnes ayant joué un rôle fondateur en RS à la FMSS pour réviser une première version du portrait (narratif et ligne du temps) suite à l'analyse documentaire et en amont des groupes de discussion (figure 2). Ces personnes ont été choisies pour leur expérience importante en lien avec les actions de RS au sein de la FMSS alors qu'elles occupaient des rôles clés

pendant les décennies 1990 et 2000. Elles pouvaient donc à la fois témoigner des premières actions en RS tout en apportant un regard critique sur la version prototype du portrait.

Les groupes de discussion (printemps 2022). Un deuxième échantillon à participation volontaire de personnes avec une bonne connaissance de l'évolution du programme de doctorat de médecine a été constitué pour une deuxième étape de révision dans le cadre de groupes de discussion (figure 2). Cet échantillon incluait des personnes membres du comité exécutif du programme de doctorat en médecine, des personnes coordonnatrices des activités pédagogiques, des personnes responsables de la vie étudiante et des personnes représentantes du corps professoral ainsi que de la direction administrative pour un échantillon potentiel total d'environ 40 personnes. Le projet de recherche a été présenté lors des réunions du comité de programme et le recrutement s'est fait par courriel en utilisant l'adresse professionnelle de l'Université de Sherbrooke. Trois groupes de discussion ont été organisés (un par site de formation du programme). Dans le cadre de cette recherche, nous n'avons pas inclus des personnes étudiantes ou des personnes issues des communautés desservies par les trois sites de formation parce que celles-ci n'avaient pas été témoins de l'historique de l'évolution de la RS dans le programme de doctorat en médecine. Cependant, ces deux groupes de personnes ont été ciblés pour le transfert de connaissances et les prochaines étapes du programme de recherche.

Comité de révision (hiver 2020-automne 2022). Un comité de révision a été constitué pour retravailler le portrait de façon itérative (figure 2). Il était composé de six personnes de l'équipe de recherche (AC, TD, SH, ERG, CL, ML) dont trois personnes ayant occupé des postes de gestion facultaire dans chaque site (ERG, SH, ML).

Collecte de données

À la suite du consentement des personnes participantes, une copie du portrait (narratif et ligne du temps) a été partagée par courriel en amont des rencontres individuelles ou de groupes de discussion. Les guides d'entrevues incluaient des questions ouvertes pour recueillir une rétroaction sur le portrait, les actions manquantes, et leur perception de la responsabilité sociale du programme de doctorat en médecine avec des sous-questions alignées avec les domaines du cadre conceptuel (guides d'entrevues en dossier supplémentaire).

Analyse des données

L'analyse documentaire basée sur le cadre conceptuel CPU a été réalisée en suivant une méthode utilisée pour l'analyse des politiques publiques éducatives (24). Cette analyse se divise en sept étapes : 1) la mise en place d'un plan d'analyse ; 2) la préparation du corpus; 3) le découpage du contenu; 4) l'évaluation des unités d'information; 5) la réalisation du prétest; 6) le traitement des données; et 7) l'analyse des résultats.

Les entrevues individuelles et les discussions de groupe ont été réalisées par le biais de la plateforme *TEAMS*®. Elles ont été menées par une personne professionnelle de recherche (CAM) et une personne chercheuse avec une expertise en méthodologie qualitative (CL). Les entrevues ont été enregistrées (dans *TEAMS*®), transcrites par une personne non membre de l'équipe de recherche et analysées à l'aide du logiciel *QDA Miner*®. Une procédure d'analyse de contenu qualitative inductive-déductive en trois étapes a été utilisée pour dégager les thèmes émergents et les dimensions du cadre conceptuel : le codage, le triage du contenu des textes et l'analyse. Le comité de révision s'est rencontré régulièrement pour revoir le codage et le triage et pour approuver les modifications nécessaires pour faire évoluer le portrait jusqu'à la version finale (figure 2).

Résultats

Identification des actions en matière de RS- analyse documentaire

Une archiviste nous a présenté une cartographie des documents officiels de la FMSS pour nous aider à cibler ceux qui pourraient être pertinents en éliminant la redondance. Nous avons revu en détail 77 documents dans 6 catégories de classement d'archivage et avons retenu pour l'analyse de contenu quatre classements ($n = 4$) : les plans stratégiques de la Faculté depuis 2005, les grandes orientations du programme, les politiques ainsi que les documents pour les agréments de 2011 et de 2019. Nous n'avons pas retenu les classements d'archivage contenant les protocoles d'entente et les documents déjà intégrés dans la documentation d'agrément. Au final, une analyse documentaire a été réalisée sur 22/77 (29%) des documents identifiés. Cette analyse a fait ressortir les actions/événements en lien avec la RS selon le cadre CPU.

Élaboration d'un premier portrait- création d'un narratif et d'une ligne du temps avec l'outil *Preceden*®

Un portrait prototype a été construit incluant un narratif et une ligne du temps divisée en cinq périodes pour refléter les dates des cinq plans stratégiques. La ligne du temps sert

à présenter les actions/événements associés à la RS selon notre cadre conceptuel. L'analyse visuelle de la ligne du temps nous a permis de constater que la grande majorité des faits saillants en matière de RS font partie des domaines de la conceptualisation ($n = 25$) et de la production ($n = 34$) du cadre conceptuel CPU, alors que les actions en matière d'utilisabilité ($n = 11$) sont moins présentes, surtout durant les premières périodes du portrait (tableau 1).

Tableau 1. Nombre d'actions/événements retrouvés dans la ligne du temps selon le cadre CPU

	Conceptualisation ($n = 25$)	Production ($n = 34$)	Utilisabilité ($n = 11$)
Période 1 2005-2009 ^a	1	4	0
Période 2 2008-2011	2	4	1
Période 3 2011-2015	9	9	3
Période 4 2016-2018	3	4	4
Période 5 2019-2023	10	13	3

^aLes dates des périodes respectent les dates des plans stratégiques qui parfois se chevauchent

Le narratif qui accompagne la ligne du temps présente les résultats de l'analyse documentaire de façon plus détaillée sous forme de rapport disponible en ligne. Ce texte fait état des paramètres du cadre conceptuel CPU qui ressortent au travers des 5 périodes (tableau 2)

Les termes "responsabilité sociale" apparaissent dans les documents officiels à partir de la période 2 alors qu'auparavant, il était question d'imputabilité sociale ou d'engagement social (période 1). Le plan stratégique de la période 5 consacre son premier axe à la RS et fait le lien explicite entre sa mission et ses valeurs puisque selon la FMSS, « *c'est par l'engagement que s'exprime notre responsabilité sociale et personnelle* ».

Tableau 2. Synthèse des résultats principaux pour les 3 dimensions CPU, 11 domaines et 31 paramètres

	Période 1 2005-2009 Paramètres	Période 2 2008-2011 Paramètres	Période 3 2011-2015 Paramètres	Période 4 2016-2018 Paramètres	Période 5 2019-2023 Paramètres
Conceptualisation					
Références	1.1 Valeurs: <i>Six valeurs phares</i> 1.2 Population: <i>Contribuer à améliorer la santé de différentes populations</i> 1.4 Personnel de la santé: <i>Formation de professionnels en nombre suffisant</i>	1.1 Valeurs: <i>Six valeurs phares</i> 1.2 Population: <i>Améliorer la santé et le bien-être</i>	1.1 Valeurs: <i>Cinq valeurs phares</i> 1.2 Population: <i>Mission dans les communautés</i>	1.2 Population: <i>Enracinement dans les communautés et volonté d'améliorer la santé et le bien-être personnel et populationnel</i>	1.1 Valeurs: <i>RS comme un des trois axes du plan stratégique</i> 1.2 Population: <i>Adapter la formation et la recherche selon les besoins de la société actuels et émergents</i>
Engagements	2.1 Mandat: <i>Mission de former des médecins compétents</i> 2.3 Partenariat: <i>Décentraliser la formation</i> 2.4 Résultat attendu: <i>Former des médecins intéressés à œuvrer en région</i>	2.3 Partenariat: <i>Partenariats en vue de la décentralisation vers des sites de formation</i> 2.4 Résultat attendu: <i>Former des médecins intéressés à œuvrer en région</i>	2.3 Partenariat: <i>Ententes avec les universités et hôpitaux régionaux des deux sites délocalisés</i> 2.4 Résultat attendu: <i>Former des professionnels polyvalents dotés d'une approche généraliste</i>	2.3 Partenariat: <i>Adhésion à THEnet; contribution à la fondation du RIFRESS; entente officielle avec les partenaires communautaires</i> 2.4 Résultat attendu: <i>Formation de professionnels engagés, polyvalents pour répondre aux besoins de la société</i>	2.3 Partenariat: <i>Décentraliser la formation avec l'ouverture du site Montérégie en 2022</i>
Gouvernance	3.1 Planification stratégique: <i>Engagements intégrés dans un plan de développement</i>	3.1 Planification stratégique: <i>Engagements intégrés dans un plan de développement</i>	3.1 Planification stratégique: <i>Engagements intégrés dans un plan de développement</i>	3.1 Planification stratégique: <i>Engagements intégrés dans un plan de développement</i>	3.1 Planification stratégique: <i>Engagements intégrés dans un plan de développement</i>
Production					
Opérations terrain	4.0 Opérations terrain: <i>Création d'un partenariat-patient dans la formation</i>				4.0 Opérations terrain: <i>Création du Bureau de la RS; de la politique ÉDI</i>
Programme éducatif		5.1 Objectifs: <i>Former des médecins pour répondre aux besoins des populations de l'ensemble du Québec</i> 5.3 Processus d'apprentissage: <i>Efforts pour consolider et améliorer la qualité pédagogique du curriculum</i>	5.1 Objectifs: <i>Mention de la RS dans le rapport du comité de révision du curriculum</i> 5.2 Structure du programme: <i>Ajout des activités de type apprentissage par le service dans la communauté</i> 5.4 Pratiques: <i>Stages d'été à l'international, en communauté et en milieu autochtone</i>	5.2 Structure du programme et 5.3 Processus d'apprentissage: <i>Refonte complète du curriculum du programme de doctorat en médecine en 2017</i> 5.4 Pratiques: <i>Ouverture de 2 sites d'externat longitudinal intégré</i>	5.2 Structure du programme: <i>Coordonnatrice ÉDI au programme MD; intégration des thématiques du BRS dans les Journées du programme MD</i>
Personnes étudiantes	6.1 Recrutement: <i>Premières cohortes dans 2 sites délocalisés</i>	6.1 Recrutement: <i>Augmentation de la cohorte dans un des sites délocalisés; Création du contingent autochtone et autres contingents / programmes spécifiques</i>	6.1 Recrutement: <i>Bourses d'admission</i> 6.2 Carrière: <i>1e cohorte du programme MD avec 55% qui vont en médecine de famille</i>		6.1 Recrutement: <i>Augmentation des cohortes dans le programme MD; Ajustement des critères de sélection pour plus une grande diversité</i>
Membres du corps professoral					7.1 Source: <i>Recrutement d'un chercheur en RS</i>
Recherche					
Service					
Utilisabilité					
Emploi			10.2 Rétention et répartition des diplômés: <i>Création d'une approche systématique du suivi des diplômés</i>		
Impact		11.1 Partenariat: <i>Collaboration entre l'Université de Sherbrooke et University of British Columbia pour la recherche sur la délocalisation</i>	11.3 Promotion / diffusion des résultats: <i>Forums citoyens dans les sites délocalisés</i>	11.3 Promotion / diffusion des résultats: <i>Activités soulignant le 10e anniversaire des sites délocalisés; Publication de 2 articles scientifiques sur la délocalisation du programme MD; Création d'un cadre de gestion pour l'utilisation des données académiques en recherche; Création d'un groupe de recherche en RS</i>	11.3 Promotion / diffusion des résultats: <i>Publication d'un article scientifique sur les effets de la délocalisation du programme MD</i>

Au niveau de la conceptualisation, les documents officiels de la FMSS font explicitement référence, lors de la première période, aux quatre valeurs identifiées par Boelen *et coll.*²¹, à savoir la qualité, l'équité, la pertinence et l'efficacité. Dans les périodes subséquentes, la faculté met de l'avant ses propres valeurs avec un accent sur l'excellence (périodes 2, 3 et 4), le partenariat (périodes 2, 3 et 4), le professionnalisme (périodes 2, 3 et 4), l'engagement (périodes 3, 4 et 5) et l'innovation (périodes 2, 3, 4 et 5). Dès la période 1, la faculté prend l'engagement de « [...] *contribuer de manière significative à créer une société en santé, à améliorer la santé des différentes populations avec lesquelles, auprès desquelles et pour lesquelles nous œuvrons* ». Les partenariats avec une gouvernance partagée sont établis dès la première période pour permettre la formation délocalisée, puis sont consolidés (période 2) avec une vision de collaboration et d'efficacité (période 3) et un élargissement vers les partenaires communautaires (période 4). Les partenariats avec des réseaux de RS s'officialisent, Retenons par exemple, le partenariat avec THEnet (*The Training for Health Equity Network*) qui s'officialise pendant la période 3 et puis celui avec le RIFRESS (Réseau international francophone pour la responsabilité sociale en santé) pendant la période 4. Un élément explicite de leadership apparaît lors de la période 3 avec l'objectif d'« *exercer un leadership dynamique auprès de ses partenaires pour améliorer son offre de stages en maximisant le potentiel de son Réseau universitaire intégré de santé (RUIS)* ».

Au niveau de la production, la FMSS pose d'abord des gestes en lien avec son programme éducatif et ses personnes étudiantes par la constitution de cohortes délocalisées (période 1), un programme de patients-partenaires standardisés (période 1), l'augmentation des cohortes avec la mise en place de contingents particuliers d'admission (périodes 2 et 5), l'amélioration de la qualité de la formation postdoctorale notamment par la recherche de nouveaux milieux de stage (période 2), la réforme curriculaire (périodes 3 et suivantes), la création d'un Bureau de la responsabilité sociale (période 5), la révision de la politique et directive en Équité, diversité et inclusion (période 5) et un nouveau site de formation délocalisée en Montérégie (période 5). Le secteur de la recherche prend une place plus importante à partir de la période 3 avec une vision d'« *organiser le déploiement de ses activités de recherche de façon à optimiser les bénéfices reliés à ses partenariats avec les établissements de santé et de services sociaux de son réseau* », et ensuite la mise en place de fonds pour les projets étudiants liés à la santé en

partenariat avec la communauté et les organismes communautaires (période 5) et le recrutement d'un chercheur en RS (période 5).

Les avancées en lien avec l'utilisabilité font leur apparition surtout lors de la période 3 avec la mise en place d'une base de données pour faciliter le suivi des personnes diplômées puis un encadrement formel de l'utilisation secondaire de ces données administratives à partir de la période 4. La Faculté rejoint les acteurs terrain lors de forums citoyens et leur présente les premières retombées en lien avec la formation délocalisée (période 4), participe à des colloques sur la formation délocalisée (périodes 4 et 5), développe et soutient ses programmes de recherche en lien avec la RS (périodes 4 et 5) et débute son auto-évaluation avec l'outil ISAT¹⁶ (période 5). Cet outil (*Institutional Self-Assessment Social Accountability Tool*) a été développé pour aider les institutions à évaluer leur progression en RS et planifier les prochaines étapes.

Révision du portrait de façon séquentielle- entrevues et groupes de discussion

Nous avons révisé et bonifié le portrait grâce à la réalisation de trois entrevues individuelles de 60 minutes et de trois groupes de discussion de 60-120 minutes avec des acteurs clés de chaque site de formation (tableau 3).

Tableau 3. Caractéristiques des personnes participantes aux entrevues et groupes de discussion

	Entrevues individuelles (n = 3)	Groupes de discussion (n = 3, 1 par site)
Site d'appartenance	1 par site	n = 3 du site Moncton n = 6 du site Saguenay n = 4 du site Sherbrooke
Rôle	Acteurs-clés du développement initial de la RS à la FMSS	n = 1 personne doyenne, n = 8 personnes administratives ou coordonnatrices des activités pédagogiques n = 2 personnes responsables de la vie étudiante n = 2 personnes représentantes du corps professoral
Genre	n = 3 hommes	n = 8 femmes et n = 5 hommes

N/A : non applicable

Les impressions globales étaient favorables et la discussion a mené à des modifications du rapport. Les acteurs-clés des

trois sites étaient en accord avec le contenu documenté. Certaines personnes ont exprimé une appréciation de cette perspective globale et historique en mentionnant qu'elles avaient appris des choses. Des précisions supplémentaires ont été apportées notamment en lien avec les formations populaires présentes dans un des sites de formation et les contingents particuliers à l'admission. Certaines personnes souhaitaient, entre autres, faire ressortir davantage que l'existence et l'évolution de leur site de formation était une preuve majeure de leur responsabilité sociale (voir la dossier supplémentaire pour plus de détails).

Le résultat final est un portrait sous forme de rapport incluant une ligne de temps qui décrit comment la FMSS et le programme de doctorat en médecine ont identifié des actions nécessaires afin de répondre aux besoins de santé des populations et communautés desservies par les trois sites de formation (conceptualisation), ont mis en œuvre des actions pertinentes pour répondre à ces besoins (production) et ont vérifié que ces actions « ont produit le plus grand impact possible sur la santé des personnes » (utilisabilité) (voir extrait de la ligne du temps en figure 3).



Figure 3. Extrait de la ligne du temps pour la période 2011-2015

Couleur bleue : actions en lien avec la conceptualisation

Couleur jaune : actions en lien avec la production

Couleur verte : actions en lien avec l'utilisabilité

Le portrait final met en relief des lacunes identifiées dans chacun des trois domaines.

Au niveau de la conceptualisation, il existe peu de références aux actions ciblant l'identification des besoins prioritaires de santé d'une population donnée et l'engagement dans la gestion sanitaire d'un territoire et d'une population donnée. Les forums citoyens ont partiellement satisfait ce besoin, car, au moment d'une première itération, les échanges demeuraient à un niveau très stratégique. Ce défi pourrait être davantage relevé lors des futures itérations (prévues en 2024-2025).

Pour le domaine de la production, nous gagnerions à être plus précis quant aux actions prises pour faciliter

l'orientation vers des emplois liés aux problèmes de santé prioritaires. L'importance de l'évaluation des compétences en RS des personnes apprenantes ressort aussi comme un aspect à explorer selon les groupes de discussion. Concernant la question d'utilisabilité, il est possible de constater que la FMSS a encore des actions à déployer avec toutes les parties prenantes du pentagone de RS tel que défini par l'OMS^a pour une meilleure gestion du système de santé. De plus, lors de notre analyse, nous avons constaté qu'il manquait un plan concerté pour prendre en compte les déterminants sociaux de la santé. Toujours en lien avec le domaine de l'utilisabilité, des actions concertées en lien avec l'étude des impacts sont nécessaires pour bien compléter la boucle d'actions porteuses en RS. Il faudra aussi prendre en compte les actions mises en place à la FMSS pour mieux répondre aux besoins de main-d'œuvre d'autres professionnelles et professionnels de la santé.

Discussion

Cette étude qualitative nous a permis d'analyser des documents officiels et d'en dégager une compréhension plus approfondie de l'évolution de la RS laquelle a été bonifiée par la participation de plusieurs acteurs clés. De fait, plusieurs auteurs nous rappellent qu'une meilleure compréhension de la dimension responsabilité sociale d'une faculté est nécessaire pour lui permettre d'atteindre sa mission.^{15,25-28} Avec les informations colligées sous forme de rapport, la Faculté sera davantage outillée pour déterminer les prochaines actions pour répondre aux défis en lien avec sa RS.

Défis et pistes de solution

À la suite de cette étude, nous soulignons quatre défis majeurs et proposons des pistes de solution pour y répondre, car ces défis pourraient être présents dans d'autres facultés de médecine et des sciences de la santé et nos propositions pour y remédier, utiles pour orienter leurs actions futures.

Un premier défi est de mobiliser les parties prenantes autour d'une compréhension commune de la RS et d'assurer la continuité de la vision au fil des plans stratégiques et des comités de direction. Ce défi peut être relevé par plusieurs actions. D'abord, la création d'un bureau facultaire de RS comme l'ont fait plusieurs autres facultés de médecine. Deuxièmement une extension de l'analyse aux autres programmes de formation en sciences de la santé d'une faculté pourrait enrichir les constats ou

^a <https://rifress.org/ressources/pentagone-partenariat-responsabilite-sociale/>

identifier d'autres pistes d'actions et défis qui pourraient favoriser ou freiner l'impact de la culture facultaire de RS.

Un deuxième défi est lié au fait que les étapes de conception, production et utilisabilité sont de niveau institutionnel alors que plusieurs actions en lien avec la RS se déroulent au niveau de la formation ou du terrain (par exemple au sein des stages communautaires ou bien dans chaque site de formation avec les partenaires locaux). Il est donc important de prendre en considération et de relier la responsabilité sociale d'une faculté à celle des personnes dans l'exercice de leur profession de la santé.^{7,25,29} Au niveau institutionnel, les processus d'agrément mobilisent les facultés vers des actions en RS.^{6,21} Des guides existent pour aider les facultés de médecine à surmonter les obstacles et progresser dans leur responsabilité sociale.³⁰⁻

³² Il existe des modèles tels que DISCuSS pour l'intégration de modules de formation pour mieux préparer les personnes étudiantes à répondre aux besoins des populations desservies.¹⁹ Parallèlement, des données probantes nous aident à reconnaître les approches liées à la RS dans la formation médicale.¹² Cette étude qualitative menée auprès de personnes étudiantes, membres du corps professoral, personnes au sein de l'administration du programme et personnes issues de la communauté fait ressortir l'importance de la collaboration avec les organisations communautaires dans le parcours transformateur des personnes étudiantes. Enfin, Andermann *et coll.* proposent un cadre pour soutenir la personne professionnelle de santé pour poser des actions positives sur les déterminants de la santé.³³ Il faut mettre en lien tous ces modèles et cadres pour atteindre une cohésion à partir de l'institution jusqu'à l'acteur dans le réseau de santé. Des nouveaux modèles sont proposés pour faciliter cette interconnexion.³⁴

Un troisième défi auquel font face l'ensemble des partenaires du pentagone de la RS est la connaissance précise des besoins des populations et communautés desservies avec toute la diversité qui s'y retrouve. Des pistes d'actions au niveau d'une faculté incluent des forums citoyens³⁵ et l'inclusion de personnes représentantes issues des populations desservies dans des comités stratégiques et dans les programmes de formation. Le choix des mesures d'impact dans un système aussi complexe que la santé est un défi intimement lié. Idéalement le choix des mesures d'impact se fait aussi avec les partenaires du pentagone de la RS pour refléter les attentes sociétales.

Le suivi des objectifs à l'aide d'un tableau de bord permet une transition vers une posture anticipatoire^{8,27} et est identifié comme un facteur de succès.³⁶ Aussi, le choix des mesures d'impact se base préférentiellement sur des actions qui ont un impact démontré et qui rejoignent l'ensemble des programmes d'une faculté. Une recension des écrits a fait ressortir quelques actions qui semblent garantes d'un impact, notamment l'admission de personnes issues des populations et communautés desservies et la présence d'expériences pédagogiques positives au sein des populations et communautés desservies.³⁷ Finalement, le processus d'auto-évaluation¹⁶⁻¹⁷ est un moyen de maintenir un engagement des acteurs dans la réflexion et l'action, et de soutenir la progression de la faculté dans l'échelle d'action sociale. Suite à cette étude, nous avons retenu l'outil ISAT qui a été utilisé par plusieurs institutions incluant la nôtre pour établir une feuille de route vers la RS.³⁸⁻⁴⁰

Forces de l'étude

Le cadre conceptuel que nous avons choisi est utilisé pour illustrer « *la manière dont les principes de responsabilité sociale peuvent être traduits en repères significatifs explorant les engagements de l'école de médecine dans le triple continuum de l'identification des besoins de santé des personnes* ». ²¹ Le modèle CPU fait partie des premiers modèles d'autoévaluation de la responsabilité sociale en santé qui a été développé, utilisé et publié.¹⁻² Il se démarque par sa concision et est bien adapté à l'analyse documentaire de planifications stratégiques. Il existe d'autres approches intéressantes pouvant répondre à ce même objectif par exemple CIPP, CARE. Collaborative E2). Le modèle CIPP (Context, Input, Process and Product a été développé par Stufflebeam pour identifier des besoins complexes en RS met se prêtait moins à une analyse de plans stratégiques.¹⁸

L'Université de Saskatchewan a développé le modèle CARE (Clinical activity, Advocacy, Research and Education and training) pour l'aider à répertorier les actions en lien avec sa vision de RS et faciliter le changement de culture.¹⁰ Le Collaborative E2 publié par Kirby *et coll.* a été développé pour faciliter l'évaluation pragmatique et rehausser la collaboration en matière de RS.¹⁷ Dans le cadre de notre étude, nous avons trouvé que le modèle CPU répondait davantage à notre besoin d'analyse de processus au niveau institutionnel.

Limitations

Le recours à une méthodologie séquentielle (analyse de contenu et entrevues individuelles et de groupe) augmente la richesse du portrait, sans pour autant le rendre exhaustif, puisqu'il repose sur l'analyse de contenu de sept documents officiels de la FMSS parmi ceux qui ont été cartographiés. Cette cartographie n'inclut pas les documents en lien avec la recherche. Cet article témoigne d'une démarche réalisée seulement au sein d'un programme, soit celui du doctorat en médecine. Bien que le cadre conceptuel ait été développé pour la médecine, l'analyse gagnerait à être élargie aux autres programmes de santé qui explorent aussi les éléments de leur RS par exemple, en soins infirmiers.⁴¹ Aussi, bien que l'étude soit limitée à l'expérience d'une faculté, la démarche et les constats qui émergent de notre milieu pourraient bénéficier aux autres facultés qui partagent soit les attentes en matière de RS de l'Association des facultés de médecine du Canada, soit la vision de responsabilité sociale émise par l'OMS.

Conclusions

Cette étude qualitative interprétative a permis à notre faculté de documenter l'évolution de sa responsabilité sociale au fil de 5 périodes depuis l'année de la création du premier campus délocalisé du programme de doctorat en médecine. La documentation des processus et des actions liés à la responsabilité sociale a agi comme un catalyseur important pour démontrer et maintenir son engagement envers sa mission sociale. Notre étude souligne comment le fait d'avoir une vision historique de la RS peut soutenir le développement d'une compréhension commune, mobiliser les acteurs et identifier les prochaines actions institutionnelles. Le défi actuel de la FMSS et de son programme de doctorat en médecine est de compléter son autoévaluation et d'identifier ses indicateurs et nouvelles orientations plus près des communautés et des populations. Effectivement, cela prend un certain courage institutionnel pour adapter les actions et les comportements en réponse à ces besoins,⁴² mais c'est vraisemblablement la meilleure façon pour rencontrer les défis émergents.⁴³ D'autres études seront nécessaires pour mieux documenter les impacts des différentes actions de RS sur les besoins prioritaires de santé pour compléter la boucle de rétroaction.

Notre étude démontre aussi le temps nécessaire pour progresser de la conceptualisation à la mesure d'impacts. De fait, bien qu'il soit facile de nommer des valeurs et d'émettre des souhaits en matière d'engagement (repères

significatifs de type conceptualisation), il faut surtout activement aligner les processus et les actions pour répondre aux besoins des populations et communautés desservies (production) et ensuite être prévoyant pour mesurer les impacts sur la santé de ces personnes malgré la complexité de ce type d'analyse (utilisabilité). Heureusement, il existe aussi plusieurs organisations qui accompagnent les facultés de médecine et des sciences de la santé dans l'accomplissement de leur mission de responsabilité sociale dont l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC), le Network Towards Unity for Health (TUFH) et le Réseau international francophone pour la responsabilité sociale en santé (Rifress).

Conflits d'intérêts : Notification de conflit d'intérêt : Aucun conflit d'intérêt à déclarer

Financement : Cette étude a été financée par le Fonds de développement pédagogique de la Société des médecins de l'Université de Sherbrooke.

Contribution des auteurs : Les auteurs ont donné leur accord pour la version soumise, sont imputables de son contenu ce qui satisfait les critères du *International Committee of Medical Journal Editors*.

Références

1. Boelen C, Heck JE, Organization WH. Defining and measuring the social accountability of medical schools. World Health Organization; (No. WHO/HRH/95.7. Unpublished)1995.
2. Boelen C, Heck JE, Organization WH. Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine. Organisation mondiale de la Santé; (No. WHO/HRH/95.7) 2000.
3. Cappon P, McMurty R, Parboosingh J, Cruess R, Cruess S, Hawkins D. Social accountability: a vision for Canadian medical schools. Imputabilité sociale, une vision pour les facultés de médecine du Canada. Ott Ont Health Can. 2001.
4. Blouin D, Moineau G. Accréditation des programmes d'éducation médicale canadiens. *Pédagogie Médicale*. 2015;16(4):261-264. <https://doi.org/10.1051/pmed/2016021>
5. Roberts I. L'avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC): -Une vision collective pour les études. 2010.
6. Moineau G. Responsabilité sociale des facultés de médecine et accréditation. *Pédagogie Médicale*. 2015;16(3):183-188. <https://doi.org/10.1051/pmed/2016005>
7. Boelen C. Medical education reform: the need for global action. *Acad Med*. 1992;67(11):745-749. <https://doi.org/10.1097/00001888-199211000-00007>
8. Boelen C. Coordinating medical education and health care systems: the power of the social accountability approach. *Med Educ*. 2018;52(1):96-102. <https://doi.org/10.1111/medu.13394>
9. Strasser R. Delivering on social accountability: Canada's Northern Ontario School of Medicine. *Asia-Pac Sch*. 2016;1(1):3-8. <https://doi.org/10.29060/TAPS.2016-1-1/OA1014>
10. Meili R, Ganem-Cuenca A, Leung JW, Zaleschuk D. The CARE model of social accountability: promoting cultural change. *Acad Med*. 2011;86(9):1114-9. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318226adf6>
11. Hennen B. Demonstrating social accountability in medical education. *CMAJ*. 1997;156(3):365-367.

12. Dubé T, Cumyn A, Fourati M, Chamberland M, Hatcher S, Landry M. Pathways, journeys and experiences: integrating curricular activities related to social accountability within an undergraduate medical curriculum. *Med Educ*. 2024; vol. 58, no 5, p. 556-565. <https://doi.org/10.1111/medu.15260>
13. Ellaway R, Bates J. Distributed medical education in Canada. *Can Med Educ J*. 2018; 9(1), e1-e5. <https://doi.org/10.36834/cmej.43348>
14. Kamien M, Boelen C, Heck JE. Measuring the social responsiveness of medical schools and health professional institutions. Proceedings of the 8th Annual Teaching Learning Forum Educ Health. 1999; p184-192.
15. Klohn AM, Chastonay P. La responsabilité sociale des facultés de médecine, notion émergente: quelles implications pratiques? *Bull Med Suisse*. 2010;91:235-238. <https://doi.org/10.4414/bms.2010.14965>
16. Utomo PS, Govender K, De Kempeneer A, Torres N. The Institutional Self-Assessment Social Accountability Tool (ISAT): nurturing social accountability progress in medical and health professions education. *Soc Innov J*. 2022;14 p1-6.
17. Kirby J, O'Hearn S, Latham L, Harris B, Davis-Murdoch S, Paul K. Introducing a Collaborative E2 (Evaluation & Enhancement) social accountability framework for medical schools. *Int J High Educ*. 2016;5(4):216-221. <https://doi.org/10.5430/ijhe.v5n4p216>
18. Stufflebeam DL. The CIPP model for evaluation. *Eval Models Viewp Educ Hum Serv Eval*. 2000; 279-317. https://doi.org/10.1007/0-306-47559-6_16
19. Goetz H, Lai H, Rodger J, Brett-MacLean P, Hillier T. The DISCuSS model: creating connections between community and curriculum-A new lens for curricular development in support of social accountability. *Med Teach*. 2020;42(9):1058-1064. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1779919>
20. Rourke J. Social accountability: a framework for medical schools to improve the health of the populations they serve. *Acad Med*. 2018;93(8):1120-1124. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002239>
21. Boelen C, Dharamsi S, Gibbs T. The social accountability of medical schools and its indicators. *Educ Health*. 2012;25(3):180-194. <https://doi.org/10.4103/1357-6283.109785>
22. Boelen C, Woollard B. Social accountability and accreditation: a new frontier for educational institutions. *Med Educ*. 2009;43(9):887-894. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03413.x>
23. Cleland J, MacLeod A, Ellaway RH. CARDA: guiding document analyses in health professions education research. *Med Educ* 2023; 57(5):406-417. <https://doi.org/10.1111/medu.14964>
24. Bardin L. L'analyse de contenu. Presses universitaires de France. Paris, France; Cairn. info. <https://doi.org/10.3917/puf.bard.2013.01>
25. Woollard B, Boelen C. Seeking impact of medical schools on health: meeting the challenges of social accountability. *Med Educ*. 2012;46(1):21-27. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04081.x>
26. Utzschneider A, Landry M. Impacts of studying in a regional medical campus on practice location. *Can Med Educ J*. 2018;9(1):e44-e50. <https://doi.org/10.36834/cmej.42015>
27. Boelen C. Why should social accountability be a benchmark for excellence in medical education? *Educ Médica*. 2016;17(3):101-105. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2016.06.004>
28. Rimal J. Social accountability: from hospital to society. *J BP Koirala Inst Health Sci*. 2022;5(1):1-3. <https://doi.org/10.3126/jbpkihs.v5i1.48421>
29. Woollard RF. Caring for a common future: medical schools' social accountability. *Med Educ*. 2006;40(4):301-313. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02416.x>
30. Boelen C, Pearson D, Kaufman A, et al. Producing a socially accountable medical school: AMEE Guide No. 109. *Med Teach*. 2016;38(11):1078-1091. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2016.1219029>
31. Fung OW, Ying Y. Twelve tips to center social accountability in undergraduate medical education. *Med Teach*. 2022;44(11):1214-1220. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2021.1948983>
32. Walling E, Lachance E, Yeo L, Koepke K, Wasik A, Woollard R. Key drivers of social accountability in nine Canadian medical schools. *Med Teach*. 2021, vol. 43, no 2, p. 182-188. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1832205>
33. Andermann A. Taking action on the social determinants of health in clinical practice: a framework for health professionals. *CMAJ* 2016;188(17-18): e474-e483. <https://doi.org/10.1503/cmaj.160177>
34. Aiyer H, Walling E, Yeo L, Woollard, R. Proposing the Community Triad Model to action social accountability in medical schools. *Med Teach*. 2024 1-7. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2024.2351585>
35. Butler N, Johnson G, Chiweza A, et al. A strategic approach to social accountability: Bwalo forums within the reproductive maternal and child health accountability ecosystem in Malawi. *BMC Health Serv Res* 2020(20) : 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05394-0>
36. Ventres W, Boelen C, Haq C. Time for action: key considerations for implementing social accountability in the education of health professionals. *Adv Health Sci Educ*. 2018;23:853-862. <https://doi.org/10.1007/s10459-017-9792-z>
37. Reeve C, Woolley T, Ross SJ, et al. The impact of socially-accountable health professional education: a systematic review of the literature. *Med Teach*. 2017;39(1):67-73. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2016.1231914>
38. Woollard R, Utomo PS, Pálsdóttir B, Neusy AJ, Gutiérrez JFG. Engaging stakeholders for institutional self-reflection to advance health equity. *Soc Innov J*. 2023 (21) : 1-6.
39. Carrera L, Toretta A, Carrera L, Levental V, Blessio H, Reus V, Biancucci GF. Measuring social accountability through ISAT: a qualitative study of the implementation process at the Faculty of Medical Sciences of Universidad Nacional del Litoral, Argentina. *Soc Innov J*. 2023 (21): 1-7.
40. Hatcher S, Cyr J, Girard J. The ISAT self-assessment tool for social accountability of faculties of medicine: from theory to practice. *Soc Innov J*. 2023 (21): 1-6.
41. Ezzati E, Molavynejad S, Jalali A, Cheraghi MA, Jahani S, Rokhafroz D. Exploring the social accountability challenges of nursing education system in Iran. *BMC Nurs* 2023;22(1): 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01157-w>
42. Ladner J, Boelen C, Maherzi A, Adnoui M, Dumas JL. La responsabilité sociale en santé : une perspective prometteuse. Le cas des facultés de médecine. *Rev Médecine Interne* 2022 43(10):577-580. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2022.09.002>
43. Dubé T, Sebbani M, Maele LV, Beaulieu MD. COVID-19 pandemic: new avenues for social accountability in health research. *Can Fam Physician*. 2021 67(12):886-868. <https://doi.org/10.46747/cfp.6712886>

Annexe A. Tableau supplémentaire: synthèse des analyses qualitatives

Thèmes	Sous-thèmes	Citations exemplaires
Révision du portrait	Impressions globales du portrait	<p>« Je suis en accord avec ce qui est documenté là » (SF-2)</p> <p>« Je suis d'accord avec ce qui vient d'être dit, moi j'ai peut-être pas le recul que mes collègues ont, j'ai joint l'équipe seulement en 20XX. Alors, il y a des choses que vous m'avez apprises d'une certaine façon cet après-midi ou que le document m'avait appris » (SF-2)</p> <p>« Moi, dans mon œil à moi, c'est quand même assez exact » (SF-3)</p> <p>« Fait que ça, c'est des éléments comme à première vue, quand je vois la ligne de temps, je vois que c'est comme, c'est pas que c'est mauvais ou bon, mais c'est qu'il y a beaucoup d'éléments comme ça qui ne se retrouvent pas là, puis qui, ça été une évolution graduelle pour la faculté, mais c'est sûr et certain que la composante [de notre site de formation 1], on a guidé beaucoup de ces choses-là parce que c'était, nous autres on démontrait, on est un élément de responsabilité sociale de la faculté, mais surtout nous autres, on est là en termes de responsabilité sociale auprès de nos communautés » (SF-1)</p>
	Ajouts	<p>« mais juste vous assurer que ce qu'on a fait aussi, au niveau de la formation populaire a été mentionné parce que, c'est presque 10 ans que le programme a supporté, piloté à bout de bras, c'est presque une vingtaine de séances, 2 fois par année, de formation populaire en santé, qui était dans le fond données entre autres par beaucoup de professeurs et médecins qui œuvrent ici dans la région. Je ne sais pas si on vous l'a déjà mentionné celle-là? » (SF-3)</p> <p>« Je me demande, tout le programme de patients partenaires, je pense que la responsabilité sociale c'est aussi faire des liens entre la faculté et la population générale. [...] Fait qu'il y a des gens de la communauté qui se sont impliqués pour aider à former nos docteurs. J'aimais ce, je pense qu'il faut que ce soit dans les deux sens, mais c'est une interprétation personnelle de la responsabilité sociale » (SF-3)</p> <p>« J'essayais de voir les exemples, une chose qui me venait c'était, on a toujours, depuis très longtemps en tout cas, favorisé le recrutement d'étudiants qui venaient des régions, entre autres avec une bonification de la cote, est-ce que ça, ça rentrerait là-dedans? Mais c'est pas nommé clairement nulle part comme étant de la responsabilité sociale. » (SF-2)</p> <p>« Le contingent voie médecine, qui réserve des places pour les étudiants issus de milieux socio-économiques répondant à certains critères, en fonction du faible revenu familial. Je pense que ce serait intéressant de le nommer clairement, parce que c'est une orientation qu'on a choisie et qui est directement connectée sur la responsabilité sociale. » (SF-2)</p> <p>« Toutes nos études qu'on faisait depuis 2006-2007 d'évaluation, c'était vraiment important parce que fallait s'assurer, dès notre ouverture, on avait fait un forum communautaire qu'on avait appelé: "À l'écoute de nos communautés." Puis c'était en 2007 (...), si je me trompe pas, on venait juste d'ouvrir. On a fait un gros forum, on a ouvert ça à toutes nos communautés francophones, puis c'était vraiment, on leur a présenté qui on était, qu'est-ce qu'on faisait puis on leur a demandé – Comment voulez-vous qu'on adresse vos besoins? » (SF-1)</p>
	Modifications ou précisions	<p>« Juste un petit détail mais toujours dans le plan stratégique 2011-2015, où on marque – Les stages d'été à l'international, en communauté, en milieu autochtone, un peu comme si c'était nouveau. C'est juste qu'on a officialisé une structure pour encadrer ces stages-là à cette période-là mais ça se faisait déjà avant, mais c'était pas officiel [...]. Donc ça fait partie des affaires justement qui existaient mais qui sont pas documentées auparavant, puis que là, ça apparaît parce qu'on a officialisé, maintenant, il va y avoir des crédits pour ça. » (SF-2)</p> <p>Vois-tu en bleu dans le bas, t'as signature de l'entente bipartite entre l'UdeS et [l'Université de notre site de formation], en novembre 2012, ces ententes-là, comme il y avait des ententes avant 2006, en 2005-2006, il y a plusieurs de ces ententes-là qui avaient été signées aussi, ça c'est pas comme une première entente, c'était comme le renouvellement de l'entente a été renouvelé par après, avez-vous ces infos-là vous autres? C'est tu juste qu'ils se retrouvent pas dans ton fichier? (SF-1)</p>