



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2021

Thèse N° 041

La Responsabilité Sociale de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech: Point de vue des étudiants en médecine

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23/03/2021

PAR

Mlle. **Sara EDDIBI**

Née Le 02 Février 1994 à Ouarzazate

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Responsabilité sociale – Faculté de Médecine et de Pharmacie –
Étudiants en médecine – Recherche

JURY

M.	M. AMINE Professeur en Epidémiologie Clinique	PRESIDENT
Mme.	M. SEBBANI Professeur de Médecine Communautaire	RAPPORTEUR
Mme.	N. EL ANSARI Professeur en Endocrinologie et Maladies Métaboliques	} JUGES
Mme.	L. ADARMOUCH Professeur de Médecine Communautaire	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قَالُوا سُبْحَنَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ

الْحَكِيمُ ﴿٣٢﴾

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ

(سورة البقرة)



Serment d'hippocrate

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale,
Je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.
Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.
Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera
mon premier but.*

*Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.
Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles
traditions de la profession médicale.*

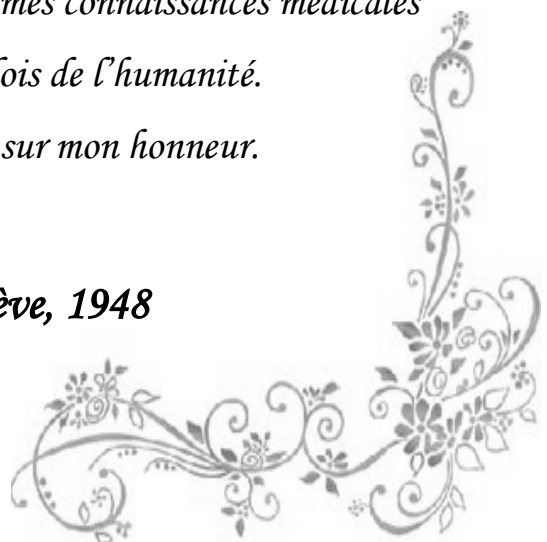
*Les médecins seront mes frères.
Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération
politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

*Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales
d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948



*LISTE DES
PROFESSEURS*

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADMOU Brahim	Immunologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	JALAL Hicham	Radiologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AMAL Said	Dermatologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KISSANI Najib	Neurologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino- laryngologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie - Virologie	LAKMICHI Mohamed Amine	Urologie

ASMOUKI Hamid	Gynécologie– obstétrique	LAOUAD Inass	Néphrologie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato– orthopédie
BASSIR Ahlam	Gynécologie– obstétrique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BELKHOUE Ahlam	Rhumatologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Néonatalogie)
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENELKHAIA BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie – réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie – orthopédie	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUFID Kamal	Urologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo– phtisiologie	MOUTAOUKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie– obstétrique	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie – chimie	NAJEB Youssef	Traumato– orthopédie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio– vasculaire	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie	NEJMI Hicham	Anesthésie– réanimation
BOURROUS Monir	Pédiatrie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
CHAFIK Rachid	Traumato– orthopédie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QACIF Hassan	Médecine interne
CHELLAK Saliha	Biochimie– chimie	QAMOUISS Youssef	Anesthésie– réanimation
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RADA Noureddine	Pédiatrie
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique

DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie-réanimation	ROCHDI Youssef	Oto-rhino laryngologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie-réanimation
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SARF Ismail	Urologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SORAA Nabila	Microbiologie - Virologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie-obstétrique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	YOUNOUS Said	Anesthésie-réanimation
EL IDRISSI SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZYANI Mohammed	Médecine interne

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique
ALJ Soumaya	Radiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	KADDOURI Said	Médecine interne
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale

BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MARGAD Omar	Traumatologie – orthopédie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie – Réanimation	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto–rhino–laryngologie
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo– phtisiologie	NADER Youssef	Traumatologie – orthopédie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	SAJIAI Hafsa	Pneumo– phtisiologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
DAROUASSI Youssef	Oto–rhino – Laryngologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie – Réanimation
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio– vasculaire	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio–vasculaire	EL–QADIRY Rabi	Pédiatrie
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio– organique
AIT ERRAMI Adil	Gastro–entérologie	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
AKKA Rachid	Gastro – entérologie	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	HAJJI Fouad	Urologie
AMINE Abdellah	Cardiologie	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	Hammoune Nabil	Radiologie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JALLAL Hamid	Cardiologie

BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	LAHMINI Widad	Pédiatrie
BELGHMAIDI Sarah	Ophtalmologie	LALYA Issam	Radiothérapie
BELLASRI Salah	Radiologie	LAMRANI HANCH Asmae	Microbiologie-virologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	MAOUJOURD Omar	Néphrologie
BENZALIM Meriam	Radiologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie – Virologie
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	NASSIH Houda	Pédiatrie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
CHETTATI Mariam	Néphrologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
DAMI Abdallah	Médecine Légale	RAGGABI Amine	Neurologie
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
DOUIREK Fouzia	Anesthésie- réanimation	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
EL- AKHIRI Mohammed	Oto-rhino-laryngologie	RHARRASSI Isam	Anatomie-pathologique
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-organique	ROUKHSI Redouane	Radiologie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SALLAHI Hicham	Traumatologie-orthopédie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL HAMZAOUI Hamza	Anesthésie réanimation	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de Catastrophe
EL KHAASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	WARDA Karima	Microbiologie
ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio-vasculaire
ELJAMILI Mohammed	Cardiologie		

LISTE ARRETEE LE 01/02/2021



DÉDICACES



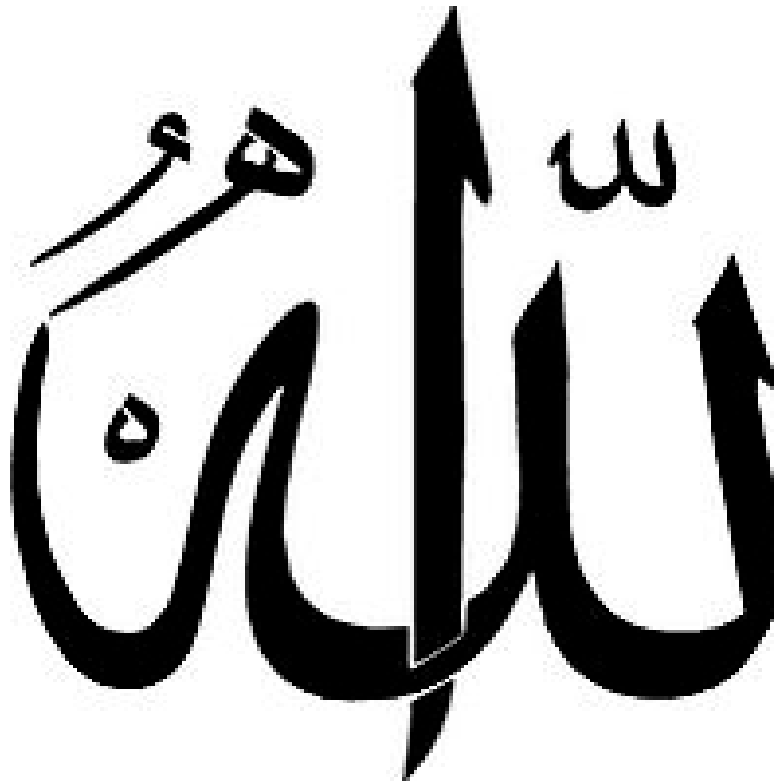
Tous les mots ne sauraient exprimer ma gratitude, mon amour, mon respect, et ma reconnaissance envers les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, et qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif.



Je dédie cette thèse à...



Louange à Dieu tout puissant, qui m'a inspiré, qui m'a guidé dans le bon chemin et qui m'a permis de voir ce jour tant attendu.



A ma très chère et douce mère,

Madame ERREBOUHI SAIDA

*Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour, l'estime, le dévouement et
le respect que j'ai pour toi MAMAN,*

*Tu m'as toujours soutenue, réconforter. Tu m'as tout donné sans compter,
Tu as toujours été là pour moi. Tes prières ont été pour moi un grand
soutien au cours de ce long parcours. Tu es pour moi le symbole de la
bonté, ma confidente, ma source de bonheur et de tendresse. Ce modeste
travail qui est avant tout le tien, n'est que la concrétisation de tes grands
efforts et tes immenses sacrifices.*

*Ce que je suis devenue aujourd'hui , c'est grâce à toi et tes
encouragements.*

Je te dois toute mon existence MAMAN

*Puisse Dieu très haut, t'accorder, santé, bonheur et longue vie, et faire en
sorte que jamais je ne te déçoive.*



A mon très cher père,

Monsieur ELKORCHI EDDIBI

*Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je te
porte PAPA,*

Sans Toi, rien n'aura été possible,

*Je te dois ce travail qui est bien le fruit de tes sacrifices, et de privations
toutes ces longues années pour m'aider à avancer et à devenir ce que je
suis aujourd'hui.*

*Tu m'as encouragé à choisir la Médecine, tu as toujours cru en moi,
j'espère rester ta fierté.*

*Je te remercie pour tous tes efforts fournis jour et nuit pour mon
éducation et mon bien être, pour tout ce que tu as fait pour moi et tu fais
toujours...*

Puisse Dieu te garder pour nous, tu es notre vie PAPA.



A mes très chères sœurs : Amína, Soukaína, Loubna

*Je ne peux exprimer à travers ses lignes tous mes sentiments d'amour et
de tendresse envers vous.*

*Vous n'avez cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes les
années de mes études. J'ai la chance d'être entourée des meilleures
grandes sœurs qui puissent exister*

Merci pour votre précieuse aide à la réalisation de ce travail.

Que dieu nous unisse à jamais mes sœurs chéries.

*Je vous souhaite la réussite dans votre vie, avec tout le bonheur du monde
qu'il faut pour vous combler.*

Que notre amour fraternel dure à l'éternité.

*Je vous dédie ce travail en témoignage de l'amour et des liens de sang qui
nous unissent, et j'espère avoir été un bon exemple pour vous.*

A la mémoire de mes grands parents

*Je ne vous ai malheureusement pas connue, le destin en a décidé ainsi,
pourtant je vous connais à travers les yeux de mes parents, et je vous
voue un immense amour et un grand respect*

Que Dieu, le miséricordieux, vous accueille dans son éternel paradis.

A la mémoire de mon beau frère Omar

*Cela fait un an que tu es parti comme si c'était hier, tu as été toujours
dans mon esprit et dans mon cœur, tu as laissé un grand vide dans notre
vie tous.*

*Je dirais plutôt un grand frère, qui était toujours là à m'encourager et à
m'écouter*

*et je sais que si tu étais parmi nous aujourd'hui, tu auras été heureux et
fière de moi comme toujours*

Que Dieu, le miséricordieux, t'accueille dans son éternel paradis.

*A mes très chères nièces et mon adorable petit neveu : Rayhanna, Malak,
Chada et Jad*

*Pour vous mes petits bouts de chou, qui occupent une place exceptionnelle
dans le cœur de Tati.*

*Je vous dédie ce travail pour vous exprimer tout l'amour que je porte
pour vous.*

*Je vous souhaite un avenir promettant, et une vie heureuse pleine de joie,
de bonheur et de succès.*

A mes chers beaux frères Khalil, Mounir et Achraf et leurs familles

Merci pour votre gentillesse et votre soutien,

*Je vous dédie ce travail en reconnaissance de votre grande hospitalité,
En espérant être à la hauteur de vos estimations. Veuillez trouver l'expression
de ma grande affection et mon profond attachement.*

Je vous souhaite une vie pleine de bonheur et succès.

A toute la famille EDDIBI et toute la famille ERREBOUHI

*Je vous dédie ce travail en guise de mon grand respect pour vous, avec
tous mes souhaits de bonheur et de santé,
En espérant être à la hauteur de vos estimations. Veuillez trouver l'expression
de ma grande affection et mon profond attachement.*

*Un grand merci au service d'épidémiologie de la faculté de médecine et
de pharmacie de Marrakech*

A Dr Adil El Mansouri

*Merci d'avoir participé à l'élaboration de ce travail que je vous dédie en
reconnaissance de votre aide.*

*Un grand merci à Mr Karim Ouahbi Ingénieur informaticien de la
FMPM*

*Je vous remercie incontestablement pour votre soutien et votre effort
dans la diffusion et la relance de l'enquête.*

*A mes sœurs et chères amies de la faculté de médecine et de pharmacie de
Marrakech : Dr.Rania Dassoufi, Dr.Aabir Delmakí, Dr.Samira Essoli et
leurs familles*

Ma très chère amie Dr Rania Dassoufi

*Mon adorable astrologue, tu es pour moi plus qu'une amie, tu es une sœur
de cœur, et une confidente, je n'oublierai jamais que tu étais là quand
j'étais malade, et m'aider à me dépasser...*

*Durant ces 9 années ensemble, il y a eu : des larmes, des fous rires, et des
moments de pur bonheur.*

*En hommage à notre belle amitié et aux années à venir. Je te dédie par ce
travail toute mon affection et mon amour, et j'espère que notre amitié
restera intacte et durera pour toujours.*

*Spéciale pensée à ta famille que j'admire tant : Tes adorables parents,
Safaa, Ouafaa, Jalal, Souad, et tes petites nièces et tes petits neveux.*

Je te souhaite une vie pleine de joie, bonheur et santé.

Ma très chère amie Dr Aabir Delmakí, ses parents et son frère

*Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour t'exprimer mon
affection et mon grand amour, tu es une sœur sur qui je peux compter.
Je suis très honorée de t'avoir dans ma vie, Merci pour ton soutien et ton
amour*

*A toutes ces merveilleuses années passées ensemble, à la cuisine que nous
avons partagée toutes les deux,*

*Je te dédie ce travail en témoignage de tout mon amour et ma gratitude
Je prie Dieu pour qu'il te protège de tout malheur, et qu'il t'accorde tout
le bonheur que tu mérites.*

Ma très chère amie Samira Essouli

Tu es devenue l'une des personnes les plus importantes dans ma vie, et je ne peux imaginer ce qu'aurait été ce parcours sans toi, surement ça aurait été difficile.

Je remercie Dieu de t'avoir mis sur mon chemin durant ces longues années,

Tu es une sœur et je sais que je peux compter sur toi pour m'écouter pendant des heures

Tu étais la main qui m'aide à me relever quand j'étais triste ou quand je me bloque

Je serais toujours là pour toi ma Samira

Je dédie ce travail à toi et à toutes ta famille, tes parents, Amal, Soumya, Yassir, Sara, et Anass

Je te souhaite une vie pleine de joie, bonheur et santé.

A mes soeurs et très chères amies d'enfance de l'école Oum-Hani : Dr Kholoud Rharib, Dr Meryem Aouroud, Soumaya El Bount, Dr Fadoua Ouich, Dr Soukaina Elidrissi ...et leurs familles.

Qu'elles trouvent ici l'expression de mon attachement avec tous mes souhaits de bonheur et de santé.

Ma très chère amie Dr Kholoud Rharib

Merci pour les moments de joie, de folie et d'aventure passés ensemble. Merci pour tous les moments inoubliables que nous avons partagés depuis toutes petites et pour tout le bonheur que tu m'as procuré. Je dédie mon travail à toi et ton mari Dr Othmane Alaoui, ta petite sœur Aabir, tes parents et le futur Bébé

Je te souhaite une grossesse heureuse et épanouie et une vie pleine de santé, de bonheur et de succès.

Ma très chère amie Dr Meryem Aouroud

*Une amitié qui date de la crèche jusqu'aujourd'hui et qui durera bien
longtemps,*

Merci pour ton soutien, ton amour, et ta gratitude

*A tous les moments qu'on a passés ensemble, à tous nos souvenirs, à toutes
nos balades en voiture.*

*En hommage à notre belle amitié et aux années à venir et l'affection
que j'éprouve pour toi. Je dédie cette thèse à Toi, ta sœur Dr Hala
Aouroud, et tes parents. Et je te souhaite une vie pleine de bonheur, de
santé de prospérité.*

Ma chère ingénieur Soumaya Elbount

*Malgré la distance qui nous sépare, malgré qu'on se voit pas assez
souvent, notre amitié durera pour toujours.*

*En témoignage de l'amour que j'éprouve pour toi, je te dédie ce travail en
te souhaitant une vie pleine de bonheur et de joie.*

Sans oublier ton adorable famille, tes parents, Yassir, et Chaïmae.

Ma chère dentiste Dr Fadoua Ouich

*Je ne saurais trouver une expression témoignant de ma reconnaissance et
des sentiments d'amour que je te porte. Tu es une sœur pour moi. Je dédie
ce travail à toi et à toute ta famille.*

*Puisse dieu vous préserver et vous procurer tout le bonheur et la
prospérité.*

*A mes chères amies : Dr.Lamyaa Elabbady, Dr.Meryem Elazizi,
Dr.Houda Khaya, Dr.Chaimae Derrazi, Dr.Fatima ezzahra Eddehbi,
Dr.Mouna Zakí, Dr.Yossra El Hilali, Iness El belghiti, Dr.Imane Daha,
Dr.Khadíja El hail, Dr.Fatima zahra laparde, Dr Maryem Boussouab,
Dr Fadwa Chahboun,Dr Lamia El fehmi...*

*Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon
affection et mon grand amour*

*Merci d'avoir toutes été là durant ces années. Je suis très honorée de vous
avoir dans ma vie.*

*En témoignage de l'amitié qui nous unit et des souvenirs de tous ces
moments passés ensemble, je vous dédie ce travail et je vous souhaite une
vie pleine de santé et de bonheur. Que notre amitié reste éternelle.*

A Mon groupe d'externat

*Pour nos années d'études, pour nos premiers pas à l'hôpital, pour nos
premières gardes, pour tout un tas de souvenirs, pour tout ça et tout le
reste je vous remercie. Je vous dédie ce travail, en guise de témoignage de
tout mon amour et ma gratitude.*

A tous mes amis et collègues,

*Pour tous les moments passés ensemble et pour tous nos souvenirs, je vous
souhaite une longue vie pleine de bonheur et de prospérité. Que cette thèse
soit pour vous le témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus
affectueux.*

A tous les étudiants ayant participé à cette étude

*C'est grâce à vous que j'ai réussi à compléter ce travail. Vous méritez
d'être le centre de tout intérêt.*

Aux étudiants en médecine, passés et à venir,

*A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce
travail,*

A tous mes enseignants de maternelle, primaire, secondaire,

A tous mes professeurs de la faculté de médecine de Marrakech,

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai involontairement omis de citer...



REMERCIEMENTS



A notre maître et président du Jury

Professeur MOHAMED AMINE

*Vice Doyen à la recherche et la coopération de la Faculté de Médecine et
de Pharmacie de Marrakech*

*Professeur d'enseignement supérieur et Chef de service d'épidémiologie,
au service de recherche clinique CHU Mohamed VI Marrakech*

*Nous sommes très touchés par l'honneur que vous nous avez fait en
acceptant aimablement la présidence de notre jury de thèse. Homme de
grands valeurs, vous nous avez toujours marqué par vos qualités
professionnelles et humaines, ainsi que par votre grande bienveillance et
humilité.*

*L'envergure de vos connaissances, votre rigueur au travail sont pour
nous un modèle à suivre. Veuillez trouver ici, cher Maître, le témoignage
de notre haute considération et de notre profond respect.*

A notre maître et rapporteur de thèse

Professeur MAJDA SEBBANI

*Professeur agrégée en épidémiologie, au service de recherche clinique
CHU Mohamed VI Marrakech*

*Nous vous remercions sincèrement pour l'honneur que vous nous avez
fait en acceptant de diriger ce travail. Votre sens de l'honneur, votre
amour pour votre travail, votre dynamisme et votre bienveillance envers
vos étudiants font de vous une référence.*

*Je ne vous remercierai jamais assez pour la gentillesse et la sympathie
avec lesquelles vous m'avez toujours accueillie. Vous nous avez
accompagnées, lors de la réalisation de ce travail, avec grande rigueur
scientifique, disponibilité et patience malgré vos occupations et
responsabilités.*

*Veuillez trouver ici, chère maître, l'expression de notre haute
considération, de notre sincère reconnaissance et de nos respects les plus
distingués.*

A notre maître et juge de thèse

Professeur ADARMOUCH LATIFA

*Professeur agrégée en épidémiologie, au service de recherche clinique au
CHU Mohammed VI de Marrakech*

*C'est pour nous un très grand honneur que vous acceptiez de siéger parmi
notre honorable jury. Vous représentez pour nous l'exemple du professeur
aux grandes qualités humaines et professionnelles. Nous vous remercions
du vif intérêt que vous portez à cette thèse*

*Veillez trouver ici, chère maître, l'expression de notre profond respect et
reconnaissance.*

A notre maître et juge de thèse

Professeur NAWAL EL ANSARI

*Professeur de l'enseignement supérieur et chef de service d'endocrinologie
au CHU Arrazi Mohammed VI de Marrakech*

*Vous nous faites un grand honneur d'accepter avec une grande amabilité
de siéger parmi notre jury de thèse. Nous avons toujours admiré votre
ardeur dans le travail, votre compétence, votre droiture, ainsi que votre
gentillesse. Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à notre
travail.*

*Veillez trouver ici, chère Maître, l'expression de notre sincère respect et
notre plus grande estime.*



TABLEAUX & FIGURES



Liste des tableaux

Tableau I	: Grille des catégories des réponses (suite à une analyse textuelle du contenu thématique)
Tableau II	: Tableau récapitulatif des caractéristiques sociodémographiques des étudiants
Tableau III	: Tableau récapitulatif des différentes définitions de la responsabilité sociale selon les étudiants
Tableau IV	: Distribution des réponses des étudiants au questionnaire TOOLKIT
Tableau V	: Répartition des perceptions des étudiants sur leur rôle social
Tableau VI	: Les catégories des réponses à la question ouverte de la responsabilité sociale en tant qu'étudiant
Tableau VII	: Les catégories des réponses à la question ouverte de la responsabilité sociale en tant que médecin praticien
Tableau VIII	: Répartition des remarques et suggestions des étudiants en thématiques
Tableau IX	: Les facteurs déterminants de la responsabilité sociale de l'étudiant

Liste des figures

- Figure 1** : Rudolf Virchow (1821–1902), fondateur de la médecine sociale
- Figure 2** : Les quatre valeurs de la responsabilité sociale selon l'OMS
- Figure 3** : La grille d'évaluation de la responsabilité sociale selon l'OMS
- Figure 4** : Pentagone du partenariat de la responsabilité sociale en santé
- Figure 5** : Les grades de la responsabilité sociale
- Figure 6** : Répartition des étudiants en fonction du genre
- Figure 7** : Répartition des étudiants en fonction de l'âge
- Figure 8** : Répartition des étudiants selon leur année d'étude
- Figure 9** : Répartition des étudiants selon la pratique des activités para-universitaires
- Figure 10** : Répartition des étudiants selon l'activité associative
- Figure 11** : Répartition des étudiants selon la durée de l'activité associative
- Figure 12** : Répartition des étudiants selon les types d'activités associatives
- Figure 13** : Répartition des étudiants selon leur connaissance du concept de la responsabilité sociale
- Figure 14** : Les différentes définitions du concept de la responsabilité sociale selon les étudiants
- Figure 15** : Répartition des étudiants selon leur responsabilité sociale en tant qu'étudiant
- Figure 16** : Répartition des étudiants selon leur responsabilité sociale en tant que médecin praticien
- Figure 17** : Récapitulatif des facteurs déterminants la responsabilité sociale chez les étudiants



ABBREVIATIONS



Liste des abréviations

OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
RA-RS	: Recherche Action-Responsabilité Sociale
RIFRESS	: Réseau Internationale Francophone pour la Responsabilité Sociale en Santé
CIDMEF	: Conférence Internationale des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française
IFMSA	: Fédération Internationale des Associations des Etudiants en Médecine
FMPM	: Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency Fund
VUPS	: Vers l'Unité Pour Tous
CPU	: Conception-Production-Utilisabilité
SIFEM	: Société Internationale Francophone d'Education Médicale
THEnet	: Training for Health Equity Network
COFIL	: COmité de PILotage
N	: Nombre de répondants à la question
CHU Med VI	: Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI
TOOLKIT	: The development of the student's toolkit on Social Accountability of Medical Schools was a collaboration between the International Federation of Medical Student's Associations (IFMSA) and the Training for Health Equity Network (THEnet)
WFME	: The World Federation for Medical Education
LCME	: Liaison Committee on Medical Education
CACMS	: Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools
ASPIRE	: International Recognition of Excellence in Education
CARE	: Activité clinique, Plaidoyer, Recherche, Education
BDE	: Bureau Des Etudiants
AEMM	: Associations des Etudiants en Médecine de Marrakech
BAHJA	: Bonnes Actions Humanitaires pour un Joyeux Avenir



PLAN



INTRODUCTION	2
HISTORIQUE ET DÉFINITIONS DES CONCEPTS	6
I. Les données historiques	7
1. 1910 : Transformation de l'éducation médicale	7
2. 1978–1986 : Projet « La santé pour tous »	7
3. 1995 : Emergence du concept de la responsabilité sociale	8
4. 2001 : Projet Vers l'Unité Pour la Santé (VUPS)	10
5. 2010 : Consensus mondial de la responsabilité sociale des facultés de médecine	14
6. 2012–2014–2016 : Initiation du Projet francophone Recherche Action–Responsabilité sociale	15
7. 2017 : Réseau International Francophone pour la Responsabilité Sociale en Santé (RIFRESS)	18
8. 2019 : Premier congrès international du RIFRESS à Rabat, Maroc	19
9. 2020 : Deuxième congrès internationale du RIFRESS à Bruxelles	20
10. 2021 : Journées virtuelles du RIFRESS	20
II. De " Social Responsibility" à "Social Responsiveness" et "Social Accountability"	21
III. Les domaines d'action de la responsabilité sociale	22
1. Formation	22
2. Recherche	22
3. Services	23
IV. La responsabilité sociale et la médecine de famille	23
PARTICIPANTS ET METHODES	26
I. Type d'étude	27
II. Population cible	27
1. Critères d'inclusion	27
2. Critères d'exclusion	27
III. Date et Lieu de l'étude	27
IV. Méthode d'échantillonnage	28
V. Les variables étudiées	28
VI. Collecte des données	28
VII. Analyse statistique	30
VIII. Considérations éthiques	31
RESULTATS	32
I. Recueil des données	33
II. Résultats descriptifs	33
1. Caractéristiques sociodémographiques des étudiants	33
2. Le concept de la responsabilité sociale	38
3. La perception et l'évaluation des étudiants de la responsabilité sociale de la FMPM par le "TOOLKIT"	39
4. Les perceptions et attitudes des étudiants sur leur rôle social	40
5. Remarques et suggestions des étudiants	45

III. Résultats de l'analyse bi-variée des facteurs déterminants de la responsabilité sociale	46
DISCUSSION.....	50
I. Généralités	51
II. Résumé des résultats	52
III. Discussion des résultats	54
1. Activités para-universitaires et le travail associatif	54
2. Le concept de la responsabilité sociale	56
3. La perception et l'évaluation des étudiants de la responsabilité sociale de la FMPPM par le TOOLKIT :	57
4. Les perceptions et attitudes des étudiants sur leur rôle social	63
5. Les facteurs déterminants la responsabilité sociale de l'étudiant	78
IV. Forces et Limites de notre étude	80
1. Forces de l'étude	80
2. Limites de l'étude	80
SUGGESTIONS ET PERSPECTIVES.....	82
I. Les suggestions des étudiants	83
II. Les mesures déjà existantes	83
III. Les mesures qui peuvent être mises en place	84
1. Enseigner la responsabilité sociale	84
2. Définir les missions par rapport aux besoins de la population	85
3. Formation médicale continue	86
4. Médecine générale	86
5. Activités para-universitaires	87
6. Les citoyens	87
7. Evaluation de la faculté	87
8. Nouvelles formations	87
9. Partenariat	88
10. Poursuivre ce travail de thèse	88
CONCLUSION.....	89
ANNEXES	91
RÉSUMÉ	98
BIBLIOGRAPHIE.....	105

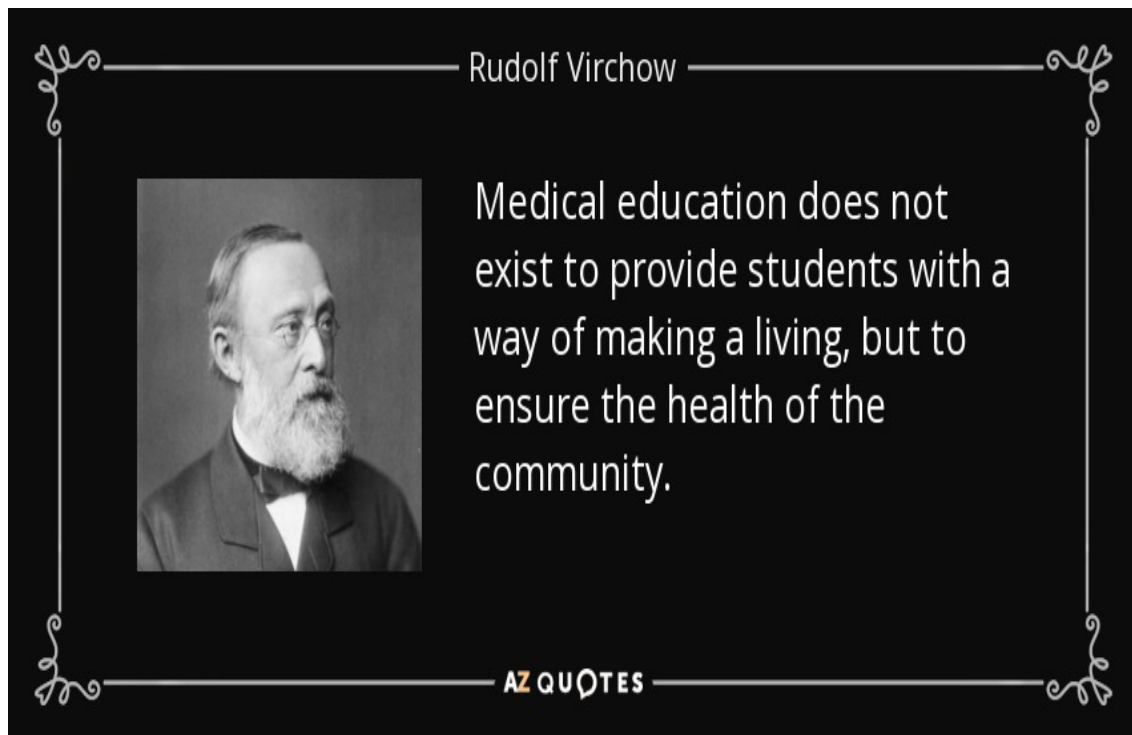


Figure 1 : Rudolf Virchow (1821–1902), fondateur de la médecine sociale



La responsabilité sociale des facultés de médecine est « l'obligation d'orienter la formation qu'elles donnent, les recherches qu'elles poursuivent et les services qu'elles dispensent, vers les principaux problèmes de santé de la communauté, région et ou nation qu'elles ont comme mandat de desservir », selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1995 (1).

Cette définition démontre que les facultés de médecine ne devraient pas seulement être impliquées dans l'amélioration du système de santé, mais qu'elles devraient également produire des diplômés qui ont été équipés par la formation, les compétences et les connaissances pour travailler dans leur communauté et avoir un impact positif sur l'état de santé de la population. Ce concept est désormais intégré dans la littérature en évolution et a été adopté par de nombreuses facultés et organisations à travers le monde (2).

En 2010, un consensus mondial pour la responsabilité sociale des facultés de médecine a été établi par un groupe d'expert et qui a décrit : "une faculté socialement responsable" comme étant celle qui répond aux besoins et aux défis de santé actuels et futurs de la société, réoriente ses priorités en matière d'éducation, de recherche et de services en conséquence, renforce sa gouvernance et ses partenariats avec d'autres parties prenantes, utilise l'évaluation et l'accréditation pour évaluer la performance et l'impact. Ainsi, il a défini 10 axes stratégiques à suivre pour qu'une faculté de médecine soit « socialement responsable » (3).

C'est dans ce contexte que naît le projet francophone Recherche Action–Responsabilité Sociale (RA–RS) dont le but est d'améliorer l'impact de la faculté de médecine sur la santé dans une démarche de responsabilité sociale. Ce projet est soutenu par 57 facultés francophones dans 18 pays (4).

Les facultés de médecine et de pharmacie du Maroc, font partie de ce projet, ainsi que membres du Réseau International Francophone pour la Responsabilité Sociale en Santé (RIFRESS) qui compte 60 facultés de médecine provenant de 23 pays francophones, ceci dit que nos facultés de médecine dont le rôle dans la formation des médecins est essentiel, ont donc été invitées à s'impliquer fortement dans cette démarche en faisant preuve de leur « responsabilité sociale », et ainsi s'ouvrir sur la société. Cette ouverture peut se faire à travers l'autonomie de l'université et l'indépendance d'esprit autorisant à prendre position et agir plus ouvertement en faveur des valeurs d'humanité et de justice sociale (5).

La Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech progresse dans ce processus alors que ses étudiants ne semblent pas en prendre suffisamment conscience malgré que toutes les principales actions de responsabilité sociale pour les facultés de médecine les impliquent. Cette progression a été couronnée par l'accréditation en 2019 par la Conférence Internationale des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française (CIDMEF) (6).

Les étudiants en médecine au cours de leur formation médicale se focalisent sur la réussite individuelle, et sur la validation des partiels plutôt que sur l'action sociale ou la société qu'ils desservent, cependant ces futurs médecins sont importants pour le développement d'une faculté de médecine qui se veut socialement responsable. Ceci est un défi majeur des facultés de médecine pour renforcer le sens de responsabilité sociale de leurs diplômés.

A travers le monde, les étudiants en médecine dont ceux du Maroc sont impliqués dans le concept de la responsabilité sociale grâce à une organisation reconnue sous le nom de la Fédération Internationale des Associations des Etudiants en Médecine (IFMSA) ayant pour but d'encourager les futurs médecins dans l'évaluation de leurs facultés de Médecine, ainsi d'identifier ses problèmes et ses domaines d'amélioration grâce à un outil d'évaluation (7-9). Il est indispensable de savoir les connaissances des étudiants sur la responsabilité sociale et comment ils perçoivent l'engagement de leur faculté dans la réalisation de ce concept. Ce qui permettra à la faculté de médecine une évaluation interne et fournira les points d'action pour une meilleure responsabilité sociale en son sein.

L'objectif principal de notre étude était de :

- Décrire le point de vue des étudiants en médecine de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech concernant la responsabilité sociale.

Les retombées de l'étude étaient de :

- Identifier les domaines d'amélioration à travers les analyses et les suggestions.
- Proposer des recommandations.
- Mise en place des actions.

*HISTORIQUE ET
DÉFINITIONS
DES CONCEPTS*

I. Les données historiques :

La responsabilité sociale n'est pas un nouveau concept, mais c'est l'attention que lui accordent les établissements de soins de santé, les facultés de médecine, et les organismes d'agrément qui est nouvelle.

Avant d'aborder la méthodologie et les résultats du travail, nous allons représenter l'historique de la responsabilité sociale entre les années 1910–2021 :

1. 1910 : Transformation de l'éducation médicale :

En 1910, **Abraham Flexner** (un enseignant américain, reconnu pour son rôle dans la réforme de l'enseignement médical et supérieur au XX^e siècle aux États-Unis et au Canada) a transformé l'éducation médicale en introduisant une dimension scientifique de base solide, qui a conduit à l'organisation des curriculums en deux cursus successifs, respectivement préclinique puis clinique. Il espérait que la fonction du médecin serait « sociale et préventive plutôt qu'individuelle et curative » (10).

2. 1978–1986 : Projet « La santé pour tous » :

En 1978, à Alma Ata, se tient une conférence internationale sur les soins en santé primaire. Cette conférence, menée de front par l'OMS et l'UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund) adoptait pour devise : « La santé pour tous avant l'an 2000, voit apparaître les prémices de la responsabilité sociale ». La déclaration qui en résulte souligne « La nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde » (11).

Ainsi en 1986, la charte d'Ottawa, rédigée lors de la Conférence internationale pour la promotion de la santé avait comme principal objectif « La santé pour tous d'ici l'an 2000 » (12).

Ces projets ambitieux n'ont été que peu appliqués, et par conséquent en 1995, il devenait évident que l'objectif de l'accès pour tous à la santé en 2000 était irréalisable.

3. 1995 : Emergence du concept de la responsabilité sociale :

Depuis cette année **Charles Boelen** (consultant international en systèmes et personnels de santé, ancien coordinateur du programme des ressources humaines pour la santé au siège de l'OMS à Genève) et **Jeffery Heck** (Directeur du programme de formation en médecine de famille et du programme de santé internationale), à travers leurs travaux, proposent une réadaptation de l'offre médicale à la demande et aux besoins de santé de la population. Ainsi, lors de l'assemblée mondiale de la santé, dans le cadre de réorienter l'enseignement médical, l'OMS défini la responsabilité sociale des facultés de médecine comme étant « l'obligation d'orienter la formation qu'elles donnent, les recherches qu'elles poursuivent et les services qu'elles dispensent, vers les principaux problèmes de santé de la communauté, région et ou nation qu'elles ont comme mandat de desservir », et propose un cadre de référence pour aider les facultés de médecine à évaluer les progrès obtenus pour l'atteindre, en proposant quatre valeurs: pertinence, qualité, équité, et efficience dans les soins de santé (1,13).

Les quatre valeurs de la responsabilité sociale, décrites ci-dessous, reprennent les valeurs fondamentales qui devraient se retrouver dans tout système de santé.

- **La pertinence** : est le souci de s'attaquer en premier aux problèmes les plus importants: les personnes qui souffrent le plus; les maladies les plus fréquentes et qui peuvent être traitées par des moyens disponibles localement.
- **La qualité** : implique la compétence et l'habileté technique mais aussi la prise en compte des attentes culturelles et des habitudes des usagers.
- **L'efficience** : est la capacité à avoir le plus d'impact sur la santé d'une population, tout en faisant le meilleur usage des ressources disponibles.

- **L'équité** : correspond à l'existence de soins de santé de qualité, accessibles à tous, dans tous les pays sans discrimination.

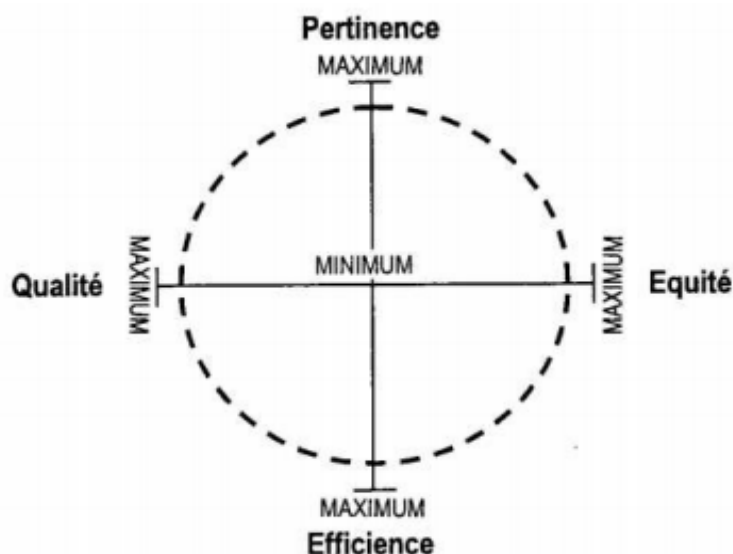


Figure 2 : Les quatre valeurs de la responsabilité sociale selon l'OMS(1)

Le cadre de référence proposé par l'OMS se présentait sous forme de grille pour évaluer la progression d'une faculté de médecine vers la responsabilité sociale, dans chacun des trois domaines qui sont de son ressort : formation, recherche, services. Il peut être utilisé par une faculté comme outil d'auto-évaluation pour vérifier jusqu'à quel point sa mission comprend un engagement à satisfaire les besoins de santé de la communauté et ou du pays qu'elle a comme mandat de desservir.

Valeurs	Domaines et phases								
	Formation			Recherche			Services		
	Planification	Réalisation	Mesure d'impact	Planification	Réalisation	Mesure d'impact	Planification	Réalisation	Mesure d'impact
Pertinence									
Qualité									
Efficience									
Equité									

Figure 3 : La grille d'évaluation de la responsabilité sociale selon l'OMS(1)

L'introduction de ce concept par l'OMS implique de « réorienter l'enseignement de la médecine et la pratique médicale en faveur de la santé pour tous » (14).

4. 2001 : Projet Vers l'Unité Pour la Santé (VUPS) :

En 2001, l'OMS établit le Projet Vers l'Unité Pour la Santé (VUPS) afin d'« étudier et promouvoir des initiatives à l'échelle mondiale pour favoriser l'unité dans la prestation des services centrés sur les besoins des personnes ». Ce projet pose donc les fondations de la responsabilité sociale des facultés de médecine, dans le but que ces institutions s'adaptent pour mieux répondre aux besoins des personnes et pour les inciter à devenir des partenaires actifs dans l'élaboration du futur système de santé.

Il émet l'hypothèse que l'unité vers la santé peut être atteinte en respectant un certain nombre de critères, regroupés selon quatre catégories:

- L'utilisation de modèles innovants de services intégrant la médecine et la santé publique.
- La prise en compte des implications pour les professionnels de santé.
- L'élaboration d'un partenariat entre cinq principaux intervenants.
- La recherche des preuves d'impact.

Cinq principaux partenaires ou intervenants ont ainsi été identifiés comme étant essentiels à la création d'un mouvement de responsabilité sociale: les décideurs politiques, les gestionnaires de santé, les professionnels de santé, les institutions académiques et les communautés ou la société civile.

- **Les décideurs politiques** sont des personnalités comme des instances ayant pouvoir de décision au niveau national ou régional, par une action législative, réglementaire ou incitative en faveur de la responsabilité sociale en santé.
- **Les gestionnaires de santé** sont les autorités publiques ou privées impliquées dans le financement et l'administration des structures de santé.

- **Les professionnels de santé** sont les associations ainsi que les praticiens exerçant une action de santé de nature curative, préventive ou sociale.
- **Les institutions académiques** couvrent les universités et les facultés des sciences de la santé et des sciences reliées à la santé, les instituts de recherche et les écoles de santé.
- **La communauté** c'est la société civile, le monde associatif, les représentants des citoyens et les citoyens eux-mêmes.

Un partenariat entre plusieurs acteurs de santé se révèle indispensable afin que l'action spécifique d'un acteur soit poursuivie ou valorisée par un ou plusieurs autres acteurs pour un impact significatif et durable sur la santé (15).

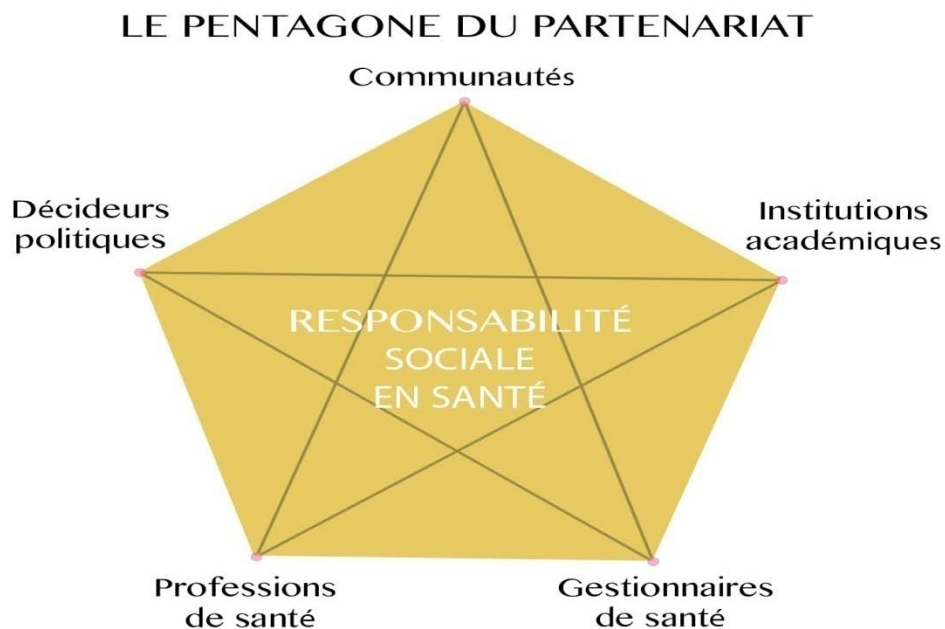


Figure 4 : Pentagone du partenariat de la responsabilité sociale en santé (25)

Les facultés de médecine, instituts de formation, ont donc un rôle majeur dans ce projet de l'OMS « VUPS », en étant la référence des professionnels de santé qui suivent leurs directives et recommandations dans la pratique. Elles assument trois fonctions fondamentales: l'éducation, la recherche et la dispensation de services. Elles doivent, dans ce concept de responsabilité sociale, s'acquitter d'un devoir d'anticiper les contextes où travailleront leurs futurs diplômés.

C'est ce que le projet VUPS a appelé: l'ouverture sociale des institutions de formation, c'est-à-dire la capacité d'une faculté de répondre aux attentes de la société en ajustant ses programmes en fonction. Le concept de responsabilité sociale implique donc que la faculté consulte la société civile pour identifier les besoins en matière de santé, ainsi, les principaux problèmes de santé seront identifiés conjointement par les gouvernements, les organismes, les professionnels de la santé et le public.

Ainsi, le projet a défini le profil du médecin « **cinq étoiles** » qui requiert d'être dispensateur de soins, décideur, communicateur, membre influent de la communauté et gestionnaire.

- **Un dispensateur de soin** : qui considère le patient à la fois en tant qu'individu et membre d'une famille et d'une communauté, et dispense des soins de qualité, complets, continus et personnalisés dans le cadre d'une relation durable basée sur la confiance.
- **Un décideur** : qui choisit quelles approches et techniques utiliser dans un souci d'éthique et de coût-efficacité pour optimiser les soins qu'il dispense.
- **Un communicateur** : capable d'écouter, d'expliquer, et de convaincre pour promouvoir des modes de vie sains, donnant ainsi aux individus et aux groupes les moyens d'améliorer et de protéger leur santé.
- **Un membre influent de la communauté** : qui, ayant gagné la confiance, est capable de concilier les besoins des individus et de la communauté et d'agir au nom de cette dernière.
- **Un gestionnaire** : capable de travailler en harmonie avec des personnes et des organismes à l'intérieur et à l'extérieur du système de santé pour répondre aux besoins des individus et des communautés, et d'utiliser à bon escient les informations sanitaires disponibles.

Le projet "VUPS" reprend les quatre valeurs de la responsabilité sociale en l'appliquant aux trois principales fonctions des facultés de médecine: formation, recherche et prestations de service (15). Il

décrit l'engagement des facultés de médecine en ce sens par trois phases: planification, action et impact dans la grille d'évaluation de la responsabilité sociale mentionnée ci-dessus.

Ces phases de planification, action et impact, renvoient au modèle Conception Production-Utilisabilité (CPU) établi par **Charles Boelen** et **Robert Woollard** (professeur de médecine de famille à l'Université de la Colombie-Britannique, membre des comités de responsabilité sociale du Collège des médecins de famille du Canada et de l'Association des facultés de médecine du Canada) (16). Le modèle (CPU) doit être appliqué par toute faculté qui désire devenir socialement responsable. Il se définit ainsi:

- **Conception ou conceptualisation** : rôle de l'institution de formation dans l'identification des besoins prioritaires en santé pour une amélioration de la performance du système de santé.
- **Production** : composante relative à la mission de formation proprement dite, avec la conception de projets facultaires et de programmes de formation en rapport avec la responsabilité sociale.
- **Utilisabilité** : relatif à l'évaluation de l'impact des actions de responsabilité sociale entreprises, pour répondre aux problématiques formulées à la phase de conception.

Ce modèle CPU implique l'élaboration de normes pour chaque étape, auxquelles devrait répondre une faculté pour être socialement responsable.

De l'évaluation de l'impact des actions sur la satisfaction des besoins, naît la notion d'accréditation des instituts de formation. L'accréditation d'une faculté de médecine permettrait d'attester son engagement dans un enseignement socialement responsable en répondant à un corps de normes. La recherche d'impact social pourrait être reconnue à terme comme une marque d'excellence académique (17).

5. 2010 : Consensus mondial de la responsabilité sociale des facultés de médecine :

En 2010, un groupe d'experts internationaux composé de soixante-cinq délégués représentant des facultés de médecine et d'agences d'accréditation de partout dans le monde, s'est réuni pour établir un consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine qui a abouti à dix axes stratégiques servant de référence pour qu'une faculté de médecine devienne socialement responsable (3,18).

Les dix axes du consensus mondial sont :

AXE 1 : Anticipation des besoins en santé de la société : Identification des besoins de santé de la société par les facultés de médecine et ses déterminants sociaux: politiques, épidémiologiques, démographiques, économiques, culturels et environnementaux pour orienter ses programmes.

AXE 2 : Création de partenariats avec le système de santé et autres acteurs : les cinq partenaires déjà cités.

AXE 3 : Adaptation aux rôles nouveaux des médecins et autres professionnels de santé : les facultés de médecine reconnaissent qu'indépendamment de leur spécialité future, les médecins doivent être clairement engagés dans des activités de santé publique, de façon cohérente avec leurs activités cliniques. Ceci inclut des activités relatives à la promotion de la santé, la prévention des facteurs de risque et la réadaptation aux besoins des patients et l'ensemble de la population.

AXE 4 : Education basée sur des résultats escomptés : la faculté de médecine offre une gamme de services et des mécanismes pour soutenir ses enseignants, et ses étudiants à mettre en œuvre des stratégies éducatives et garantit que les diplômés possèdent les compétences attendues qu'exige un système de santé attentif aux préoccupations sociales.

AXE 5 : Instauration d'une gouvernance réactive et responsable : la faculté de médecine s'assure que les ressources existantes sont justement distribuées et gérées de manière efficiente

et que les nouvelles ressources sont recherchées pour lui permettre de fonctionner en tant qu'institution socialement responsable.

AXE 6 : Redéfinition de normes pour l'éducation, la recherche et la prestation de services: la capacité d'offrir des programmes susceptibles de mieux répondre aux défis et besoins en santé de la société.

AXE 7 : Amélioration continue de la qualité en éducation, recherche et prestation de services : la faculté de médecine s'engage dans un processus d'amélioration et de révision périodique de la qualité guidé par des normes définies.

AXE 8 : Institutionnalisation de mécanismes d'accréditation : l'accréditation des facultés de médecine par un organisme reconnu s'effectue à un intervalles réguliers conduisant entre-temps à des améliorations notables.

AXE 9 : Adhésion aux principes universels et adaptation au contexte local : Les principes de responsabilité sociale sont universels mais leur adaptation au contexte local est primordial.

AXE 10 : Prise en compte du rôle de la société : il faut trouver un équilibre entre la préservation de l'autonomie institutionnelle et la place des différents acteurs de santé y compris la société civile pour intégrer les principes de la responsabilité sociale dans la faculté de médecine.

6. 2012–2014–2016 : Initiation du Projet francophone Recherche Action–Responsabilité sociale :

En 2012, le projet francophone Recherche Action–Responsabilité Sociale (RA–RS) Suite à l'élaboration du consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine, a été initié par la Société Internationale Francophone d'Éducation Médicale (SIFEM), la Conférence Internationale des Doyens et facultés de Médecine d'Expression Française (CIDMEF) et le réseau, Training for Health Equity Network (THEnet), en partenariat avec des universités francophones. Un Comité de Pilotage (COPIL) regroupant quarante-cinq référents de facultés a été mis en place. Des réunions du COPIL ont eu lieu régulièrement et une rencontre internationale a été

organisée chaque année pour discuter des grands axes stratégiques du projet et de son avancement. L'objectif général de ce projet est d'expérimenter et d'évaluer la pertinence, l'applicabilité et la mise en œuvre d'une démarche de qualité inspirée des principes de responsabilité sociale définis par le consensus mondial, et d'en démontrer l'utilité pour améliorer l'impact sur la santé (4).

Le projet RA-RS, s'est décliné en trois phases:

- **Phase 1 : Applicabilité** : Cette phase consistait à recueillir la perception de la faculté et de ses partenaires quant à la pertinence des recommandations du consensus mondial. Cette phase 1 s'est déroulée elle-même en deux parties :
 - Une partie quantitative standardisée pour l'ensemble des facultés impliquées, qui visait à recueillir l'opinion des partenaires de la faculté sur la prise en compte réelle des axes du consensus mondial.
 - Une partie qualitative optionnelle, qui avait pour objectif principal de réaliser un état des lieux local d'adhésion au concept de responsabilité sociale en se basant sur le consensus mondial.

Cette première phase avait aussi pour but de diffuser les principes de la responsabilité sociale et d'y faire adhérer les principaux partenaires.

- **Phase 2 : Expérimentation** : Cette phase avait pour objectif d'expérimenter des concepts de responsabilité sociale dans les facultés participantes, de faire émerger des normes et d'élaborer des indicateurs de mesure de la responsabilité sociale.
- **Phase 3 : Évaluation** : Cette dernière phase avait pour but de mesurer l'effet de l'application des normes sur le fonctionnement de la faculté et sur la qualité des diplômés. Cette phase permettra de formuler des recommandations pour le processus d'accréditation des facultés de médecine.

La phase 1 a commencé en 2012 par l'étude quantitative à laquelle vingt-trois facultés ont participé. L'étude qualitative, facultative, n'a quant à elle été réalisée que de manière

sporadique et peu de résultats sont disponibles. La phase 1 est considérée à ce jour comme terminée au niveau international mais certaines facultés la poursuivent encore localement.

L'année **2014** voit le lancement de la phase 2 du projet pendant laquelle chaque faculté participante entreprend des actions de responsabilité sociale autour d'une thématique choisie parmi :

- Contrat faculté–territoire.
- Première ligne de santé.
- Population vulnérable.
- Choix et finalité des spécialités.
- Adaptation de la formation.
- Recherche orientée vers les besoins de santé.
- Interdisciplinarité.
- Autres.

Cette phase 2 est actuellement en cours de manière plus ou moins avancée selon les universités.

La phase 3, d'évaluation fait partie du plan stratégique de responsabilité sociale **2015–2020** (19), élaboré par le COPIL en février **2015** et présenté lors du congrès de Bruxelles en avril 2015. Ce plan a pour but: « la recherche d'un plus grand impact de ces actions sur la santé de la société, la création de partenariats durables avec d'autres acteurs de la santé et la mise en place d'un système d'évaluation et d'accréditation des facultés de médecine fondé sur les principes de responsabilité sociale ».

En **2016**, déjà 57 facultés de médecine francophones dans 18 pays dont celles du Maroc, se sont engagées dans le projet francophone de recherche–action sur la responsabilité sociale (20).

7. 2017 : Réseau International Francophone pour la Responsabilité Sociale en Santé (RIFRESS) :

En 2017, le Réseau International Francophone pour la Responsabilité Sociale en Santé (RIFRESS) est créé avec l'ambition d'étendre le concept de responsabilité sociale à d'autres acteurs influents dans le secteur de santé (21).

7.1. Les Objectifs étaient de :

a. Plaidoyer :

Assurer un large plaidoyer en faveur de la responsabilité sociale en santé auprès des partenaires de santé pour une meilleure réponse aux besoins de santé prioritaires, actuels et futurs, des populations.

b. Formation :

Sensibiliser et former les responsables d'institutions académiques (recteurs, doyens, chefs de département, enseignants, chercheurs) et les autres acteurs de santé aux principes et méthodes de responsabilité sociale en santé ainsi qu'aux stratégies pour leur application concrète dans le domaine de la formation, de la recherche et de la prestation des services de santé.

c. Recherche :

Conduire des activités de recherche sur le terrain en vue d'élaborer des modèles performants de prestation de services impliquant les principaux acteurs de santé dans le but de la résolution de problèmes de santé prioritaires au sein d'un territoire donné.

d. Évaluation – Accréditation :

Proposer aux partenaires concernés des instruments de mesure de la responsabilité sociale en santé et promouvoir au niveau national et international une harmonisation des normes et des processus d'accréditation pour les facultés de médecine et autres écoles de

professionnels de santé en permettant d'y inclure le concept tout en veillant à la spécificité du contexte national.

e. Échanges :

Pratiquer une stratégie active d'échanges et de collaboration entre les membres du RIFRESS d'une part et, d'autre part, avec les organisations nationales et internationales intéressées par les mêmes objectifs que ceux du RIFRESS.

f. Partenariats :

Développer des partenariats entre les principaux acteurs de santé au niveau local, régional et national, notamment dans un territoire donné, pour une action performante ciblée vers un problème de santé prioritaire, et ce, par un partage optimal des rôles et des obligations de chacun.

8. 2019 : Premier congrès international du RIFRESS à Rabat, Maroc :

En 2019 le premier congrès international du RIFRESS est organisé à Rabat, Maroc, sur le thème: « Assumer sa responsabilité sociale en santé: un enjeu partagé pour une société plus solidaire », dont les objectifs étaient de:

- Permettre à tous les acteurs de la francophonie internationale impliqués dans le domaine de la santé de mesurer les défis à relever pour mieux répondre aux besoins actuels et futurs des citoyens et de la société.
- Partager les actions mises en place pour relever ces défis et identifier les pistes d'action futures.
- Faire connaître le RIFRESS et constituer des groupes d'intérêt pour poursuivre des projets concrets.

Un des résultats les plus importants sortant de ce congrès est la décision unanime de ne pas limiter le concept de responsabilité sociale aux seules facultés de médecine mais de l'étendre aux hautes écoles et instituts de formation des travailleurs de santé (infirmiers ,travailleurs sociaux, kinésithérapeutes, psychologues, logopèdes...) (22).

9. 2020 : Deuxième congrès international du RIFRESS à Bruxelles :

Ce deuxième congrès RIFRESS de Bruxelles sous le thème: « Responsabilité sociale et développement durable », a été reporté en Mars 2021 en raison de la crise pandémique du COVID-19, dont les objectifs sont les suivants :

- Identifier les contraintes à adhérer pleinement aux principes de responsabilité sociale et développement durable.
- Se doter d'un argumentaire pertinent permettant de promouvoir et appliquer la démarche de responsabilité sociale dans son milieu de vie et de travail, à court et long terme.
- Contribuer à créer une dynamique nationale, régionale ou locale pour faire évoluer les missions des institutions vers un plus grand impact, immédiat et différé, sur le bien-être des individus, de la société.
- Prendre conscience de l'intérêt à établir des alliances entre acteurs du secteur de la santé et avec ceux du secteur économique, culturel et social pour un plus grand impact sur des objectifs prioritaires de santé dans un territoire (23).

10. 2021: Journées virtuelles du RIFRESS :

Ces journées ont eu lieu entre le 3 et le 5 Mars sous le thème «Continuer à bâtir le RIFRESS» (24). Elles comportaient 5 sessions :

- Priorités et défis de la recherche en responsabilité sociale en santé.
- Coopération entre acteurs de santé dans un territoire : expériences internationales.

- Formation : Le défi de former des professionnels de santé, leaders socialement responsables.
- Évaluation et accréditation. Comment valoriser des institutions socialement responsables à travers une approche métrique ?
- Responsabilité sociale : les défis d'avenir des systèmes de santé !

II. De " Social Responsibility" à "Social Responsiveness" et "Social Accountability" :

Trois différents grades de la responsabilité sociale ont été définis par **Charles Boelen**:

- Une faculté socialement "Responsible" définit les besoins de santé de la société.
- Une faculté socialement "Responsive" (réactive) répond aux besoins de santé.
- Une faculté socialement "Accountable" travaille à côté de la communauté et vise à produire des agents de changement capables de travailler sur les déterminants de la santé et contribuer à adapter le système de santé (25,26).

<i>Social Obligation Scale</i>			
	<i>Responsibility</i> →	<i>Responsiveness</i> →	<i>Accountability</i>
<i>Social needs identified</i>	<i>Explicitly</i>	<i>Anticipatively</i>	<i>Anticipatively</i>
Institutional objectives	Defined by faculty	Inspired from data	Defined with society
Educational programmes	Community-oriented	Community-based	Contextualised
Quality of graduates	'Good' practitioners	Meeting criteria of professionalism	Health system change agents
Focus of evaluation	Process	Outcome	Impact
Assessors	Internal	External	Health partners

Figure 5 : Les grades de la responsabilité sociale (36)

III. Les domaines d'action de la responsabilité sociale :

Dans un environnement marqué par l'évolution rapide des mentalités, des besoins et des demandes de santé et l'accélération du progrès scientifique, l'engagement des facultés de médecine ne doit pas consister simplement à répondre aux attentes de la société mais aussi à prendre des initiatives, susciter des réflexions, proposer des solutions dans les trois domaines: formation, recherche, prestations de service (27-29).

1. Formation :

La 1ère tâche essentielle d'une faculté est de diffuser la connaissance, conduire à un bon transfert des compétences aux futurs médecins, et former des médecins capables de répondre aux besoins de la société. La faculté devra être capable d'anticiper et s'ouvrir sur le monde extérieur, cette ouverture inclut une écoute, collaboration avec les principaux acteurs de santé et son engagement pour améliorer le fonctionnement du système de santé. Ainsi elle devra être capable de comprendre le fonctionnement d'un système de santé, ses forces, ses faiblesses et les réformes nécessaires pour adapter le cadre professionnel dans lequel les futurs médecins seront amenés à fonctionner.

Définir le rôle d'un médecin, c'est identifier le champ des compétences nouvelles que le contexte socio-économique et culturel attend de lui et autour desquelles le programme de formation et la pédagogie médicale seront construits. La formation doit prendre en compte la dimension sociale et culturelle des soins (29).

2. Recherche :

La faculté n'est pas seulement un site de transfert de connaissances, il développe également une expertise. Elle a un devoir de transparence en rendant compte à la société de la pertinence de ses recherches et en ouvrant le dialogue sur ses travaux notamment avec des représentants de la société civile (30).

Le volet recherche impliquerait les professeurs, les membres de la communauté et les bailleurs de fonds pour répondre aux questions de recherche formulées en consultation avec la communauté (31).

3. Services :

Pour répondre aux besoins de santé primaires, tous les acteurs de santé socialement responsables doivent partager et transférer les compétences et les tâches ensemble dans différents domaines, ainsi redéfinir les missions des médecins et des autres professionnels de santé. Prenant l'exemple des infirmiers dans les soins primaires, ils ont étendu leurs compétences en direction de trois actions: la promotion de la santé, la consultation infirmière dédiée, la consultation infirmière de première ligne (32).

La composante des services comprendrait des activités de sensibilisation clinique ainsi qu'un engagement à produire les mélanges de généralistes et de spécialistes pour servir toute la communauté. Les facultés peuvent contribuer à l'intégration de l'organisation des services de santé, des pratiques de soins, des formations des professionnels et des méthodes d'évaluation.

IV. La responsabilité sociale et la médecine de famille :

La responsabilité sociale en santé : Est-ce une histoire de médecin généraliste ?

Les systèmes de santé basés sur des soins de santé primaires avec des médecins généralistes, fournissent des soins plus rentables et plus efficaces au niveau clinique.

Cependant, le problème de la valorisation de la médecine générale se pose partout dans le monde et la situation de cette pratique dans notre pays impose une réflexion approfondie. Elle continue également à être vécue comme une discipline de second choix, pour des candidats qui n'ont pas pu réussir le concours de résidanat et qui ne peuvent donc pas avoir accès à la spécialité (33). Les médecins généralistes eux-mêmes ont l'impression que leur activité est

méconnue et mal estimée, pourtant, ils ont un rôle important à jouer. Leur activité professionnelle repose sur six compétences fondamentales: la gestion des soins de santé primaires, soins de première ligne, l'aptitude spécifique à la résolution de problèmes, l'approche globale centrée sur le patient et non sur la maladie et renforcée par une formation continue permanente, l'orientation vers le contexte familial et communautaire, la capacité de suivi au long cours, l'aptitude à la coordination des soins. Ces compétences doivent s'appliquer dans trois champs d'activités essentielles: démarche clinique, communication avec les patients, gestion d'un centre de soins, ou d'un cabinet médical, utilisant de façon efficiente et efficace l'ensemble des ressources existantes du système de santé, dans le cadre d'une relation médecin patient basée sur une communication appropriée, prenant en considération la dimension physique, psychologique sociale, et culturelle du patient.

Ainsi, le médecin généraliste est au centre de la responsabilité sociale, c'est pourquoi il doit se poser la question de son rôle et de celui de la première ligne dans ce contexte, et il doit être un leader et collaborateur, doté de qualités humaines psychologiques et morales, capable de prendre en considération l'approche économique des actions de santé, d'assurer sa formation continue, et de s'adapter en permanence à son environnement.

En résumé : La responsabilité sociale est un concept en perpétuel évolution et en plein essor.

❖ **Met l'accent sur :**

- Place des institutions de formation dont les facultés de médecine.
- Place du partenariat et de l'intersectorialité.
- Place des déterminants de la santé et de l'approche communautaire et écologique de la santé.
- Place de la 1ère ligne de soins.
- Place de la recherche en plus des soins et de la formation.
- Place de l'évaluation, et de la mesure d'impact pour l'excellence et la reconnaissance.

❖ **Les mots clés :**

Formation – Partenariat entre acteurs de santé – Déterminants de la santé – Approche communautaire – Ecologie de la santé – Médecine de première ligne – Recherche – Evaluation et Accréditation.

*PARTICIPANTS
ET MÉTHODES*

I. Type d'étude :

Notre travail consistait en une étude transversale à visée descriptive.

II. Population cible :

La population cible était constituée des étudiants en médecine de la 1ère à la 8ème année d'étude inscrits au titre de l'année universitaire 2019–2020 à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech.

Le nombre total des étudiants inscrits au titre de l'année universitaire 2019–2020 était de 2128 étudiants. (Annexe 1)

1. Critères d'inclusion :

- Les étudiants inscrits en 1ère, 2ème, 3ème, 4ème, 5ème, 6ème, 7ème année, 8ème année d'étude et les étudiants en instance de thèse à la FMPM durant l'année universitaire 2019–2020.
- Les étudiants souhaitant participer à notre étude.

2. Critères d'exclusion :

- Les étudiants n'ayant pas répondu au questionnaire.

III. Date et Lieu de l'étude :

Notre étude a été menée auprès des étudiants en médecine de la FMPM par le biais d'un questionnaire électronique du 05 Décembre 2019 au 09 Janvier 2020.

IV. Méthode d'échantillonnage :

Il s'agissait d'un échantillonnage non probabiliste basé sur la participation volontaire.

Pour cette étude, 271 questionnaires nous ont été retournés de la part des étudiants de la 1ère à la 8ème année d'étude soit 12,7% du total d'étudiants inscrits pour l'année universitaire 2019-2020. (Annexe 2)

V. Les variables étudiées :

Le questionnaire été développé sur la base de la revue de littérature, et les principes de la responsabilité sociale.

Les variables de notre étude étaient organisées sous forme de quatre sections :

- Première section : Les caractéristiques sociodémographiques, le niveau d'étude, et les pratiques para-universitaires des participants.
- Deuxième section : La connaissance du concept de la responsabilité sociale.
- Troisième section : La perception et l'évaluation des étudiants de la responsabilité sociale de la FMPM : TOOLKIT [The development of the student's toolkit on Social Accountability of Medical Schools was a collaboration between the International Federation of Medical Student's Associations (IFMSA) and the Training for Health Equity Network (THEnet)].
- Quatrième section : Les perceptions et attitudes des étudiants sur leur rôle social.

VI. Collecte des données :

Le questionnaire a été créé sous format électronique au niveau de la base d'évaluation de la FMPM (Lime Survey version 1.9) avec l'aide de Mr Karim Ouahbi (Ingénieur informaticien de la FMPM). (Annexe 3)

Le questionnaire a été testé auprès de trois étudiants avant sa distribution. La durée de passation a été estimée à une quinzaine de minutes.

Nous avons aussi mis à disposition le questionnaire sur les réseaux sociaux et les forums de discussion dédiés aux étudiants de la FMPM par le biais du bureau des étudiants de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech. Trois rappels ont été envoyés par e-mail et via les médias sociaux.

Nous avons recueilli des items en réponse aux questions ouvertes sur :

- La responsabilité sociale en tant qu'étudiant.
- La responsabilité sociale en tant que médecin praticien.

La collecte des données a été basée sur un questionnaire auto-administré à l'aide d'un outil de mesure TOOLKIT (9) développé par les étudiants en médecine, en partenariat avec Training For Health Equity (THEnet) et la Fédération Internationale des Associations des Etudiants en Médecine (IFMSA), qui permet aux étudiants d'évaluer leur faculté et ainsi d'identifier ses problèmes et les domaines d'amélioration, en répondant à trois questions essentielles : Comment fonctionne votre faculté? Que fait votre faculté? Quelle différence fait votre faculté? :

- Nous avons calculé le score à partir des réponses aux questions selon une échelle de LIKERT à 4 niveaux (0 = non, 1 = un peu, 2 = moyen, 3 = Excellent) et une 5e réponse modalité = je ne sais pas, et en additionnant le score de chaque question à un total nous avons obtenu une évaluation globale sur la responsabilité sociale de la FMPM, et ceci nous a permis par la suite de voir dans quel intervalle se situait notre faculté :
 - ✓ 0-8 : Initiez une conversation avec vos collègues et votre faculté pour commencer à instaurer la responsabilité sociale dans votre faculté.
 - ✓ 9-17 : Votre faculté dispose de quelques stratégies de responsabilité sociale. Cherchez alors des moyens pour plaider en faveur du renforcement de ses stratégies et de la construction sur elles.

- ✓ 18-26 : Votre faculté se porte bien. Cherchez des zones de faiblesses et des moyens pour plaider en faveur de l'amélioration de la responsabilité sociale.
- ✓ 27-36 : Votre faculté dispose de bases solides de la responsabilité sociale. Plaidez alors en faveur d'une croissance continue et d'un leadership dans la responsabilité sociale.

VII. Analyse statistique :

Les données quantitatives ont été extraites par Excel puis analysées par Package Statistique pour le logiciel de Sciences Sociales (SPSS), version 16 au centre de Recherche clinique au CHU Med VI.

Les réponses aux questions ouvertes étaient regroupées puis analysées selon la méthode d'analyse du contenu selon une grille :

Tableau I : Grille des catégories des réponses (suite à une analyse textuelle du contenu thématique)

Les catégories des réponses (suite à une analyse textuelle du contenu thématique)	Extraits

L'analyse statistique s'est basée sur une analyse descriptive des variables : Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé des effectifs et pourcentages.

Pour les variables quantitatives, nous avons utilisé des moyennes et des écarts-types.

Les analyses bi variées ont fait appel aux tests de :

- Le test de Fisher a été utilisé pour la comparaison des pourcentages (variables qualitatives).
- Le test de T de Student a été utilisé pour comparer les variables quantitatives.

La significativité statistique a été établie à $p = 0,05$.

VIII. Considérations éthiques :

Les conditions éthiques de Helsinki ont été respectées à savoir : Protéger la vie, la santé, la dignité, l'intégrité, le droit à l'autodétermination, la vie privée et la confidentialité des informations des personnes impliquées dans la recherche. La recherche n'a pas été soumise au comité d'éthique puisqu'il s'agit d'un sondage d'opinions sans risque pour les participants en référence à la loi de la recherche biomédicale au Maroc.



RÉSULTATS



I. Recueil des données :

Le nombre total des questionnaires recueillis à l'issu de la collecte de données était de 271.

Quatorze observations incomplètes ont été exclues lors des analyses donc le N=257.

Taux de réponse a été de 12,7%.

II. Résultats descriptifs

1. Caractéristiques sociodémographiques des étudiants :

1.1. Genre :

Notre échantillon était constitué de 65% de femmes et de 35% d'hommes ce qui présente un sexe ratio Femmes/Hommes de 1,85. (N=257) (Figure 6)

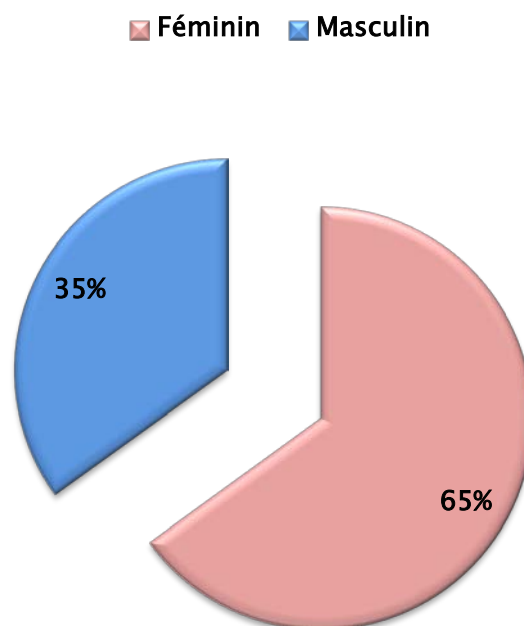


Figure 6 : Répartition des étudiants en fonction du genre

1.2. Age :

La moyenne d'âge des étudiants de notre échantillon était de $20,6 \pm 2,6$ ans, avec des extrêmes allant de 17 à 28 ans. (N=257) (Figure 7)

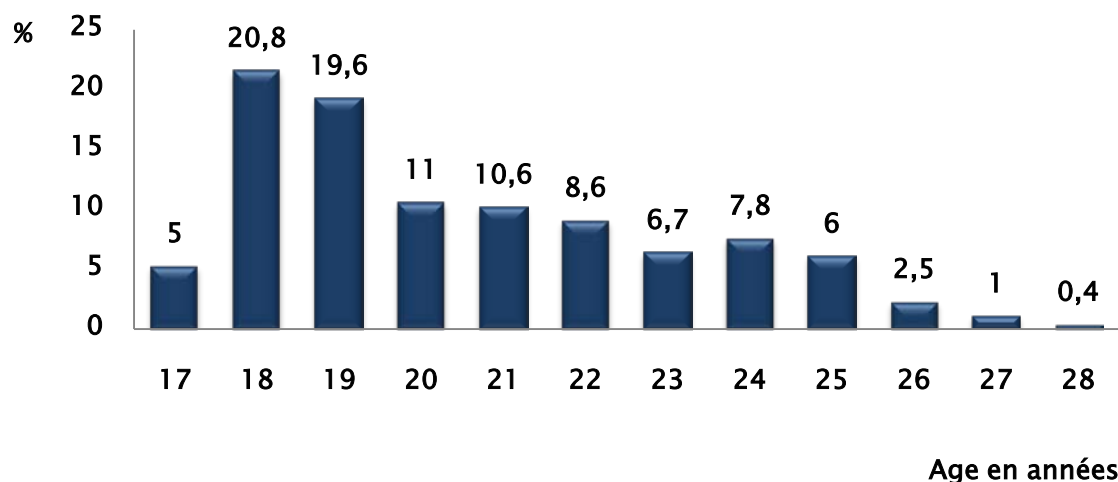


Figure 7 : Répartition des étudiants en fonction de l'âge

1.3. Année d'étude :

L'étude de la répartition des étudiants selon leur année d'étude a retrouvé un maximum de participation de la part des étudiants de la 1ère année à hauteur de 29% du total des répondants, et un minimum de la part des étudiants de 7ème année à hauteur de 4% du total des répondants. (N=255) (Figure 8)

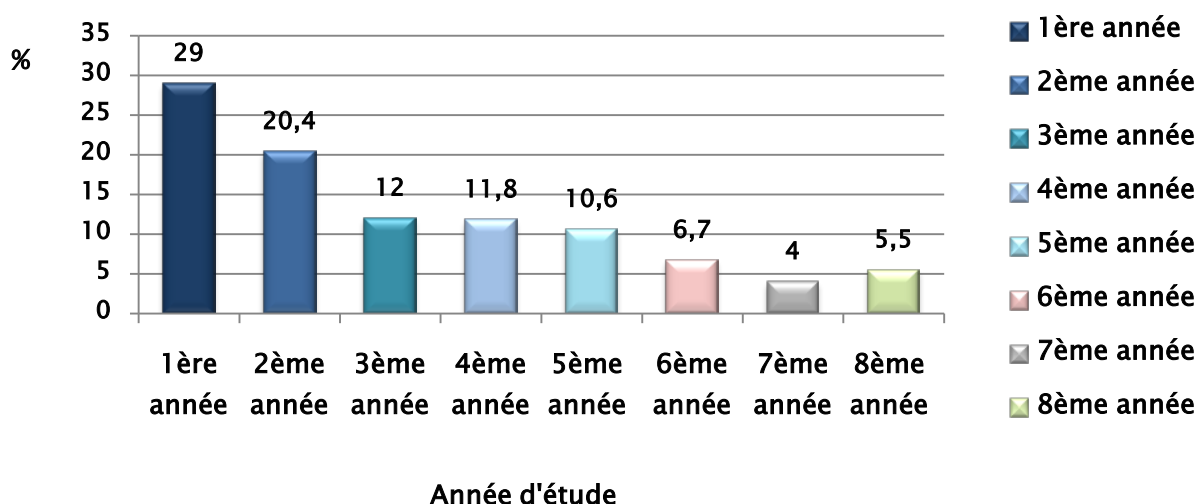


Figure 8 : Répartition des étudiants selon leur année d'étude

1.4. Activités para-universitaires et le travail associatif :

a. La pratique des activités para-universitaires :

Dans notre échantillon la majorité des étudiants n'exerçaient pas des activités en para-universitaires soit 71% du total des répondants. (N=257) (Figure 9)

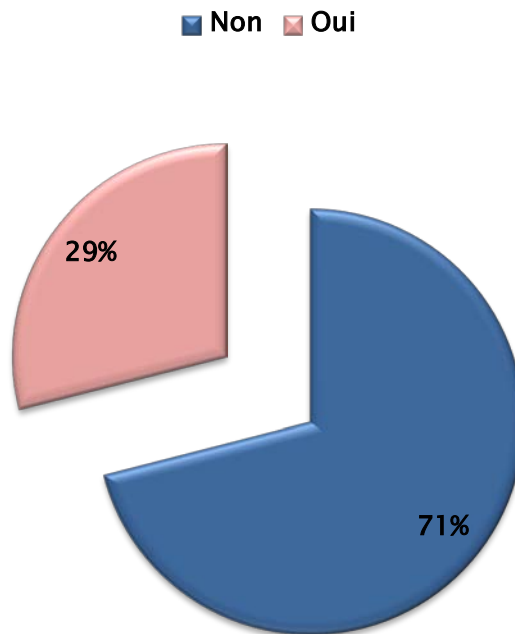


Figure 9 : Répartition des étudiants selon la pratique des activités para-universitaires

b. Membre d'une association :

Dans notre échantillon, la majorité des étudiants n'avaient aucune activité associative soit 78% du total des répondants. (N=257) (Figure 10)

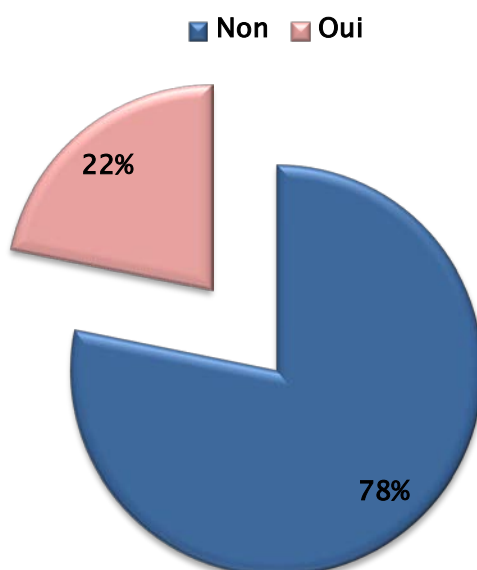


Figure 10 : Répartition des étudiants selon l'activité associative

c. La durée de l'activité associative :

Dans notre échantillon, 47,3% des étudiants étaient membres d'une association depuis seulement une année. (N=57) (Figure 11)

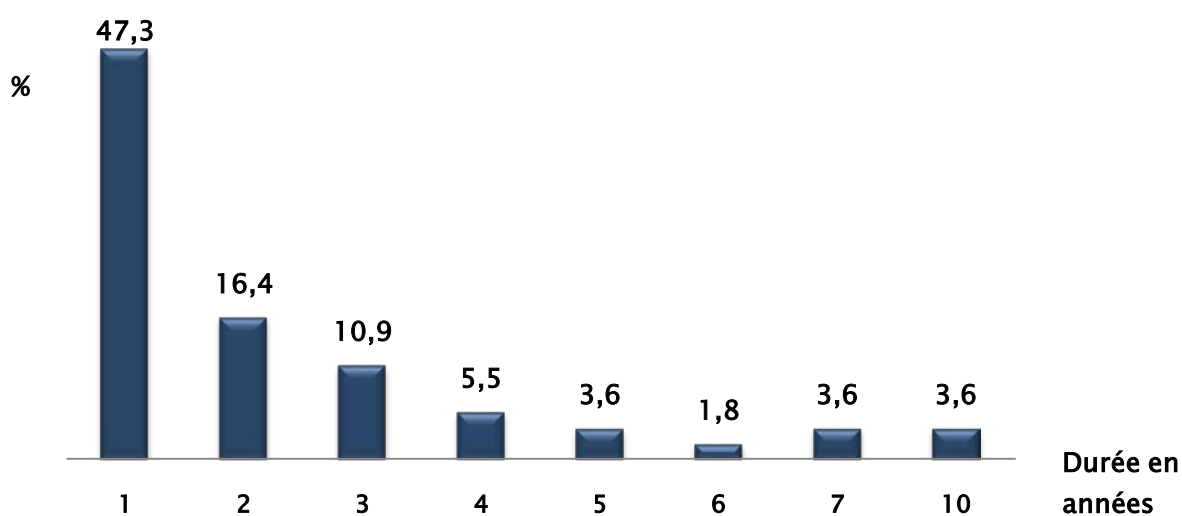


Figure 11 : Répartition des étudiants selon la durée de l'activité associative

d. Les types d'activités associatives :

Le type d'activité associative le plus dominant chez la majorité de nos participants était représenté par l'action sociale avec 92,8% du total des répondants. (N=56) (Figure 12)

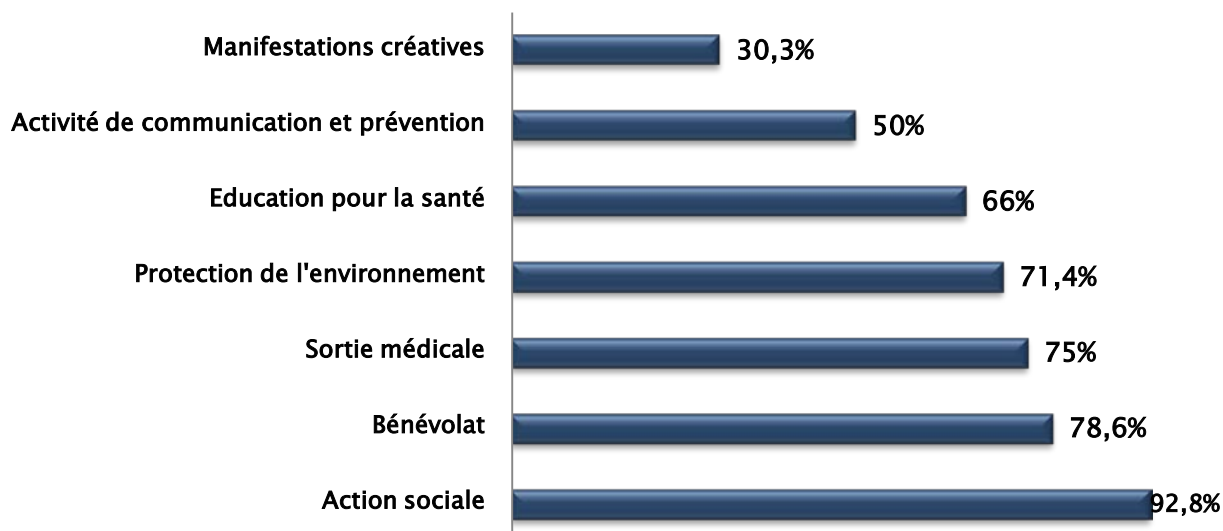


Figure 12 : Répartition des étudiants selon les types d'activités associatives

Tableau II : Tableau récapitulatif des caractéristiques sociodémographiques des étudiants

	Effectif	Pourcentage(%)
Genre :		
Femme	167	65
Homme	90	35
Age :		
17 à 20 ans	144	56,4
21 à 24 ans	86	33,7
25 à 28 ans	25	9,9
Année d'étude :		
1ère année	74	29
2ème année	52	20,4
3ème année	31	12
4ème année	30	11,8
5ème année	27	10,6
6ème année	17	6,7
7ème année	10	4
8ème année	14	5,5
La pratique des activités para-universitaires :		
Oui	74	29
Non	183	71
Membre d'une association :		
Oui	56	22
Non	201	78

2. Le concept de la responsabilité sociale :

2.1. La connaissance du concept de la responsabilité sociale par les étudiants :

Seuls 33,5% des étudiants avaient déjà entendu parler de la responsabilité sociale.
(N=257) (Figure 13)

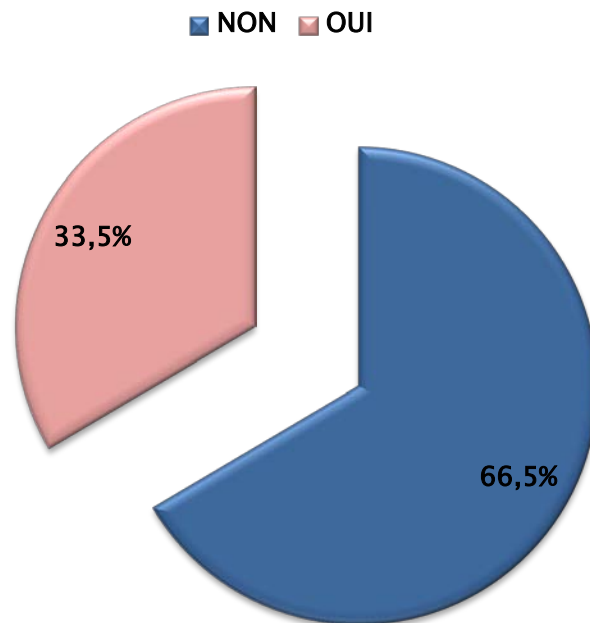


Figure 13 : Répartition des étudiants selon leur connaissance du concept de la responsabilité sociale

2.2. Les différentes définitions du concept de la responsabilité sociale selon les étudiants :

Dans notre échantillon, la majorité des étudiants soit 75,1% ont choisi "Avoir un engagement vis-à-vis de sa communauté" comme définition du concept de la responsabilité sociale, suivie par "Être un bon citoyen" avec 66,1%, puis "Être responsable de ses actes" avec 56,4%, puis "Responsabilité médicale du médecin" avec 38,5%, et enfin "Devoir de la faculté de médecine envers ses étudiants" avec 34,2% du total des répondants. (N=257) (Figure 14)

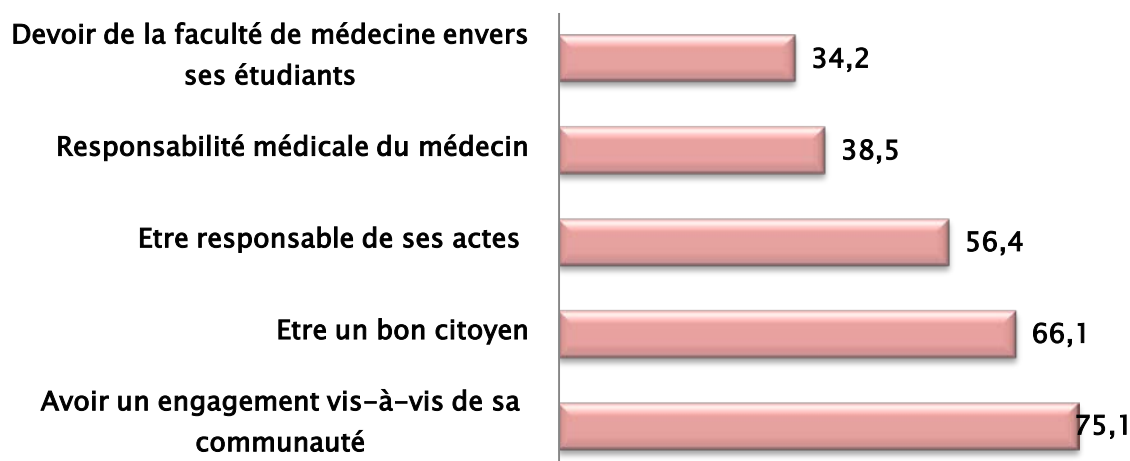


Figure 14 : Les différentes définitions du concept de la responsabilité sociale selon les étudiants

Tableau III : Tableau récapitulatif des différentes définitions de la responsabilité sociale selon les étudiants

	Effectif	Pourcentage(%)
Avoir un engagement vis-à-vis de sa communauté	193	75,1
Être un bon citoyen	170	66,1
Être responsable de ses actes	145	56,4
Responsabilité médicale du médecin	99	38,5
Devoir de la faculté de médecine envers ses étudiants	88	34,2

3. La perception et l'évaluation des étudiants de la responsabilité sociale de la FMPPM par le TOOLKIT:

La note d'évaluation moyenne par les étudiants de la responsabilité sociale de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech était de $16,14 \pm 7,5$. Les étudiants pensaient alors que la faculté disposait de quelques stratégies de responsabilité sociale.

Les domaines de responsabilité sociale les plus mal évalués par les étudiants ont été :

- Les opportunités d'apprentissage communautaire avec une moyenne de $0,9 \pm 0,8$.
- L'encouragement des apprenants de la carrière de médecine générale avec une moyenne de $0,9 \pm 0,9$.

Sur une échelle de LIKERT à 4 niveaux (Non, Un peu, Bien, Excellent) et une 5ème réponse modalité (Je ne sais pas), les réponses des étudiants au questionnaire TOOLKIT se répartissaient comme suit : (Tableau IV) (N= 257)

Tableau IV : Distribution des réponses des étudiants au questionnaire TOOLKIT

	Effectif	Moyenne ± Ecart type
Votre faculté a-t-elle un mandat de responsabilité sociale ?	116	1,49±0,8
Votre faculté a-t-elle des partenaires communautaires et des intervenants qui façonnent votre école ?	91	1,47±0,9
Votre cursus reflète-t-il les besoins de la population que vous desservez ?	174	1,28±0,8
Les sites d'enseignement reflètent-ils la population que votre faculté desserve ?	116	1,49±0,8
Est-ce que vous avez des opportunités d'apprentissage communautaire ?	210	0,9±0,8
Votre faculté reflète-t-elle les caractéristiques sociodémographique de votre population référence ?	177	1,22±0,7
Votre faculté offre-t-elle des opportunités d'apprentissage par le service ?	198	1,6±0,7
Votre faculté produit-elle des médecins culturellement, socialement et techniquement appropriés pour votre communauté ?	211	1,4±1
Votre faculté a-t-elle un impact positif sur la communauté ?	208	1,8±0,8
Votre faculté collabore-t-elle avec d'autres institutions ?	146	1,8±0,8
Votre faculté encourage-t-elle les apprenants à entreprendre une carrière de généraliste ?	158	0,9±0,9
Votre faculté dispose-t-elle d'une recherche communautaire ?	115	1,6±0,8
Score total= 16,14 ± 7,5		

4. Les perceptions et attitudes des étudiants sur leur rôle social :

Nous avons évalué la satisfaction des participants vis-à-vis des affirmations concernant leurs perceptions de leur rôle social sur une échelle de 5 allant de « Fortement en désaccord » à « Fortement d'accord ». (N=257) (Tableau V) :

– Rôle de la faculté dans la responsabilité sociale :

- La majorité des étudiants (71,3%), pensaient que la faculté de médecine a l'obligation formelle d'enseigner aux étudiants l'importance du plaidoyer (défense des intérêts et droits, action sociale).

- Pour 89,4% des étudiants c'est le devoir de la faculté d'encourager le travail communautaire et 89,3% pensaient que les médecins devraient participer aux activités communautaires.
- Selon 60,8% des étudiants, la faculté de médecine n'avait pas le devoir de cultiver la culture d'altruisme chez les étudiants.
- Plus de la moitié des étudiants (63,5%) pensaient que les études médicales limitent les étudiants d'avoir des activités para universitaire (bénévolat, travail associatif...).
- 91,6% des étudiants pensaient que c'est le devoir de la faculté de médecine d'identifier les besoins de santé de la population et les prendre en compte dans les enseignements donnés

– Rôle de l'étudiant dans la responsabilité sociale :

- Plus de la moitié des étudiants (53,8%) pensaient qu'ils devraient se préoccuper des besoins prioritaires de la population locale en matière de santé.
- Moins de la moitié des étudiants (40,3%), pensaient que les étudiants en médecine ne devraient pas orienter leurs apprentissages spécifiquement vers les besoins locaux prioritaires en matière de santé.
- Presque la moitié des étudiants (40,7%) pensaient que les besoins prioritaires en matière de santé ne concernent pas les médecins, c'est plutôt le rôle de professions administratives ou gouvernementales.
- Être médecin, c'est une fonction à l'égard des malades, il ne s'agit pas de se préoccuper des besoins de la communauté pour 70,1% des étudiants.
- Afin d'avoir une idée sur la santé mondiale, la majorité des étudiants pensaient qu'il faut faire un stage en international (91,5%).
- La majorité des étudiants (79,3%) pensaient que les étudiants n'ont pas vraiment un rôle dans la société et ils devraient se concentrer sur leurs études.

Tableau V : Répartition des perceptions des étudiants sur leur rôle social

	Fortement en désaccord(%)	En désaccord(%)	Neutre (%)	D'accord (%)	Fortement d'accord(%)
La faculté de médecine a l'obligation formelle d'enseigner aux étudiants l'importance du plaidoyer (défense des intérêts et droits, action sociale)	0	4	24,7	32,5	38,8
La faculté de médecine doit encourager le travail communautaire ou le travail de bénévolat	0,8	1,2	8,6	36,8	52,6
La faculté de médecine n'a pas le devoir de cultiver la culture d'altruisme chez les étudiants	34	26,8	24,4	8,8	6
Les études médicales limitent les étudiants d'avoir des activités para universitaire (bénévolat, travail associatif ...)	3,2	17	16,3	40,5	23
La faculté de médecine doit identifier les besoins de santé de la population et les prendre en compte dans les enseignements donnés	0,8	0	7,6	46,2	45,4
Les étudiants n'ont pas vraiment un rôle (contribution) dans la société et ils doivent se concentrer sur leurs études	37	42,2	12,4	6,4	2
Les étudiants en médecine devraient orienter leurs apprentissages spécifiquement vers les besoins locaux prioritaires en matière de santé	10	30,3	27	28,7	4
Les étudiants en médecine doivent se préoccuper des besoins prioritaires de la population locale en matière de santé	4,8	13,9	27,5	46,2	7,6
Faire un stage international est important pour l'étudiant afin d'avoir une idée sur la santé mondiale	0,4	1,2	7,2	21,9	69,6
Les besoins prioritaires en matière de santé ne concernent pas les médecins, mais plutôt le rôle de professions plus administratives ou gouvernementales	10	30,7	30,6	17,5	11,2
Être médecin, c'est une fonction à l'égard des malades, il ne s'agit pas de se préoccuper des besoins de la communauté	19,5	50,6	15,5	12	2,4
Les médecins devraient participer aux activités communautaires	0	1,2	9,6	54,2	35

% : Pourcentage

4.1. La responsabilité sociale en tant qu'étudiant :

La majorité des étudiants 69% pensaient avoir une responsabilité envers la société et 26% ont répondu par "je ne sais pas". (N=257) (Figure 15)

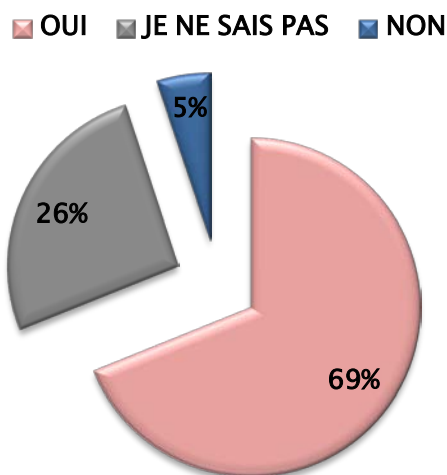


Figure 15 : Répartition des étudiants selon leur responsabilité sociale en tant qu'étudiant

a. Les items de la responsabilité sociale en tant qu'étudiant selon la réponse à la question ouverte :

Pensez-vous qu'en tant qu'étudiant, vous avez une responsabilité envers la société ? :

Nous avons regroupé les items en thématiques dans le tableau suivant : (N=122) (Tableau VI)

Tableau VI : Les catégories des réponses à la question ouverte de la responsabilité sociale en tant qu'étudiant

Les catégories des réponses (suite à une analyse textuelle du contenu thématique)	Extraits
Bonne qualité des études médicales	<i>Ma responsabilité c'est de bien travailler pour que ma société bénéficie de mes connaissances</i> <i>A ce stade ma tâche c'est d'étudier pour devenir un jour médecin</i>
Participation active de l'étudiant au développement de la société	<i>Être actif productif afin de veiller à son développement,</i> <i>Protéger l'environnement</i> <i>Sensibilisation de l'entourage, Prévention primaire,</i>
Valeurs de la responsabilité sociale	<i>Maîtriser les valeurs de responsabilité et de bonne citoyenneté, Être un bon citoyen</i> <i>En faisant mon travail sérieusement et honnêtement</i>
Responsabilité sociale n'est pas une obligation	<i>La responsabilité sociale n'est pas une obligation</i> <i>Objectif de prévention, de communication de partage de savoir (tout ceci est souhaitable mais non obligatoire)</i>

4.2. La responsabilité sociale en tant que médecin praticien :

Dans notre échantillon, la majorité des étudiants 88% pensaient qu'ils auront une responsabilité sociale en tant que médecin praticien, et 10% ont répondu par "je ne sais pas". (N=256) (Figure 16)

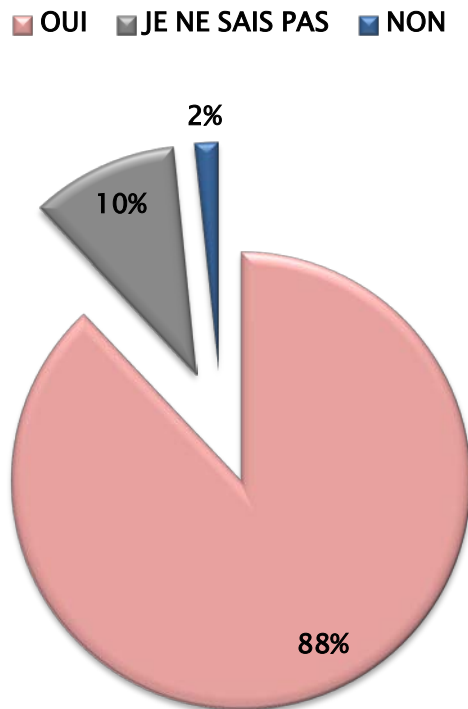


Figure 16 : Répartition des étudiants selon leur responsabilité sociale en tant que médecin praticien

- a. Les items de la responsabilité sociale en tant que médecin praticien selon la réponse à la question ouverte : Pensez-vous qu'une fois médecin praticien, vous aurez une responsabilité sociale vis-à-vis de la société ? :

Nous avons regroupé les items en thématiques dans le tableau suivant : (N=135)
(Tableau VII)

Tableau VII : Les catégories des réponses à la question ouverte de la responsabilité sociale en tant que médecin praticien

Les catégories des réponses (suite à une analyse textuelle du contenu thématique)	Extraits
Offre des soins	<i>Traiter les malades, Fournir le soin Qualité des soins</i>
Participation active du praticien au développement de la société	<i>La prévention et la sensibilisation Éducation pour la santé Travail associatif</i>
Valeurs de la responsabilité sociale	<i>La responsabilité de m'adonner à mon travail avec honnêteté, humanité La discipline, Toujours disponible,</i>
Responsabilité sociale n'est pas une obligation	<i>La responsabilité sociale n'est pas une obligation Objectif de prévention, de communication de partage de savoir (tout ceci est souhaitable mais non obligatoire)</i>
Déontologie médicale	<i>Respecter les lois et les règles d'éthique Respect du secret professionnel, Respecter le serment</i>
Responsabilité médicale du médecin	<i>Responsabilité médicale du médecin</i>
Responsabilité sociale et la vie privée du médecin	<i>La responsabilité sociale ne doit pas interférer avec la vie privée du médecin</i>

5. Remarques et suggestions des étudiants :

Nous avons regroupé les remarques des étudiants en thématiques dans le tableau suivant: (N=27) (Tableau VIII).

Tableau VIII : Répartition des remarques et suggestions des étudiants en thématiques

Thèmes	Extraits
Activités para-universitaires	<i>j'espère Bien qu'une activité para universitaire ferait partie du Planning hebdomadaire, afin d'encourager l'étudiant d'y adhérer Améliorer la vie para universitaire des étudiants</i>
La communication avec l'étudiant sur la responsabilité sociale	<i>Il faudrait plus de communication Le premier maillon de responsabilisation sociale est la communication avec l'étudiant pour lui expliquer l'importance de cette responsabilité</i>
Gestion du temps	<i>J'espère bien avoir une formation sur comment équilibrer mon temps entre travail associatif et études</i>
Améliorer la qualité de formation	<i>Il va falloir revoir le programme d'étude car il y'a beaucoup de parties dont on aura jamais besoin en tant que médecin et ça ne fait que compliquer la tâche</i>
Gouvernance	<i>Le médecin tout seul est incapable de régler les problèmes qu'on affronte dans les différents centres de santé c'est pour cela on doit se coopérer pour pousser le gouvernement et les autorités à nous aider et d'améliorer l'état de ces centres.</i>
Échange	<i>J'aurais aimé qu'il y'ait des échanges avec d'autres universités internationales, et aussi des sorties médicales</i>
Travail associatif	<i>Je pense qu'on peut faire mieux pour communiquer les opportunités de travail associatif</i>

III. Résultats de l'analyse bi-variée des facteurs déterminants de la responsabilité sociale :

Nous représentons dans le tableau IX les résultats de l'analyse bi-variée des facteurs déterminants de la responsabilité sociale :

- Nous avons trouvé que les participants de sexe féminin étaient plus sensibles à la responsabilité sociale avec 71,9%, que ceux du sexe masculin 63,3%. Ce résultat était statistiquement non significatif car $p = 0,103$.
- La moyenne d'âge chez les étudiants ayant exprimé une attitude positive à la responsabilité sociale était de 20.65 ± 2.7 ans, et de 20.42 ± 2.3 ans chez les autres étudiants. Cette différence n'était pas statistiquement significative $p = 0,5$.

- Les étudiants du 2ème cycle, étaient plus sensibles à la responsabilité sociale avec 72,9%, que ceux du 1er cycle (64,3%). Mais cette différence était statistiquement non significative car $p = 0,09$.
- Les étudiants qui étaient membres d'une association, avaient une attitude positive à la responsabilité sociale avec 82,1% versus ceux qui ne l'étaient pas (65,2%). Cette différence était statistiquement significative car $p = 0,01$.
- Les étudiants qui pratiquaient l'éducation médicale (83,8%), action sociale (82,7%), bénévolat (86,4%), comme activités associatives étaient plus sensibles à la responsabilité sociale avec des valeurs p statistiquement significatives car $p < 0,05$.
- Les étudiants qui connaissaient le concept, étaient plus sensibles à la responsabilité sociale avec 76,7%, que ceux qui ne le connaissaient pas avec 64,9%. Cette différence était statistiquement significative car $p = 0,035$.

Tableau IX : Les facteurs déterminants de la responsabilité sociale de l'étudiant

Facteurs déterminants	La responsabilité sociale de l'étudiant		La valeur <i>p</i>
	OUI (N=175) n (%)	NON ou Je Ne Sais Pas (N=80) n (%)	
<u>Sexe :</u>			
• <u>Femme :</u>	120 (71,9)	47 (28,1)	0,103
• <u>Homme :</u>	57 (63,3)	33 (36,7)	
<u>Age (moyenne±écart type en années) :</u>	20,65±2,7	20,42±2,3	0,5
<u>Année d'étude :</u>			
• <u>Premier cycle :</u>	81 (64,3)	45 (35,7)	0,09
• <u>Deuxième cycle :</u>	94 (72,9)	35 (27,1)	
<u>Membre d'une association :</u>			
• <u>Oui :</u>	46 (82,1)	10 (17,9)	0,01
• <u>Non :</u>	131 (65,2)	70 (34,8)	
<u>Les types des activités associatives :</u>			
• <u>Manifestations créatives :</u>	32 (76,2)	10 (23,8)	0,175
• <u>Environnement et nature :</u>	29 (72,5)	11 (27,5)	0,367
• <u>Action sociale</u>	43 (82,7)	9 (17,3)	0,010
• <u>Bénévolat :</u>	38 (86,4)	6 (13,6)	0,003
• <u>Éducation pour la santé :</u>	31 (83,8)	6 (16,2)	0,023
• <u>Communication et prévention :</u>	23 (82,1)	5 (17,9)	0,078
<u>Connaissance du concept de la responsabilité sociale :</u>			
• <u>Oui :</u>	66 (76,7)	20 (23,3)	0,035
• <u>Non :</u>	111 (64,9)	60 (35,1)	

n : Effectif

p : Degré de signification

% : Pourcentage

Schématiquement deux facteurs ont été significativement associés à l'attitude socialement responsable. (Figure 17)

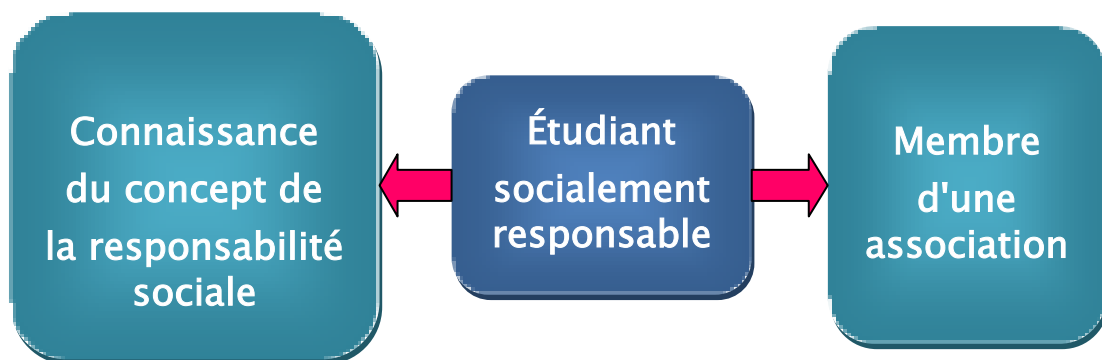


Figure 17: Récapitulatif des facteurs déterminants la responsabilité sociale chez les étudiants



DISCUSSION



I. Généralités :

Depuis plusieurs décennies le développement du système de santé à travers le monde traverse une crise à savoir : déficit en personnels de santé, répartition inadéquate de ces derniers en regard des besoins de santé, manque en ressources humaines pour les soins de santé primaire, migration des professionnels de santé vers des zones de plus grande attractivité financière et sociale et surtout vers l'étranger, démedicalisation des régions rurales, démotivation des professionnels de santé, transition démographique et épidémiologique avec une augmentation importante des morbidités, le nouveau type de « patient » (actif, informé et critique) engendré par les développements scientifiques, technologiques et culturels importants, manque de confiance des citoyens vis-à-vis de leur médecin et d'autres (34).

Afin de faire face à cette crise, il est indispensable de commencer par une éducation médicale ayant comme objectif principal la formation de diplômés capables de répondre le plus efficacement aux problèmes de santé de la population d'où l'intérêt de faire appel à la responsabilité sociale des facultés de médecine en allant de l'identification des besoins de santé des personnes et de la société à la vérification des effets de l'éducation médicale sur la satisfaction de ces besoins guidée par des valeurs de qualité, d'équité, de pertinence et de coût-efficacité (35) (36).

Cependant, il n'est pas clair comment la responsabilité sociale est mise en œuvre dans l'enseignement médical et pratique et comment les étudiants la perçoivent.

La revue de littérature était riche en publications sur la définition de la responsabilité sociale et ses valeurs et sa relation avec l'éducation médicale, mais la recherche était rare ainsi que la majorité des études faites dans ce sens étaient qualitatives par groupe de discussions ou par entretiens individuels.

L'intérêt de notre étude était de décrire le point de vue des étudiants et évaluer la responsabilité sociale de notre faculté. Et ainsi les impliquer indirectement via la recherche amorcée par la FMPM dans le champ large de la responsabilité sociale.

A cet effet, nous avons recruté 271 étudiants et parmi les questionnaires collectés 14 ont été rejetés car incomplets ou mal remplis. Au total, nous avons retenu 257 questionnaires exploitables soit un taux de réponse de 12,7%.

II. Résumé des résultats :

Au terme de la collecte de données par le biais d'un questionnaire électronique, il s'est avéré que dans notre échantillon, la majorité était de sexe féminin (65%), âgée de $20,6 \pm 2,6$ ans en moyenne.

L'étude de la répartition des étudiants selon leur année d'étude a retrouvé un maximum de participation de la part des étudiants de la 1ère année à hauteur de 29%, et un minimum de la part des étudiants de 7ème année à hauteur de 4% du total des répondants.

En ce qui concerne les activités para-universitaires et le travail associatif la majorité des étudiants n'exerçaient aucune activité soit 71% et n'était pas membre d'une association pour 78%, et le type d'activité associative le plus fréquent était dominé par "l'action sociale" avec 92,8%.

Au sujet de la connaissance du concept de la responsabilité sociale, seuls 33,5% avaient déjà entendu parler du concept et c'était en rapport avec "Avoir un engagement vis-à-vis de sa communauté". La majorité des étudiants soit 75,1% ont choisi "Avoir un engagement vis-à-vis de sa communauté" comme définition du concept de la responsabilité sociale, suivie par "Être un bon citoyen" avec 66,1%, puis "Être responsable de ses actes" avec 56,4%, puis "Responsabilité médicale du médecin" avec 38,5%, et enfin "Devoir de la faculté de médecine envers ses étudiants" avec 34,2% du total des répondants.

La note d'évaluation moyenne par les étudiants pour la responsabilité sociale de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech était de $16,14 \pm 7,5$. Les étudiants pensaient suite à l'interprétation du score selon le TOOLKIT, que la faculté disposait de quelques stratégies de responsabilité sociale et il est nécessaire de chercher des moyens pour plaider en faveur du renforcement de ses stratégies et de la construction sur elles.

La majorité des étudiants (71,3%), pensaient que la faculté de médecine a l'obligation formelle d'enseigner aux étudiants l'importance du plaidoyer (défense des intérêts et droits, action sociale).

Pour 89,4% des étudiants c'est le devoir de la faculté d'encourager le travail communautaire et 89,3% pensaient que les médecins devraient participer aux activités communautaires.

Selon 60,8% des étudiants, la faculté de médecine n'avait pas le devoir de cultiver la culture d'altruisme chez les étudiants.

Plus de la moitié des étudiants (63,5%) pensaient que les études médicales limitent les étudiants d'avoir des activités para universitaires (bénévolat, travail associatif...).

Plus de la moitié des étudiants (53,8%) pensaient qu'ils devraient se préoccuper des besoins prioritaires de la population locale en matière de santé. Moins de la moitié des étudiants (40,3%), pensaient que les étudiants en médecine ne devraient pas orienter leurs apprentissages spécifiquement vers les besoins locaux prioritaires en matière de santé.

91,6% pensaient que c'est le devoir de la faculté de médecine d'identifier les besoins de santé de la population et les prendre en compte dans les enseignements donnés.

Presque la moitié des étudiants (40,7%) pensaient que les besoins prioritaires en matière de santé ne concernent pas les médecins, c'est plutôt le rôle de professions administratives ou gouvernementales.

Être médecin, c'est une fonction à l'égard des malades, il ne s'agit pas de se préoccuper des besoins de la communauté pour 70,1% des étudiants et pour 79,3% les étudiants n'ont pas vraiment un rôle dans la société et ils devraient se concentrer sur leurs études.

Afin d'avoir une idée sur la santé mondiale, la majorité des étudiants pensaient qu'il faut faire un stage en international soit 91,5%.

Plus de la moitié des étudiants (69%) pensaient avoir une responsabilité envers la société en tant qu'étudiant. A ce stade, les thèmes sortis étaient en rapport avec "La bonne qualité des études médicales", "de la participation active de l'étudiant au développement de la société", "Les valeurs de la responsabilité sociale", et "La responsabilité sociale n'est pas une obligation".

La majorité des étudiants (88%) pensaient qu'ils auront une responsabilité sociale en tant que médecin praticien. A ce stade, les thèmes sortis étaient en rapport avec "L'offre de soins",

"Les valeurs de la responsabilité sociale", "La participation active du médecin praticien au développement de la société", "La déontologie médicale", "La responsabilité médicale du médecin", "La responsabilité sociale et la vie privée du médecin".

III. Discussion des résultats :

1. Activités para-universitaires et le travail associatif :

1.1 Activités para-universitaires :

Dans notre échantillon, la majorité des étudiants n'exerçaient pas des activités en para-universitaires soit 71% du total des répondants. Ceci pourrait s'expliquer par le parcours médical stressant et difficile qui suscite un travail personnel intensif, des stages exigeants, et une organisation du travail, ce qui peut présenter un défi pour l'étudiant à trouver un juste équilibre entre sa formation et les activités para universitaires. Ces activités ont cependant un rôle essentiel pour :

- Favoriser l'insertion rapide de l'étudiant au sein de sa faculté.
- Se distraire.
- S'ouvrir sur l'établissement.
- Apprendre à travailler en groupe.
- Contribuer à la responsabilisation des étudiants.
- Développer le sens de la créativité.
- Développer des compétences complémentaires.
- Développer la confiance en soi.
- Activer la vie étudiante et améliorer les conditions des études.
- Nourrir l'altruisme et les bonnes valeurs humaines (l'entraide, la réciprocité, la solidarité, l'écoute, la bienveillance, l'empathie, la fraternité, l'affection et l'amour envers les autres...).

- Développer la personnalité.
- Préparer les étudiants à intégrer le monde professionnel.
- Enrichir la vie sociale.

1.2 Le travail associatif :

La majorité des étudiants n'étaient pas membre d'une association soit 78,5% du total des répondants. Ces résultats pourraient être expliqués par :

- La contrainte de temps.
- Les étudiants de la FMPM ne sont pas au courant des associations existantes hébergées par leur faculté et de leur intérêt.
- Le manque d'encouragement d'intégrer le travail associatif.
- Le désintérêt des étudiants pour la vie associative.
- La timidité de certains étudiants à intégrer la vie associative.
- La phobie sociale.

1.3 La relation entre les études médicales et les activités para-universitaires :

Dans notre échantillon, la majorité des étudiants 89,4% percevaient que la faculté de médecine devrait encourager le travail communautaire, ainsi 89,3% pensaient que les médecins devraient participer aux activités communautaires, cependant 63,5% trouvaient que les études médicales limitaient les étudiants d'avoir des activités para-universitaires, cela pourrait s'expliquer par le fait que les étudiants se trouvaient devant un programme lent à réussir, des stages à valider, une grande exigence académique, laissant peu de temps aux activités para-universitaires, et rendant l'étudiant désintéressé de pratiquer autre chose que la médecine, mais lorsqu'ils se mettaient dans le statut d'un futur médecin ils pensaient directement à leur contribution dans la société.

Dans ce contexte, une étude a été faite au Royaume-Uni à l'université de Sheffield par Marie Louise et Deborah Eaton en 2014, sur la perception des étudiants de la responsabilité sociale de la faculté de médecine via 5 groupes de discussions de 5 ou 7 participants chacun

(N=46), a retrouvé les mêmes résultats chez la majorité des étudiants en pensant que le temps à la faculté de médecine avait écrasé leur motivations à cause de la formation axée sur les résultats(37).

2. Le concept de la responsabilité sociale :

2.1. La connaissance du concept de la responsabilité sociale par les étudiants :

Entre 2014-2016, une série d'études a été menée en France à la faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers, sur la perception de la responsabilité sociale par différents professionnels de santé excepté les étudiants (via des groupes de discussions), et avait conclu à une méconnaissance du concept par la majorité des participants (38-46).

De même l'étude faite par Moses Galukande en 2012, en Afrique subsaharienne au Collège des sciences de la santé "Makerere", sur la perception des étudiants en médecine de la responsabilité sociale à travers une étude qualitative portant sur douze groupes de discussions, avait conclu à une méconnaissance du concept, cependant les étudiants soutenaient que c'est le la responsabilité de l'individu d'être "sensible" aux besoins des communautés desservies par l'individu (47).

L'étude de Marie Louise et Deborah Eaton, avait conclu au même résultat : Les étudiants méconnaissent le concept de la responsabilité sociale (37).

Enfin, une étude a été réalisée à la faculté de médecine de l'Inde du Sud par Vijayarani Kannaiyan en 2016, qui a porté sur 237 étudiants, dont 62% n'étaient pas au courant du concept de la responsabilité sociale, et 38,4% ont exprimé leur égocentrisme (48).

Dans notre étude, nous avons noté une méconnaissance des étudiants du concept de la responsabilité sociale pour 67 % du total des répondants. Ce résultat était similaire aux études ci-dessus. Ceci pourrait être expliqué par :

- La nouveauté et la complexité du concept pour les étudiants.
- Le concept ne semble pas familier par les étudiants.

- La méconnaissance des étudiants des projets de la faculté.
- La non intégration du concept dans les programmes de formation des étudiants.

2.2. Les différentes définitions du concept de la responsabilité sociale selon les étudiants :

Devant les choix multiples que nous avons proposé aux étudiants pour la définition de la responsabilité sociale, la majorité des étudiants soit 71,6% du total des répondants avaient choisi "Avoir un engagement vis-à-vis de sa communauté ", ce qui montre déjà que les étudiants sont impliqués implicitement dans la responsabilité sociale et les différentes approches d'apprentissage fournies par leur faculté avaient peut être un impact positif sur leurs attitudes responsables et leur sens de responsabilité envers la société.

Il est nécessaire de rappeler que la responsabilité sociale a été définie par l'OMS comme : "l'obligation d'orienter la formation qu'elles donnent, les recherches qu'elles poursuivent et les services qu'elles dispensent, vers les principaux problèmes de santé de la communauté, région et ou nation qu'elles ont comme mandat de desservir " (1).

En effet, la définition la plus choisie par nos étudiants était proche de celle définie par l'OMS.

3. La perception et l'évaluation des étudiants de la responsabilité sociale de la FMPPM par le TOOLKIT :

3.1. Évaluation de la faculté de médecine :

a. Évaluation externe et Accréditation :

Pour répondre aux exigences des citoyens, les autorités sanitaires et académiques à travers le monde se préoccupent à avoir des personnels de santé plus nombreux, plus diversifiés, mieux formés, mieux répartis sur le territoire. Pour cela il est nécessaire de poser des normes de qualité à suivre pour évaluer et examiner un système de santé afin d'évoluer et assurer une meilleure qualité, équité, pertinence et efficience dans sa prestation de services, et que la répartition des rôles et des tâches entre les professions de santé devra s'adapter en conséquence (49).

Ainsi, une faculté de médecine devrait être réexaminée pour sa capacité à anticiper les besoins et attentes de la société, à former le futur médecin à de nouvelles compétences en conformité avec ces besoins et en concertation avec les autres professions du domaine sanitaire et social, à promouvoir des modes de pratiques permettant aux futurs diplômés d'exercer pleinement l'éventail des compétences acquises, à collaborer étroitement avec les autres partenaires de santé à promouvoir un système de santé mieux adapté (50,51).

L'évaluation de la responsabilité sociale est désormais parmi les critères pour l'accréditation des facultés de médecine. Dans ce sens, la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech a été accréditée en 2019 par la CIDMEF (6).

Parmi les stratégies possibles pour faire évoluer l'institution de formation des professionnels de santé, celle de l'accréditation est probablement la meilleure car, en même temps qu'elle soutient les états dans leur obligation de régulation pour institutionnaliser une démarche de qualité, elle offre à chaque institution un guide pour conduire son propre développement. Il est important donc qu'on lui accorde une grande attention, en particulier en ajustant l'éventail des normes au regard des principes de responsabilité sociale car il est essentiel que l'institution de formation soit « créditée » pour sa capacité à satisfaire la société dans ses besoins fondamentaux de santé (52).

L'accréditation est un processus par qu'un organisme statutaire évalue et reconnaît un établissement d'enseignement et ou son programme en ce qui concerne les critères approuvés. C'est un moyen d'assurance qualité, mais aussi un pouvoir fort pour renforcer le besoin d'amélioration et de réformes. Il doit être réalisée selon des normes internationalement reconnues et transparentes et doit avant tout promouvoir la qualité de développement, ainsi toutes les facultés de médecine devraient viser l'excellence en matière de responsabilité sociale (50,51).

Plusieurs organismes d'accréditation existent dans le monde :

a.1. CIDMEF :

Le conseil d'évaluation de la CIDMEF qui a établi une politique d'évaluation des programmes de médecine. Deux types d'évaluation, la première, une évaluation volontaire et formative, avec ses propres objectifs en concertation avec un partenaire facultaire et intégrant les dimensions de la responsabilité sociale. Deuxièmement de la part de la CIDMEF, la possibilité de faire un exercice normatif où la faculté est classée « Label CIDMEF » qui a été établie à partir du WFME (The World Federation for Medical Education) (voir au dessous) en 2007. Il s'agit donc ici d'une organisation externe de la faculté qui lui apportera non seulement les améliorations possibles, mais aussi une situation conforme ou non de la faculté concernée, et ce dans neuf domaines (53) :

- Mission et objectifs.
- Gouvernance et administration.
- Programme 1^{er} et 2^e cycle.
- Programme de 3^e cycle.
- Étudiants.
- Formation médicale continue.
- Recherche et coopération internationale.
- Ressources.
- Développement institutionnel continu.

Pour l'instant, cet exercice est une épreuve volontaire de la faculté, mais pourrait devenir éventuellement une obligation.

a.2. Le LCME américain (*Liaison Committee on Medical Education*) :

Le LCME existe dans les suites du rapport Flexner en 1910 et continue au travers des années à affuter ces critères de développement des facultés de médecine en Amérique du Nord. Toutes les facultés de médecine en Amérique du nord doivent s'y conformer. Donc contenu normatif, conduisant à la possibilité de mise hors cadre d'une faculté non accréditée.

a.3. Le CACMS (Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools) :

Le CACMS travaille de concert avec le LCME pour les accréditations de toutes les facultés de médecine canadiennes, et ce de longue durée. Elle tient compte cependant des particularités canadiennes sur les thèmes qui la préoccupent, entre autres la responsabilité sociale et les normes de formation. Elle est fortement en lien avec les 17 facultés de médecine du Canada, et les orientations du pays en ce qui a trait à l'enseignement et des besoins en santé de la population. Elle travaille actuellement en collaboration avec la CIDMEF sur les processus d'accréditation.

a.4. WFME (The World Federation for Medical Education) :

Le WFME a pour mission d'améliorer la qualité de l'éducation médicale dans le monde et de promouvoir les plus hauts standards des accréditations. Il cherche aussi à promouvoir l'accréditation dans les facultés médicales, le développement de banques de données évoluées sur l'éducation médicale. Il couvre toutes les activités dans les stages, autant en préclinique qu'en clinique et en post-gradué, en enseignants spécialistes et en recherche, et finalement en développement professionnel médical (54).

Le programme mondial de normalisation WFME a un statut internationalement reconnu en tant qu'instrument d'accréditation et à un deuxième niveau de réalisation fournit un soutien pour le développement de la qualité et fournit des outils pour l'accréditation mais aussi des conseils pour les réformes et l'amélioration de la qualité. Cet instrument peut fournir les systèmes de soins de santé localement et globalement avec les compétences nécessaires pour les meilleurs soins des patients et soutenir le développement de la médecine et de la société par la recherche et l'amélioration (53).

a.5. ASPIRE (International Recognition of Excellence in Education) :

Touchant les missions médicales, dentaires et vétérinaires, cet exercice donne une reconnaissance à un processus d'enseignement avec la recherche. Il fait la reconnaissance de l'excellence internationale en éducation médicale. Le programme ASPIRE a été mis en place après les processus traditionnels d'accréditation et a établi des critères qui identifient l'excellence de niveau mondial en éducation (55,56).

b. Évaluation interne de la faculté :

Malgré la reconnaissance externe de l'excellence de notre faculté, une évaluation interne s'impose par le recueil des points de vue des différents intervenants, dans notre cas une évaluation par les étudiants serait prise en considération dans l'amélioration de la formation.

Plusieurs outils d'évaluation ont été proposés pour évaluer la responsabilité sociale d'une faculté de médecine, on en cite :

b.1. Le CARE (Activité clinique, Plaidoyer, Recherche, Education) :

Grâce au CARE les facultés de médecine peuvent évaluer les professionnels de santé et prendre des nouvelles mesures pour apporter les modifications nécessaires pour devenir plus socialement responsable.

En réponse aux appels à la responsabilité sociale des facultés de médecine, le modèle CARE (Activité clinique, plaidoyer, Recherche, Éducation et Formation) est un outil d'orientation pour les initiatives de responsabilité sociale vers les problèmes de santé prioritaires et moyen d'évaluation.

Les facultés et les comités d'étudiants ayant utilisé cet outil ont eu des effets considérables sur la faculté et communautés : des changements de programmes, admissions dans la communauté, programmation internationale et expériences éducatives (57).

b.2. Les sites WEB des facultés :

Les facultés de médecine étaient encouragées à élaborer et à publier des documents de mission décrivant leurs objectifs et leurs buts. Ainsi l'évaluation institutionnelle de la performance, y compris la responsabilité sociale, pourrait alors incorporer les résultats en fonction des objectifs énoncés. L'adoption généralisée de la technologie internet a permis aux facultés de présenter leur travail et la plupart des sites Web ont inclus des variations sur le concept des énoncés de mission. Le format et le contenu sont très variables, mais il existe une vision commune de trois rôles intégraux, à savoir l'éducation, l'avancement des connaissances et le service à la société. Autres thèmes fréquents comprennent la tradition et la perspective historique, le service aux communautés désignées, et l'analyse comparative des normes

d'accréditation. Ce cadre faciliterait l'échange d'idées et montrerait comment les facultés de médecine remplissent leurs missions, c'est une nouvelle ressource précieuse pour les échanges internationaux des approches et des idées dans l'enseignement médical et en général dans la médecine universitaire (58).

b.3. La grille d'évaluation de l'OMS :

L'OMS avait proposé une grille d'auto-évaluation à utiliser par chaque faculté de médecine afin de vérifier jusqu'à quel point sa mission comprend un engagement à satisfaire les besoins de santé de la communauté et ou du pays qu'elle a comme mandat de desservir et évaluer sa progression vers la responsabilité sociale dans chacun des trois domaines qui sont de son ressort : formation, recherche et services (1).

b.4. THE net: Training for Health Equity Network :

Les écoles des professionnels de santé qui œuvrent pour la responsabilité sociale ont fondé le Training for Health Equity Network (THEnet) chargées de former des diplômés dotés de compétences et d'attitudes pour s'attaquer aux inégalités en matière de santé et répondre aux besoins de santé prioritaires. Les tests pilotes ont prouvé que le cadre d'évaluation était acceptable et faisable dans tous les contextes et ont produit des résultats utiles au niveau des facultés.

Le cadre a été élaboré en collaboration sur la conceptualisation de Boelen et Woollard, production et modèle d'utilisabilité (CPU). Il comprend des éléments clés, liés à des énoncés ambitieux, des indicateurs et des outils de mesure suggérés. Trois sections du cadre considèrent: Comment notre faculté fonctionne-t-elle ? Qu'est-ce qu'on fait ? et quelle différence faisons-nous ?

Le cadre est conçu comme un exercice formatif pour aider les facultés à jeter un regard critique sur leurs performances et leurs progrès vers la responsabilité sociale. Des initiatives visant à mettre en œuvre le cadre plus largement sont en cours. Le cadre aide efficacement à identifier les forces, les faiblesses et les lacunes, afin que les facultés s'efforcent d'auto-amélioration continue (59,60).

b.5. Le score TOOLKIT :

C'est l'outil d'évaluation que nous avons utilisé dans notre travail afin d'évaluer notre faculté. C'est un outil développé par les étudiants en médecine, en partenariat avec Training For Health Equity (THEnet) et la Fédération Internationale des Associations des Etudiants en Médecine (IFMSA), qui permet aux étudiants d'évaluer leur faculté et ainsi d'identifier ses problèmes et les domaines d'amélioration (9).

La note d'évaluation moyenne de la responsabilité sociale de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech obtenu par nos étudiants était de $16,14 \pm 7,5$, donc les étudiants pensaient que la faculté disposait de quelques stratégies de responsabilité sociale, et il faut chercher les moyens pour plaider en faveur du renforcement de ses stratégies et de la construction sur elles.

Dans la revue de littérature, nous n'avons trouvé aucune publication sur l'évaluation de la responsabilité sociale de la faculté de médecine, par le TOOLKIT, cependant une étude faite à l'université de Gezira Soudan en 2016, qui avait utilisé la grille de la responsabilité sociale élaborée par l'OMS, a conclu que la faculté de médecine est socialement responsable et réactive et progresse avec succès pour devenir pleinement socialement responsable (61).

4. Les perceptions et attitudes des étudiants sur leur rôle social :

Il existe des preuves que la confiance du public diminue vis-à-vis des médecins qui sont face à de puissantes menaces pesant sur leurs valeurs professionnelles. Le rôle de l'éducation médicale est primordial pour préparer les futurs médecins à reconnaître et surmonter ces menaces, pour ce faire il faudra un changement substantiel dans la culture et l'environnement de l'éducation médicale.

Le professionnalisme est essentiel pour soutenir la confiance du public dans la profession médicale, il est défini comme le moyen par lequel les médecins remplissent les conditions médicales et c'est un contrat de la profession avec la société. Les attributs spécifiques qui ont longtemps été compris pour animer le professionnalisme sont l'altruisme, le respect, l'honnêteté,

l'intégrité, le respect, l'honneur, l'excellence et la responsabilité, c'est donc l'essence de la relation médecin-patient (62) (63).

Les catégories de responsabilités requises pour soutenir le professionnalisme :

- Maintenir sa compétence professionnelle.
- Être honnête avec les patients.
- Respecter la confidentialité des patients.
- Éviter les relations inappropriées avec les patients.
- Faire progresser les connaissances scientifiques.
- Remplir les obligations imposées par l'appartenance à la profession.
- Améliorer la qualité des soins.
- Améliorer l'accès aux soins.
- Promouvoir la juste répartition des ressources.
- Maintenir la confiance en gérant les conflits d'intérêts.

Les codes de professionnalisme et la responsabilité sociale offrent tous les deux des cadres pour préparer nos diplômés aux changements environnementaux mondiaux auxquels ils seront confrontés, les deux ont de nombreux chevauchements convenus : prestations des services, altruisme, partenariats avec la communauté, le public et les patients, développement de connaissances et compétences adaptées aux besoins des communautés (64) (65).

Le professionnalisme médical a identifié trois thèmes clés du professionnalisme :

- **Le professionnalisme interpersonnel** : répondre aux demandes des patients, l'altruisme et la prestation de services.
- **Le professionnalisme public** : responsabilité, soumission à un code d'éthique et d'autorégulation.
- **Le professionnalisme intra-personnel** : maintenir les normes et l'apprentissage tout au long de la vie (66).

4.1. Le plaidoyer :

La majorité des étudiants 71,3% pensaient que la faculté de médecine a l'obligation d'enseigner aux étudiants l'importance du plaidoyer. Ceci pourrait être expliqué par :

- Les étudiants étaient conscients de l'importance du plaidoyer dans la pratique médicale.
- Le besoin des étudiants du plaidoyer dans leur formation médicale.
- Les étudiants ont le sens de responsabilité, de justice sociale et de changement.
- Les étudiants ont le sens de protéger les patients et défendre leurs intérêts.

Rappelons que le plaidoyer est défini par "un processus visant à influencer les décideurs, c'est-à-dire les personnes qui ont le pouvoir d'effectuer un changement donné dans les politiques et ou les pratiques, au profit des populations ciblées par nos projets" (Défini et validé par le conseil d'administration des médecins du monde en 2007)" (67). Cette définition montre que les médecins ont la responsabilité de s'attaquer aux problèmes sociaux et rejoint la définition du profil du médecin « **cinq étoiles** » qui requiert d'être membre influent de la communauté (68) (69).

Afin d'éduquer les étudiants sur la responsabilité sociale et l'intérêt du plaidoyer, une étude a été faite à Canada par Danielle Baribeau en 2017, auprès des étudiants en médecine (n=254) en intégrant un stage clinique obligatoire en santé des sans-abri au programme, qui a démontré un grand intérêt des étudiants pour cette population et des attitudes humanistes à l'égard du sans-abrisme, ainsi l'étude avait conclu que la réalité quotidienne du plaidoyer pour les populations vulnérables peut contribuer de manière significative à un programme complet de plaidoyer, et ils ont suggéré que ce programme pourrait être adapté à d'autres contextes et populations (70).

Dans le même sens, une autre étude, a été réalisée en 2015 à la Corée de sud. Elle a examiné les changements dans les perceptions et attitudes ainsi que le sens de responsabilité chez les étudiants en médecine après avoir reçu une formation sur la sécurité des patients. L'étude a conclu à une nette amélioration des attitudes des étudiants. En effet, avant la formation, ils ont montré une bonne compréhension de l'inévitabilité de l'erreur, mais la plupart

des étudiants ont blâmé les individus pour leurs erreurs et ont exprimé un fort sentiment de responsabilité individuelle. Mais après la formation, les étudiants ont de plus en plus attribué les erreurs au dysfonctionnement du système et ont déclaré avoir plus confiance en eux pour parler des erreurs de leurs collègues. Cependant, en raison de la culture hiérarchique, les étudiants ont encore décrit des difficultés à communiquer avec les médecins seniors. L'éducation à la sécurité des patients a effectivement fait évoluer les attitudes des étudiants vers la pensée systémique et a accru leur sens de la responsabilité collective (71).

→ Donc, une réflexion sur le développement de cette compétence auprès de nos étudiants en s'inspirant des expériences internationales pourrait être une piste pour l'ancrage de la responsabilité sociale.

4.2. L'altruisme :

L'excellence des soins de santé ne pouvant être l'apanage de quelques-uns, la tendance à une action accrue vers une meilleure équité dans les soins de santé et l'état de santé est plus rassurante.

Des disparités manifestes existent entre les nations ainsi qu'au sein de chaque nation. L'objectif est d'éliminer la discrimination fondée sur la race, le sexe, la religion, la culture ou le statut socio-économique et de mettre en place des mécanismes permettant à chacun dans une communauté d'avoir accès à un ensemble minimal de services pour assurer une vie productive (72). La sensibilité croissante aux questions d'équité en santé va au-delà de l'attention ponctuelle aux pauvres et aux non-éduqués pour embaucher la société dans son ensemble, car la marginalisation par rapport au courant dominant des services de santé peut affecter des sous-groupes tels que les sans-abri, les sans emploi et ceux qui sont seuls. Ce sont des groupes dans lesquels chacun de nous pourrait se retrouver, parce que les circonstances de la vie peuvent amener n'importe qui au bord du désespoir, c'est pour cela que la société devrait être vigilante et prête à mobiliser la solidarité pour aider tous ceux qui risquent de perdre leurs droits sociaux, y compris le droit à la santé (73).

Dans notre étude, plus de la moitié des étudiants 60,8% pensaient que la faculté de médecine ne devrait pas cultiver la culture d'altruisme chez les étudiants. Ce résultat pourrait être expliqué par les propos suivants :

- Les motivations altruistes des étudiants pourrait être nourries sans avoir besoin de la faculté de médecine.
- Le devoir de la faculté est uniquement formateur.
- L'empathie et l'altruisme devraient exister chez tout être humain par nature.
- L'égoïsme des étudiants en médecine.

Nos résultats rejoignent ceux de Marie Louise et Deborah où la majorité des étudiants ne pensaient pas qu'il s'agissait d'un devoir de la faculté de se préoccuper de développer des qualités chez l'étudiant, son devoir est uniquement formateur, et c'est la présélection initiale des étudiants qui devrait identifier ces caractéristiques (37).

Dans la revue de littérature, les études faites dans ce sens ont montré que de nombreux étudiants en médecine entrent au début avec des motivations altruistes, mais elles se perdent au fil des années dans leur pratique médicale, d'où l'intérêt d'enseigner la responsabilité sociale aux étudiants (74).

4.3. L'identification des besoins de santé primaires de la population desservie :

Les soins de santé primaires sont une approche globale de la santé et du bien-être centrée sur les besoins et les préférences des individus, des familles et des communautés. Elles recouvrent des déterminants de santé plus larges et met l'accent sur le bien-être et la santé physique, mentale et sociale, considérés dans leur ensemble et de manière interdépendante (75). L'objectif est de fournir des soins aux personnes dans leur globalité, en fonction des besoins de santé tout au long de leur vie, et non pas simplement de traiter certaines maladies données. Les soins de santé primaires garantissent que les personnes reçoivent des soins complets, depuis la promotion et la prévention jusqu'au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, au plus près possible de leur environnement quotidien. Ainsi un problème de santé est soulevé par un

médecin, un patient, ou des membres de la communauté et en collaboration avec les parties prenantes mal desservies. Les médecins évaluent les besoins de la communauté pour répondre aux préoccupations quotidiennes et susciter un changement immédiat (76) (52) (77).

Le but de la responsabilité sociale dans le système d'enseignement médical est de satisfaire les besoins, de résoudre les problèmes de santé de la société et de former des médecins responsables et capables de servir leur communauté. Être socialement responsable dans le contexte d'une faculté de médecine, c'est mener des activités de santé, de recherche et de formation de manière à prioriser au mieux les besoins de santé des personnes desservies (78) (79).

Un menu de gestes que peuvent faire les médecins pour influencer encore davantage les politiques en matière de santé :

- Rejoindre ou créer une organisation de promotion de santé avec la collectivité.
- S'engager auprès d'organisations médicales, de soins de santé et de services sociaux pour fournir une action organisationnelle en vue d'améliorer les déterminants sociaux de la santé.
- Promouvoir des dispositions en matière de rémunération et de financement qui encouragent les soins axés sur les déterminants sociaux de la santé.
- Collaborer avec d'autres organisations pour établir un vaste soutien intersectoriel en faveur des politiques publiques visant à traiter les déterminants de la santé en amont (80) (81).

Dans notre étude, la majorité des étudiants 91,6% croyaient que c'est du devoir de la faculté de médecine d'identifier les besoins de santé de la population et les prendre en compte dans les enseignements donnés, et seulement 40,7% des étudiants pensaient que les besoins prioritaires en matière de santé ne concernaient pas les médecins, c'est plutôt le rôle de professions administratives ou gouvernementales. Ce résultat pourrait être expliqué par :

- En tant qu'étudiant, la priorité actuelle est le succès au niveau des études.
- Les étudiants comptaient sur ce que la faculté leur apprenne, et ils y font confiance.
- La faculté est perçue comme étant au centre de la formation des futurs professionnels de santé et donc comme le pilier par lequel les changements pourront se faire.

- La décision de la santé devrait inclure les médecins et non seulement la responsabilité des professions administratives et gouvernementales.
- Le rôle des médecins n'est pas un rôle purement médical.
- Le programme de la faculté est basée sur les résultats et non sur les compétences.

Nos résultats étaient similaires à l'étude de Marie Louise et Deborah qui a conclu au rôle de la faculté de médecine dans l'identification des besoins de santé primaires (37).

4.4. L'orientation des études vers les besoins locaux prioritaires en matière de santé :

La responsabilité sociale des facultés de médecine est un moyen de réconcilier les étudiants avec la société qu'ils desservent et les inciter à s'orienter vers les besoins locaux prioritaires en santé. Les étudiants en médecine peuvent plaider pour leur éducation afin de les préparer à des carrières dans tous les contextes, y compris avec des communautés vulnérables et mal desservies. En tant que « consommateurs » de l'enseignement médical, les étudiants sont les seuls à avoir une expérience complète des programmes de médecine et sont bien placés pour donner des conseils sur l'alignement des programmes avec les besoins éducatifs (82) (83) (84).

Cependant l'étudiant durant sa formation est amené à passer la majorité des stages à l'hôpital où il est confronté à des soins de santé secondaires ou tertiaires et des situations cliniques majoritairement spécialisées, qui sont généralement référées par des médecins généralistes (27) (85). D'où l'intérêt de la médecine de famille qui est axée sur les soins de première ligne, et dont les médecins sont amenés à traiter la majorité des problèmes de santé de la population (86) (87).

Dans cette mesure, le médecin généraliste devrait être capable de répondre à la demande de toutes les catégories de la communauté et il est nécessaire de sensibiliser le patient qui consulte directement le spécialiste et qui souvent demandent des examens complémentaires qui ne sont pas toujours utiles, croyant que ces derniers seraient à eux seuls d'assurer le diagnostic. Dans certains pays, pour faire face à cette situation, la médecine générale est devenue spécialité à part entière (5) (88).

D'autre part, le Maroc connaît une pénurie des médecins dans les milieux ruraux éloignés, et pour répondre aux besoins locaux prioritaires en matière de santé, il est important d'éliminer les disparités entre ces milieux par rapport au milieu urbain et ainsi refléter la justice sociale (5) (89) (90).

Des études ont été menées dans ce sens dans plusieurs facultés de médecine de différents pays afin de trouver une résolution à ces disparités, et ont trouvé qu'une simple augmentation des médecins n'a pas amélioré l'écart entre les zones urbaines et rurales en matière de soins de santé, par contre former une main-d'œuvre médicale diversifiée qui répond aux besoins du public était l'ultime solution (91) (92).

D'autres études ont trouvé que l'exposition des étudiants durant les stages aux populations marginalisées, leur a permis de mieux comprendre les problèmes de cette catégorie (93) (94) (95).

Tandis que d'autres études ont trouvé que l'élargissement de la population parmi lesquels les étudiants en médecine ont été sélectionnés, et les former dans les zones régionales et rurales, facilitera la production d'une main-d'œuvre médicale qualifiée et répartie en fonction des besoins en soins de santé, de plus, les étudiants venant de milieux ruraux, défavorisés sont plus susceptibles que d'autres d'exprimer leur intention de travailler dans des endroits mal desservis après l'obtention de leurs diplômes. Dans le même sens, l'intention d'émigrer était plus probable pour les répondants issus de milieux urbains et à revenu élevé, donc les stratégies de sélection pour garantir que les membres des communautés mal desservies peuvent poursuivre des carrières médicales, peuvent être efficaces pour parvenir à une représentation juste et équitable de ces communautés (96) (97) (98).

Ainsi, on peut déduire quelques bénéfices d'orientation des étudiants vers les besoins locaux prioritaires en matière de santé (99) :

- Évaluation des besoins sanitaires de la population.
- Contact direct et continu avec les personnes qu'ils vont servir après l'obtention du diplôme.
- Collaboration interprofessionnelle, travail d'équipe, formation, éducation.

- Travailler avec des ressources limitées.
- Développement d'un sentiment d'appartenance.
- Encourager les étudiants à choisir la médecine générale.
- Augmenter la complexité de leur compréhension et de leur autonomie.
- Les éduquer sur la responsabilité sociale, la justice sociale et les droits de l'homme.
- Augmenter leur exposition à une approche des soins de santé basée sur la population.
- Aider les facultés de médecine à remplir leur contrat social avec le public.

Dans ce sens, plus de la moitié des étudiants 53,8% pensaient qu'ils devraient se préoccuper des besoins prioritaires de la population locale en matière de santé, et 40,3% pensaient que les étudiants en médecine ne devraient pas orienter leurs apprentissages spécifiquement vers les besoins locaux prioritaires en matière de santé. Nous pourrions expliquer ces résultats par les hypothèses suivantes :

- Certains semblaient être sensibles aux problèmes de santé prioritaires de la population.
- La motivation des étudiants à régler les problèmes de santé prioritaires et à contribuer au changement.
- Les cours et les stages offerts par la faculté ne reflètent pas souvent les besoins locaux prioritaires en matière de santé.
- Une sensibilité des étudiants aux soins primaires et leur importance au sein de la communauté locale.
- Les étudiants étaient conscients qu'ils ont quand même un rôle à accomplir dans la société.

Nos résultats étaient concordants à ceux de Moses Galukande, où les participants avaient soutenu qu'ils devraient être sensibles aux besoins de santé de la communauté desservie (47).

Cependant, la majorité des étudiants 70,1% pensaient qu'être médecin, c'est juste une fonction à l'égard des malades, il ne s'agit pas de se préoccuper des besoins de la communauté, ce qui montre qu'une fois nous avons modifié les statuts de "étudiant" vers "médecin" en matière de soins de santé primaires, les perceptions des étudiants ont également changé, ceci pourrait être expliqué par :

- Les étudiants n'ont peut être pas l'intention de travailler dans leur communauté locale dans l'avenir.
- Le changement des attitudes des étudiants entre la vie d'étude et la vie de profession.

4.5. Les stages en international :

Dans ce monde de plus en plus globalisé, certains auteurs pensent que des mesures pourraient aider à atteindre les objectifs de santé mondiale de « La santé pour tous » et « L'équité en santé », et pourraient réduire les lacunes en matière d'éducation sanitaire dans un proche avenir (100), telles que :

- 1) Etablir une normalisation pour l'éducation sanitaire.
- 2) Elargir la couverture de l'éducation sanitaire.
- 3) Renforcement de la coopération mondiale.

Les stages en international permettent aux étudiants de :

- Acquérir des compétences personnelles comme le travail d'équipe, le leadership, la persévérance, l'organisation, la planification et la gestion du temps.
- Découvrir des pratiques médicales différentes en International.
- Valider une expérience pratique peut-être plus approfondie que celle acquise au Maroc.
- Apprendre à travailler dans un environnement multiculturel pour gagner une ouverture d'esprit.
- Développer la confiance en soi.
- Mobiliser les étudiants autour des enjeux sociaux, culturels et mondiaux de la santé.

Dans notre échantillon, la majorité des étudiants 91,5% pensaient qu'il faut faire un stage en international. Ceci pourrait être en rapport avec l'intérêt majeur que portent les étudiants pour s'ouvrir sur d'autres cultures et apprendre des nouvelles langues, ainsi d'expérimenter le travail pour une probable carrière future à l'étranger.

Nos résultats rejoignent l'étude de Marie Louise et Deborah qui a retrouvé que les étudiants étaient intéressés par les stages en international et certains d'entre eux comptaient même d'aller travailler en international pour un peu de temps et revenir après.

4.6. La responsabilité sociale en tant qu'étudiant :

Bien que les critères de qualité varient en fonction des niveaux de compétence sociale et culturelle, les bénéficiaires des soins de santé s'attendent invariablement à ce que leurs problèmes et leurs préoccupations soient traités avec humanité, respect et attention personnelle grâce à une gamme complète de services pour la réalisation de leur aspiration légitime au bien, ainsi les attentes des gens évoluent avec leur capacité à comprendre les déterminants de santé, et leur jugement éclairé sur ce qui leur convient le mieux dans des circonstances particulières (101) (102).

Ces droits devraient s'accompagner d'un – autre droit – également considéré comme un devoir, pour que tous soient habilités à protéger et à promouvoir leur propre santé en étant suffisamment informés sur les risques et opportunités pour la santé et sur les modes de vie sains. Des politiques d'amélioration de la qualité se sont développées dans le monde entier grâce à l'activisme des prestataires de soins de santé, la concurrence entre les fournisseurs de soins de santé stimule également ce développement (103) (104).

Cependant, il existe des lacunes importantes dans la manière dont les médecins sont éduqués en ce qui concerne le contrat social entre la médecine et la société, et comme beaucoup d'entre nous sont issus de milieux privilégiés, la compréhension des problèmes de nos patients nous semble difficile, d'où l'intérêt de former des futurs médecins qui plaident pour la justice sociale et qui se concentrent sur les déterminants sociaux de la santé, ainsi que sur les soins

préventifs avant de se concentrer sur la maladie en elle-même (105) (47). A cet égard une plus grande attention devrait être accordée aux stratégies de promotion de la santé autres que l'accès aux soins de santé, telles que la santé environnementale et publique et la recherche en santé (106) (107), dans ce contexte une autre responsabilité pourrait être définie :

❖ **La responsabilité environnementale :**

Bien que garantir l'accès aux soins de santé soit une responsabilité sociale importante, les sociétés peuvent promouvoir la santé de bien d'autres manières, telles que l'assainissement, la lutte contre la pollution, la sécurité alimentaire et pharmaceutique, l'éducation sanitaire, la surveillance des maladies, la planification urbaine et la santé. Ainsi, on définit la responsabilité environnementale comme l'obligation des facultés de médecine dans le cadre de la responsabilité sociale de s'assurer que leurs activités d'éducation, de recherche et de service aident à développer, promouvoir et protéger activement des solutions écologiquement durables pour répondre aux préoccupations sanitaires des communautés, régions et nations qu'ils ont comme mandat de desservir (108).

En interrogeant nos étudiants sur leur responsabilité sociale en tant qu'étudiant, 69% d'entre eux pensaient avoir une responsabilité envers la société. Ce qui montre que les étudiants sont inclus implicitement dans la société, malgré leur méconnaissance du concept. *"L'étudiant est un pilier de la société", "J'ai une obligation de bénéficier la société".*

Cependant, la majorité 79,3% pensaient qu'ils n'avaient pas vraiment un rôle dans la société et ils devraient se concentrer sur leurs études, en effet leur responsabilité envers la société à ce stade c'était d'abord d'étudier, avoir une bonne qualité des études médicales, et d'améliorer les compétences pour être un bon médecin dans le futur *"étudier", "A ce stade ma tâche c'est d'étudier pour devenir un jour médecin".*

D'autres étudiants soutenaient que la participation active de l'étudiant au développement de la société était leur responsabilité sociale en tant qu'étudiant, cette participation avait inclus : La protection de l'environnement, les dons de sang, bénévolat, les soins de santé primaires...

"Être actif, productif afin de veiller à son développement", "Protéger l'environnement", " On doit participer à la sensibilisation".

Quelques étudiants ont rapporté qu'avoir des valeurs d'un bon médecin c'était de leur responsabilité à ce stade d'étudiant. *"Donner une bonne image d'un futur médecin", "Maîtriser les valeurs de responsabilité et de bonne citoyenneté", "Être un bon citoyen", "En faisant mon travail sérieusement et honnêtement".* En effet le Serment d'Hippocrate avait prononcé ces valeurs comme l'obligation des médecins de fournir des soins médicaux optimaux avec compétence et humanité, honnêteté, compassion, courage, authenticité et équité, de même que les valeurs de la responsabilité sociale et le professionnalisme médical (109).

Enfin, seulement deux verbatims rapportaient que la responsabilité sociale n'était pas une obligation, et ne devrait pas interférer avec la vie personnelle de l'étudiant. *"La responsabilité sociale n'est pas une obligation", " Tout ceci est souhaitable mais non obligatoire".*

L'ensemble de ces résultats étaient similaires à l'étude de Marie Louise et Deborah où les étudiants ne s'intéressaient qu'à leurs études à ce stade car leur objectif principal était de réussir les examens et non le défi (37).

4.7. La responsabilité sociale en tant que médecin praticien :

En passant de la question responsabilité sociale en tant qu'étudiant à la responsabilité sociale en tant que praticien, nous avons remarqué que la proportion des réponses favorables avait augmenté à 88%. Ainsi des nouveaux thèmes ont été rajoutés aux précédents et d'autres ont été remplacés :

- Les mêmes thèmes déjà sortis dans la responsabilité sociale en tant qu'étudiant :
 - La participation active du médecin praticien au développement de la société
"Éducation pour la santé", "La prévention", " Améliorer l'environnement".
 - Les valeurs de la responsabilité sociale : *"Être un bon médecin", "Humanité", "Honnêteté", "La discipline", "Toujours disponible", "Avoir une bonne relation médecin-malade".*

- La responsabilité sociale et la vie privée du médecin *"La responsabilité sociale ne doit pas interférer avec la vie privée du médecin, il doit pouvoir adopter le mode de vie qu'il souhaite"*.
- Les nouveaux thèmes rajoutés ou remplacés :
 - L'offre de soins qui a remplacé avoir une bonne qualité des études *"Traiter les malades", "Qualité des soins", "Prendre soin de ses patients", "Essayer de présenter les meilleurs soins à tout patient"*.
 - La déontologie médicale *"Respecter les lois et les règles d'éthique", "Respecter le serment", "Secret professionnel"*. Le respect du patient est un souci quotidien dans la pratique médicale et tout personnel de santé y compris l'étudiant en médecine doit porter la plus grande considération et attention à toute personne quels que soient son état physique ou mental, sa culture, son origine sociale, ses opinions politiques, son âge. Le soignant obtient le consentement pour la réalisation des soins et établit une communication sincère et adaptée au contexte de soins (Comportement adapté, politesse, respect de l'intimité...). Le respect de la dignité et de la vie privée de la personne rentre dans le cadre des droits du patient et dans la responsabilité du soignant (110).
 - La responsabilité médicale du médecin.
- Ces résultats pourraient être expliqués par :
 - La volonté des étudiants de rembourser partiellement à la société le coût de leur formation médicale une fois médecin praticien.
 - L'intérêt des étudiants pour la responsabilité en tant que médecin praticien est majeur qu'en tant qu'étudiant.
 - L'occupation majeure des étudiants par leurs études durant leur cursus médical.
 - Le manque d'explication des responsabilités des étudiants par la faculté.
 - La méconnaissance des étudiants des attentes et besoins de la société.

4.8. Les trois Niveaux de soins de la responsabilité sociale du médecin praticien :

La responsabilité sociale du médecin praticien englobe les mesures prises dans le cadre des soins primaires dans les relations individuelles médecin-patient (micro niveau), les interactions collectives des médecins et des organisations avec les communautés qu'ils desservent (méso niveau) et les interactions des sociétés avec leurs métiers (macro niveau).

a. Micro niveau :

En évaluant les déterminants de la santé de nos patients et en intervenant au besoin, nous pourrions améliorer les résultats sur leur santé bien plus encore que nous le pourrions par des soins médicaux seulement. Une anamnèse sociale rigoureuse est essentielle, mais souvent mise de côté dans le contexte de pratique à fort achalandage et de contraintes de temps. Chaque déterminant social, une fois évalué, fournit des renseignements clés pour individualiser les soins. En effet pour intervenir cliniquement dans les déterminants sociaux, il est important de connaître les principaux services et organismes sociaux dans notre communauté. Ces déterminants incluent l'identité, les caractéristiques démographiques, les principales sources de revenus, l'éducation et emploi, l'assurance maladie, logement, les soutiens sociaux, les besoins juridiques, les maladies mentales, la toxicomanie et le traumatisme et autres (111).

b. Méso niveau :

Les médecins doivent soigner leurs patients tout en s'acquittant de leurs obligations de regarder « en amont » pour cerner les déterminants sociaux plus larges, qui contribuent aux maladies des patients et tenter de les régler. Une communauté peut changer avec le temps et parallèlement, le profil de compétences des médecins doit aussi évoluer. L'éducation et les systèmes de santé doivent continuellement produire le nombre nécessaire de généralistes et de spécialistes selon un juste équilibre pour fournir les soins requis. Les médecins ont le pouvoir, l'influence, la responsabilité professionnelle, le cadre éthique et, par conséquent, l'obligation de prendre en compte les déterminants plus larges de la santé qui touchent non seulement les individus, mais aussi les communautés et l'ensemble de la société, et d'agir pour les influencer (112).

c. Macro niveau :

Un médecin socialement responsable est celui qui trouve un équilibre entre objectivité et subjectivité, entre responsabilités envers les patients individuels et à la société dans son ensemble, et entre l'indépendance professionnelle et l'engagement dans la réforme du système de santé. Ce niveau comprend les décisions du gouvernement qui déterminent la structure de base, l'organisation et le financement du système de soins de santé dans sa globalité et du secteur hospitalier qui en fait partie (113).

5. Les facteurs déterminants la responsabilité sociale de l'étudiant :

5.1. Le genre :

Dans notre échantillon, le sexe féminin était plus sensible à la responsabilité sociale que les hommes, cette différence n'était pas statiquement significative. Cela peut s'expliquer par la disparité des deux groupes (sexe féminin : 65%, sexe masculin : 35%). Cette disparité est fidèle à la représentation des études médicales, largement féminisées et le monde médical qui n'est plus exclusivement masculin comme il l'était initialement (114,115).

5.2. L'âge :

Les étudiants plus jeunes étaient les moins sensibles à la responsabilité sociale. Cette différence n'était pas statistiquement significative. Cela peut s'expliquer par la confrontation des promotions plus âgées à des situations et des contraintes où ils devraient décider et choisir, réfléchir et prendre des responsabilités, ce qui fait qu'ils sont devenus plus indépendants, avec des personnalités plus matures.

5.3. L'année d'étude :

Les étudiants du 2ème cycle étaient plus favorables au concept de la responsabilité sociale que ceux du 1er cycle d'étude. Cette différence était statistiquement non significative. Cela pourrait être en rapport avec les stages hospitaliers où ils sont plus affrontés aux patients et la population qu'ils desservent, et le contact direct et continu avec eux, développent chez les

étudiants un sentiment d'appartenance et un sens de responsabilité, ainsi leurs perceptions changent au fur et à mesure.

5.4. La participation associative :

Les étudiants membres d'une association étaient plus sensibles à la responsabilité sociale. Cette différence était statistiquement significative. Cela pourrait s'expliquer par l'activité associative qui permet à l'étudiant de :

- Favoriser l'insertion rapide de l'étudiant au sein de sa faculté.
 - Développer le sens de responsabilité.
 - Développer des compétences complémentaires.
 - Nourrir l'altruisme et les bonnes valeurs humaines (l'entraide, la réciprocité, la solidarité, l'écoute, la bienveillance, l'empathie, la fraternité, l'affection et l'amour envers les autres...).
 - Préparer les étudiants à intégrer le monde professionnel.
 - Enrichir la vie sociale.
- Donc la participation associative était un facteur déterminant de la responsabilité sociale de l'étudiant.

5.5. La connaissance initiale du concept de responsabilité sociale :

Les étudiants qui connaissaient le concept, étaient plus sensibles à la responsabilité sociale. Cette différence était statistiquement significative. Cela peut s'expliquer par l'influence positive de la connaissance de ce concept et ses principes, sur les croyances et attitudes responsables de ces étudiants. En effet, il est connu que les pratiques et les attitudes sont en partie influencées par les connaissances d'une personne.

- Donc la connaissance initiale du concept était un facteur déterminant de la responsabilité sociale de l'étudiant.

IV. Forces et Limites de notre étude :

1. Forces de l'étude :

- Notre étude est intégrée aux projets menés par le département d'épidémiologie pour améliorer la qualité de la formation et l'ouverture de la faculté de médecine à son environnement.
- Il s'agit d'une première étude s'intéressant aux points de vue des étudiants sur la responsabilité sociale des facultés de médecine, au Maroc d'après notre connaissance.
- Notre étude ne décrit pas seulement les perceptions des étudiants mais aussi elle permet une évaluation interne de la responsabilité sociale de notre faculté.
- L'initiation des discussions avec des étudiants a montré un grand intérêt pour un projet de renforcement des capacités de la responsabilité pendant la formation, y compris des représentants d'associations d'étudiants.
- Les résultats ont montré que l'information et la sensibilisation à la responsabilité sociale sont essentielles et doivent être renforcées chez les étudiants.
- Les résultats vont servir pour la réflexion sur les possibilités de renforcer la responsabilité sociale des étudiants.

2. Limites de l'étude :

- Il n'y a aucune preuve pour soutenir que la connaissance, les croyances et les attitudes des étudiants, impactent réellement la façon dont ils pratiqueront dans leur carrière d'avenir.
- Même si la faculté de médecine entend former des diplômés socialement responsables, il n'y a aucune garantie qu'ils deviendront des praticiens socialement responsables.
- Le faible taux de réponse est une limite de notre étude à cause de la méthode électronique de la collecte de données. Cette limitation est décrite dans la littérature pour les enquêtes en ligne.

- Les participants ont été recrutés après plusieurs rappels, dans ce cas nous avons pensé que le biais de désirabilité sociale devrait être pris en compte lors de la lecture des résultats. Ce biais pourrait avoir un impact sur les réponses (surestimation ou sous-estimation).
- La nouveauté du concept et la difficulté du questionnaire mentionné par les participants dans la partie des remarques.
- La littérature est riche en publications traitant les valeurs de la responsabilité sociale, les cadres d'évaluation de cette responsabilité dans les facultés mais la recherche est rare.
- L'arrêt de l'étude qualitative par FOCUS-GROUPS suite à la pandémie COVID 19, et réorientation de la recherche par groupes de discussion vers la responsabilité sociale des étudiants durant la pandémie Covid19 (116).

*SUGGESTIONS
ET
PERSPECTIVES*

Les résultats de notre étude appellent à proposer certaines mesures pouvant contribuer à améliorer la responsabilité sociale de notre faculté, et par là-même la qualité de formation des médecins. Certaines solutions existaient déjà mais sont souvent mal connues par les étudiants, d'autres sont à créer ou à développer.

I. Les suggestions des étudiants :

Les participants ont suggéré des solutions pour améliorer la responsabilité sociale de notre faculté. Nous les résumons comme suit :

- Revoir le programme d'étude.
- Faire des échanges en international et des sorties médicales.
- Présenter la faculté et ses prestations aux étudiants.
- Gestion de temps entre études et le travail associatif.
- Intégrer le travail associatif dans le planning des études.
- Communiquer avec les étudiants et leur expliquer l'importance de la responsabilité sociale.
- Encourager le plaidoyer et le partenariat de la faculté avec d'autres parties prenantes.

II. Les mesures déjà existantes :

Nous proposons de faire connaître ces moyens qui plaident pour la responsabilité sociale au sein de notre faculté aux étudiants et les inciter à y adhérer, tels que :

- Les associations étudiantes : BDE (Bureau Des Étudiants), AEMM (Association des Étudiants en Médecine de Marrakech) affiliée à IFMSA-Morocco (International Federation of Medical Students' Association – Morocco), Amicale des Étudiants Étrangers de la FMPM, Association sportive de la FMPM, Associations des médecins internes et résidents, BAHJA (Bonnes actions humanitaires pour un joyeux avenir).

- Les journées d'intégration.
- Les journées scientifiques avec conférences, tables rondes et ateliers.
- Activités socioculturelles et sportives.
- Formation continue et développement professionnel continu.
- Programme de tutorat et de lutte contre le décrochage universitaire.
- Projet de « Médecine de famille » (Nouveau profil du médecin généraliste).

III. Les mesures qui peuvent être mises en place :

Nous suggérons de réfléchir sur les possibilités de mettre en place certaines actions à la lumière des résultats et de l'analyse. Parmi ces actions, on cite :

1. Enseigner la responsabilité sociale :

- Susciter une discussion plus large avec les étudiants sur la responsabilité sociale, son importance ainsi que les attentes et les besoins de la population desservie.
- Impliquer les étudiants dans le projet de responsabilité sociale.
- Adapter le programme d'enseignement aux besoins de la communauté.
- Etablir une mission sociale en reliant la santé et la communauté.
- Intégrer l'apprentissage et le service communautaire dans le programme.
- Cultiver la responsabilité sociale par le biais de l'expérience acquise dans divers milieux d'apprentissage et de travail.
- Inciter les étudiants en médecine à faire des consultations volontaires de la communauté et une analyse environnementale pour identifier les priorités.
- Adapter une formation basée sur les compétences et non sur les objectifs.
- Intégrer dans l'éducation médicale une formation en plaidoyer par le développement de compétences claires dans ce domaine.

2. Définir les missions par rapport aux besoins de la population :

- Orienter les étudiants vers les programmes de santé et de formation prioritaires.
- Refléter les caractéristiques sociodémographiques de la population de référence, notamment les populations mal desservies.
- S'ouvrir sur la communauté et regarder vers l'extérieur.
- Définir les défis et obstacles de notre communauté pour répondre à la responsabilité sociale.
- Programmer des stages en périphérie durant et tôt en formation initiale (1er cycle et 2ème cycle) pour bien refléter la population de notre région.
- Programmer des stages dans les petites villes et en milieu rural, afin de mettre l'accent sur les services des populations mal desservies et exposer l'étudiant à cette population ce qui pourrait augmenter le désir de pratique des étudiants dans ces régions.
- Encourager les étudiants au recrutement dans les milieux mal desservies en améliorant leurs conditions de travail pour lutter contre la sous médicalisation de certaines zones du territoire national.
- Adopter la langue arabe et la langue berbère dans la formation médicale pour améliorer la communication avec la population que nous desservons.
- Encourager le recrutement des diplômés dans leur milieu d'origine pour servir leur communauté.
- Améliorer la recherche universitaire sur les besoins de santé prioritaires de la communauté.
- Assurer une balance des diplômés travaillant dans des environnements de soins publics versus privés, urbains ou ruraux, primaires, secondaires ou tertiaires.
- Améliorer la sélection des futurs médecins : recruter des étudiants issus de communautés mal desservies et inégalement représentées sur la base qu'ils sont plus susceptibles de revenir et de répondre aux priorités locales en matière de santé.

3. Formation médicale continue :

Le progrès rapide de la médecine et des technologies médicales impose aux praticiens de poursuivre leur formation tout au long de leur vie professionnelle :

- Intégrer des programmes de formation continue pour les médecins même ceux qui ont quitté la faculté et le CHU afin qu'ils ne perdent pas le contact avec l'université.
- Suivre le devenir des diplômés dans le cadre d'une formation médicale continue.
- Évaluation continue des médecins.
- Développer la recherche de l'impact de la formation médicale sur la santé de la population par le suivi de cohorte des étudiants en post-gradué.

4. Médecine générale :

- Valoriser et sensibiliser les étudiants en médecine à l'importance de la médecine générale / Médecine de famille.
- Programmer des stages en cabinets privés de médecins généralistes et des stages en centres de santé.
- Permettre des rencontres entre les médecins généralistes et les étudiants pour mieux leur expliquer les dimensions de cette discipline.
- Enseigner cette discipline par des médecins généralistes au sein de la faculté.
- Faciliter et améliorer la formation pratique des futurs médecins généralistes.
- Offrir aux médecins généralistes des possibilités d'évolution dans leur carrière professionnelle.
- Évaluer à l'échelon national et régional les besoins en médecins généralistes et revoir le *numerus clausus*.
- Encourager la médecine générale.

5. Activités para-universitaires :

- Dans le cadre de la responsabilité sociale ces activités para-universitaires devraient tout de même cibler la ville de Marrakech voir la région pour mieux connaître la population que nous desservons.
- Encourager les étudiants à participer aux journées scientifiques et aux conférences, aux caravanes médicales, à des échanges interuniversitaires nationaux ou internationaux, et aux voyages organisés.

6. Les citoyens :

- Convoquer des assemblées ou via des reportages avec les citoyens de notre communauté et leur offrir des opportunités de discussion afin de savoir leurs attentes des étudiants et médecins.
- Recueillir les perceptions des citoyens de notre communauté sur la responsabilité sociale de la FMPM.

7. Évaluation de la faculté :

- Evaluer en permanence l'impact sur les principaux besoins sanitaires et sociaux de la population de référence et la satisfaction de cette dernière envers la qualité et l'accès aux soins.
- Évaluer les progrès vers la responsabilité sociale dans la faculté de médecine.
- Mettre en œuvre des systèmes d'évaluation efficaces.

8. Nouvelles formations :

- Créer un stage obligatoire auprès des libéraux pour favoriser la reconnaissance mutuelle des pratiques.

- S'ouvrir sur d'autres compétences : psychologie, sociologie, anthropologie, écologie, et sciences humaines.
- Intégrer la protection de l'environnement dans le programme.
- Enseigner le professionnalisme.
- Faire adhérer les étudiants aux principes humanistes de qualité, d'équité, de pertinence et d'efficacité dans la prestation des soins et services.

9. Partenariat :

- Collaborer avec les autres partenaires et tous les membres de notre communauté à l'échelle régionale, nationale et internationale pour atteindre les objectifs communs de la responsabilité sociale que ce soit les établissements de santé, les professionnels de santé, les gouvernements, ainsi que les milieux communautaires et citoyens.

10. Poursuivre ce travail de thèse :

- Recueillir les perceptions des autres partenaires et intervenants de la faculté à savoir les administrateurs, les enseignants, les internes et résidents, les professionnels paramédicaux, et les citoyens de notre région afin de définir les normes et indicateurs facilitant l'évaluation de l'engagement de la faculté de médecine dans la responsabilité sociale et ainsi les problèmes à améliorer.
- Mener une recherche qualitative par groupes de discussion à la FMPM avec les étudiants et autres intervenants ce qui permettra à la faculté de mobiliser un grand nombre d'acteurs et d'évaluer plus concrètement leurs attentes.



CONCLUSION



En vue de l'excellence, la responsabilité sociale devient une obligation pour les facultés de médecine. Elle consiste à analyser les besoins prioritaires de santé actuels et futurs de la société, et à y répondre le plus adéquatement possible en respectant les principes d'équité, de qualité, de pertinence et d'efficacité. Ce qui suppose en effet que chacun de nous devrait être animé d'un même sentiment de responsabilité sociale.

Pour cela, une faculté de médecine doit non seulement se remettre en question sur son fonctionnement actuel, elle doit prendre des initiatives, susciter des réflexions et proposer des solutions. C'est dans ce but qu'a été faite cette étude. Elle consistait à explorer les attitudes des étudiants en médecine sur la responsabilité sociale de la FMPM, et à identifier les facteurs déterminants et les domaines d'amélioration.

Ce qui ressort au cours de ce travail, c'est la méconnaissance du concept de la responsabilité sociale. La communication et la diffusion du concept deviennent dès lors une nécessité.

Une éducation médicale à orientation sociale induira un processus de socialisation qui renforce les valeurs humaines concernant la relation médecin-patient, et produit des attitudes positives chez les futurs médecins quant à leur implication sociale. Seulement si les mots sont suivis d'actions, les facultés de médecine produiront des diplômés capables de répondre aux besoins de santé de notre société en constante évolution.

Par ailleurs, ce travail sera complété par d'autres études, notamment une recherche qualitative par focus groups explorant le point de vue des différents professionnels de santé, et des partenaires de la faculté de médecine, afin de mobiliser un grand nombre d'acteurs et évaluer plus concrètement leurs attitudes.

L'ensemble de ces résultats permettront d'établir des plans d'action à expérimenter et à évaluer selon des normes, en vue d'une certification et d'une reconnaissance en tant que faculté socialement responsable.

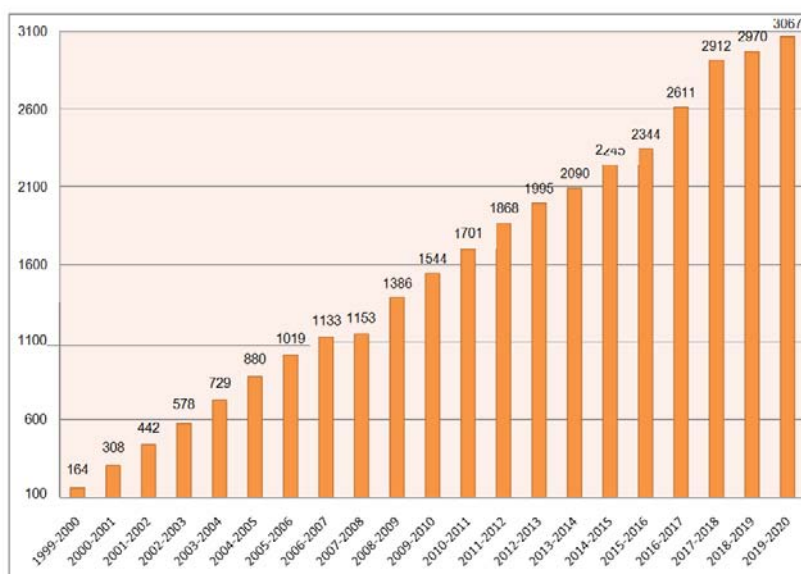
"Tous ensemble pour une faculté socialement responsable"



Annexe 1 :

Evolution de l'effectif des étudiants du cycle normal de la FMPM

Année Universitaire	Effectif
1999-2000	164
2000-2001	308
2001-2002	442
2002-2003	578
2003-2004	729
2004-2005	880
2005-2006	1019
2006-2007	1133
2007-2008	1153
2008-2009	1386
2009-2010	1544
2010-2011	1701
2011-2012	1868
2012-2013	1995
2013-2014	2090
2014-2015	2245
2015-2016	2344
2016-2017	2611
2017-2018	2912
2018-2019	2970
2019-2020	3067



Annexe 2 :



LimeSurvey Statistiques rapides

Questionnaire 94864 'Perceptions des étudiants sur la responsabilité sociale à la FMPM'

Résultats

Questionnaire 94864

Nombre d'enregistrements pour cette requête :	271
Nombre total d'enregistrements pour ce questionnaire :	271
Pourcentage du total :	100.00%

Tous les champs sont remplis, votre message est prêt à être envoyé.

Sujet FMPM > Perceptions des étudiants sur la responsabilité sociale à la FMPM
Adresse de réponse karimouahbi@uca.ma

Contenu

RAPPEL

Cher (ère) étudiant (e),

Vous êtes invités à participer à une enquête portant sur la « responsabilité sociale » à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech.

Votre perception à l'égard du concept et de l'engagement de notre institution permettra de proposer par la suite des actions au profil des étudiants.

Votre participation à cette enquête est libre et anonyme.

L'équipe du département de santé publique qui mène ce travail, s'engage à assurer la confidentialité des données.

Le temps de remplissage du questionnaire est estimé à 15 min.

Enquête en ligne > <http://196.200.176.136/survey/index.php?sid=13184&newtest=Y&lang=fr>

Merci pour votre collaboration

FMPM

Département de santé publique

Envoi par e-mail ☒

Destinataires 2128

Voir la liste complète ou la modifier

Annexe 3 :

Questionnaire : Perceptions des étudiants sur la responsabilité sociale à la FMPM

Cher (ère) étudiant (e),

Vous êtes invités à participer à une enquête portant sur la « responsabilité sociale » à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech. Votre perception à l'égard du concept et de l'engagement de notre institution permettra de proposer par la suite des actions au profil des étudiants.

Votre participation à cette enquête est libre et anonyme. L'équipe du département de santé publique qui mènent ce travail ; s'engagent à assurer la confidentialité des données. Le temps de remplissage du questionnaire est estimé à 15 min.

En vous remerciant vivement de votre participation.

- Votre année d'étude :
- Votre sexe :
 - ☐ Masculin
 - ☐ Féminin
- Votre âge en années : ...
- Exercez-vous des activités en para universitaire
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
 - Si oui la (les) quel (s) :
- Etes-vous membre d'une association (exemple : Lueur d'espoir, IFMSA, Bahja, les amis du CHU...) :
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
 - Si oui depuis quand : ... (En années)
- Quels sont les types d'activités associatives que vous exercez (plusieurs réponses possibles) :
 - ☐ Sport
 - ☐ Lecture
 - ☐ Sortie médicale
 - ☐ Environnement & Nature
 - ☐ Manifestations créatives
 - ☐ Action sociale
 - ☐ Bénévolat

- ☐ Education pour la santé
- ☐ Activité de communication et prévention
- ☐ Autre (veuillez préciser) :
- Avez-vous déjà entendu parler du concept de « la responsabilité sociale »
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
- D'après vous, la responsabilité sociale renvoie à ou au (plusieurs réponses possibles):
 - ☐ Etre responsable de ses actes
 - ☐ Devoir de la faculté de médecine envers ses étudiants
 - ☐ Responsabilité médicale du médecin
 - ☐ Etre un bon citoyen
 - ☐ Avoir un engagement vis-à-vis de sa communauté
 - ☐ Autre :
 - ☐ Veuillez préciser :
.....
.....
.....
.....
- Pensez-vous qu' en tant qu'étudiant, vous avez une responsabilité envers la société ?:
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
 - ☐ Je ne sais pas
 - Si oui, veuillez donner un exemple :...
.....
.....
.....
.....
- Considérez-vous qu'une fois médecin praticien, vous aurez une responsabilité sociale vis-à-vis de la société ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
 - ☐ Je ne sais pas
 - Si oui la (les) quel(s) :
.....
.....
.....
.....

- Quel est votre degré d'accord par rapport aux affirmations dans le tableau suivant
(Cocher la case correspondante à votre point de vue)

	Fortement En désaccord	en désaccord	neutre	D'accord	Fortement d'accord
La faculté de médecine a l'obligation formelle d'enseigner aux étudiants l'importance du plaidoyer (défense des intérêts et droits, action sociale)					
La faculté de médecine doit encourager le travail communautaire ou à le travail de bénévolat					
La faculté de médecine n'a pas le devoir de cultiver la culture d'altruisme chez les étudiants					
Les études médicales limitent les étudiants d'avoir des activités para universitaires (bénévolat, travail associatif ...)					
La faculté de médecine doit identifier les besoins de santé de la population et les prendre en compte dans les enseignements donnés					
Les étudiants n'ont pas vraiment un rôle (contribution) dans la société et ils doivent se concentrer sur leurs études					
Les étudiants en médecine devraient orienter leurs apprentissages spécifiquement vers les besoins locaux prioritaires en matière de santé					
Les étudiants en médecine doivent se préoccuper des besoins prioritaires de la population locale en matière de santé					
Faire un stage international est important pour l'étudiant afin d'avoir une idée sur la santé mondiale					
Les besoins prioritaires en matière de santé ne concernent pas les médecins, mais plutôt le rôle de professions plus administratives ou gouvernementales					
Etre médecin, c'est une fonction à l'égard des malades, il ne s'agit pas de se préoccuper des besoins de la communauté					
Les médecins devraient participer aux activités communautaires					

■ Comment percevez-vous la responsabilité sociale de votre faculté de médecine ?

	Non	Un peu	Bien	Excellent	Je ne sais pas
Votre faculté a-t-elle un mandat de responsabilité sociale ?					
Votre faculté a-t-elle des partenaires communautaires et des intervenants qui façonnent votre école ?					
Votre cursus reflète-t-il les besoins de la population que vous desservez ? Les sites d'enseignement reflètent-ils la population que votre faculté desserve ?					
Est-ce que vous avez des opportunités d'apprentissage communautaire ?					
Votre faculté reflète-t-elle les caractéristiques sociodémographique de votre population référence ?					
Votre faculté offre-t-elle des opportunités d'apprentissage par le service ?					
Votre faculté produit-elle des médecins culturellement, socialement et techniquement appropriés pour votre communauté ?					
Votre faculté a-t-elle un impact positif sur la communauté ?					
Votre faculté collabore-t-elle avec d'autres institutions ?					
Votre faculté encourage-t-elle les apprenants à entreprendre une carrière de généraliste ?					
Votre faculté dispose-t-elle d'une recherche communautaire ?					



RÉSUMÉ



Résumé

Introduction : La responsabilité sociale des facultés de médecine est définie comme l'obligation d'orienter la formation qu'elles donnent, les recherches qu'elles poursuivent et les services qu'elles dispensent, vers les principaux problèmes de santé de la communauté, région et ou nation qu'elles ont comme mandat de desservir.

Objectifs : Décrire le point de vue des étudiants en médecine de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech (FMPM) concernant la responsabilité sociale, et d'identifier les facteurs déterminants et les domaines d'amélioration.

Participants et méthodes : Notre travail a consisté en une étude transversale à visée descriptive auprès des étudiants de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, sur une durée de 1 mois allant du 05 Décembre 2019 au 09 janvier 2020. Les données ont été recueillies grâce à un questionnaire développé sur la base de la revue de la littérature, et un outil de mesure TOOLKIT, à l'aide du logiciel Lime Survey version 1.90 et analysées par SPSS version 16. Les verbatim ont été regroupés et analysés.

Résultats : Au total, 271 étudiants ont participé à l'étude avec un taux de réponse de 12,7%.

La moyenne d'âge était de $20,6 \pm 2,6$ ans ($N = 257$) avec une prédominance féminine (65%) versus (35%) pour le sexe masculin.

La participation des étudiants de la première année était majoritaire à hauteur de 29% du total des répondants.

La note d'évaluation moyenne par les étudiants pour la responsabilité sociale de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech était de $16,14 \pm 7,5$. Les étudiants croyaient alors que la faculté disposait de quelques stratégies de responsabilité sociale, et il est nécessaire de chercher des moyens pour plaider en faveur du renforcement de ses stratégies et de la construction sur elles.

Au sujet de la connaissance du concept de la responsabilité sociale : Seulement 33,5% des étudiants avaient déjà entendu parler de la responsabilité sociale, et c'était en rapport avec « l'engagement envers la communauté » pour 75,1% des cas.

69% pensaient avoir une responsabilité envers la société en tant qu'étudiant. Et 88% pensaient qu'ils auront une responsabilité sociale en tant que médecin praticien.

Près de 79% pensaient que les étudiants n'ont pas vraiment ont un rôle dans la société et qu'ils doivent se concentrer sur leurs études.

Être membre d'une association, et avoir une connaissance initiale du concept de la responsabilité sociale étaient deux facteurs déterminants de l'attitude positive des étudiants envers la responsabilité sociale ($p < 0,05$).

Conclusion : Le concept de la responsabilité sociale semble être méconnu par les étudiants en médecine. Afin d'améliorer leurs connaissances et attitudes, il est important d'intégrer ce concept dans la formation médicale, et chercher les moyens de concrétiser les principes et les valeurs de la responsabilité sociale chez les futurs médecins.

Abstract

Introduction: The social accountability of medical schools is defined as the obligation to direct the training they provide, the research they pursue and the services they provide, to the major health problems of the community, region and nation they serve.

Objectives: To describe the views of medical students of the Faculty of Medicine and Pharmacy of Marrakech (FMPM) regarding social accountability, and to identify determining factors and areas for improvement.

Participants and methods: Our work consisted of a descriptive cross-sectional study among students of the Faculty of Medicine and Pharmacy of Marrakech, over a period of 1 month from December 05, 2019 to January 09, 2020. The data were collected through a questionnaire developed on the basis of the literature review, and a measurement tool TOOLKIT, using the Lime Survey version 1.90 software and analysed by SPSS version 16. Verbatim was grouped and analyzed.

Results: Totally, 271 students participated in the study with a response rate of 12.7%.

The mean age was 20.6 ± 2.6 years ($N = 257$) with female predominance at 65%, male for 35%.

First's year students were the most predominant (29%).

The average student rating for social accountability at the Marrakesh Faculty of Medicine and Pharmacy was 16.14 ± 7.5 . Students believed that the faculty had some strategies of social responsibility, and it is necessary to look for ways to advocate for strengthening its strategies and building on them.

About knowledge of the concept of social responsibility: Only 33.5% of students had ever heard of social responsibility, and this was related to "commitment to the community" in 75.1% of cases.

69% thought they had a responsibility to society as a student. And 88% thought they would have a social responsibility as a medical practitioner.

Nearly 79% thought that students don't really have a role in society and that they need to focus on their studies.

Being a member of an association, and having an initial knowledge of the concept of social responsibility were two determinants of students' positive attitude towards social accountability ($p < 0.05$).

Conclusion: The concept of social accountability seems to be ignored by medical students. In order to improve their awareness, it is important to integrate this concept into medical training, and to seek ways to translate the principles and values of social accountability into reality for future physicians.

ملخص

مقدمة : تعرف المسؤولية الاجتماعية لكليات الطب بأنها الالتزام بتوجيه التدريب، والبحوث التي تتابعها

والخدمات التي تقدمها، إلى المشاكل الصحية الرئيسية للمجتمع المحلي والمنطقة والأمة التي تخدمها.

الأهداف : وصف آراء طلاب الطب بكلية الطب والصيدلة بمراكش فيما يتعلق بالمسؤولية الاجتماعية،

وتحديد العوامل المحددة ومجالات التحسين.

المشاركون والأساليب : تألف عملنا من دراسة وصفية شاملة لعدة قطاعات بين طلاب كلية الطب والصيدلة

بمراكش، على مدى شهر 1 من 5 ديسمبر 2019 إلى 9 يناير 2020. وقد جمعت البيانات من خلال استبيان تم

وضعه على أساس استعراض المؤلفات ، وأداة قياس TOOLKIT ، باستخدام نسخة LimeSurvey 1.90

وتحليلها بواسطة النسخة 16 من SPSS تم تجميع المحاضر الحرفية وتحليلها.

النتائج : شارك 271 طالبًا في الدراسة بمعدل استجابة 12.7 %.

كان متوسط العمر 20.6 ± 2.6 سنة ($N = 257$) مع هيمنة الإناث بنسبة 65 %، والذكور بنسبة

35%.

لوحظ مشاركة طلبة السنة الأولى بمعدل مرتفع بنسبة 29%.

بلغ متوسط تصنيف الطلاب للمسؤولية الاجتماعية في كلية الطب والصيدلة بمراكش 16.14 ± 7.5 .

يعتقد الطلاب أن أعضاء هيئة التدريس لديهم بعض استراتيجيات المسؤولية الاجتماعية، ومن الضروري البحث عن

طرق للدعوة لتعزيز استراتيجياتها والبناء عليها.

حول المعرفة بمفهوم المسؤولية الاجتماعية : فقط 33.5 % من الطلاب سمعوا بالمسؤولية الاجتماعية ،

وكان هذا مرتبطاً بـ «الالتزام تجاه المجتمع» في 75.1 % من الحالات.

يعتقد 69 % أنهم يتحملون مسؤولية تجاه المجتمع كطالب . ويعتقد 88 % أنهم سيتحملون مسؤولية اجتماعية

كممارس طبي.

يعتقد ما يقرب من 79 % أن الطلاب ليس لهم دور حَقًا في المجتمع وأنهم بحاجة إلى التركيز على دراستهم. عضوًا في جمعية ، و معرفة أولية بمفهوم المسؤولية الاجتماعية كانا محددين لموقف الطلاب الإيجابي تجاه المسؤولية الاجتماعية.

الخلاصة : يبدو أن طلاب الطب يتجاهلون مفهوم المسؤولية الاجتماعية . ولتحسين معرفتهم و تحسيسهم بالموضوع ، من المهم إدماج هذا المفهوم في التدريب الطبي ، والبحث عن سبل لترجمة مبادئ وقيم المسؤولية الاجتماعية إلى واقع بالنسبة لأطباء المستقبل.



BIBLIOGRAPHIE



1. **C.Boelen, J.Heck.**
Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine
Organisation Mondiale de la santé. 1995
2. **C.Boelen, D.Pearson, A.Kaufman, J.Rourke, R.Woollard, DC.Marsh.**
Producing a socially accountable medical school
AMEE Guide No. 109. Med Teach. nov 2016;38(11):1078-91.
3. **C.Boelen et al.**
Consensus Mondial sur la Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine.
Conference in East London, South Africa, October 10–13, 2010.
4. **J.Ladner, A.Maherzi Poitevien , D.Pestiaux , Grand'Maison P, Gomès J.**
Responsabilité sociale des facultés de médecine francophones : organisation, résultats et leçons apprises du projet de recherche–action international des facultés de médecine francophones. Pédagogie Médicale. août 2015;16(3):189-200.
5. **N.Hassouni, M. Gharbi, F.Hassouni.**
Responsabilité sociale des facultés de médecine.
Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat. 2012.
6. **Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech – FMPM.**
Accréditation.2019.Disponible sur : <http://www.fmpm.uca.ma>.
7. **Association des étudiants en médecine.**
IFMSA – International Federation of Medical Students' Associations. 1951.
8. **Association des étudiants en médecine.**
IFMSA – International Federation of Medical Students' Associations. Morocco 2012.
9. **IFMSA, THEnet.**
Toolkit-on-Social-Accountability–French–Revised.
STUDENT'S TOOLKIT. 2019 –V7.
10. **D.Pestiaux.**
La responsabilité sociale des institutions de formations en santé.
2016 EDP Sciences SIFEM. Pédagogie Médicale 2015; 16(3).
11. **Organisation Mondiale de la Santé.**
Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires.
Conférence internationale sur les soins de santé primaires à Alma-Ata. sep 1978.

12. **Organisation Mondiale de la santé.**
Promotion de la santé – Charte d’ottawa.
La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, nov 1986.
13. **C.Boelen.**
Prospects for change in Medical Education in the Twenty-First Century.
Academic Medicine, Vol.70, No.7, Supplement, July.1995.
14. **Organisation Mondiale de la santé.**
Médecins pour la santé
Stratégie mondiale de l'OMS pour la réorientation de l'enseignement de la médecine en faveur de la santé pour tous. Genève, 1996.
15. **C.Boelen.**
Défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé.
Vers l'unité pour la santé, Organisation mondiale de la Santé, Genève,2001.
16. **C.Boelen, B.Woollard.**
Social accountability and accreditation : a new frontier for educational institutions.
Medical Education. 20 août 2009;43(9):887-94.
17. **C.Boelen, P.Grand’Maison, J.Ladner, D.Pestiaux.**
Responsabilité sociale et accréditation. Une nouvelle frontière pour l’institution de formation.
Pédagogie Médicale. nov 2008;9(4):235-44.
18. **C.Boelen.**
Global consensus of responsibility social of medicine's faculty.
Conference in East London, South Africa, October 10–13.2011.
19. **P.Grand’Maison, J.Ladner, A.Maherzi, G.Poitevien, J.Poitrass, R.Duplain.**
Facultés de médecine francophones et responsabilité sociale: approche stratégique 2015–2020.
Pédagogie Médicale. août 2015;16(3):175-82.
20. **D.Pestiaux.**
La responsabilité sociale des institutions de formations en santé.
Pédagogie Médicale. août 2015;16(3):163-5.

21. **Rifress.**
Réseau International Francophone pour la responsabilité sociale en santé.
La responsabilité sociale en santé. 2017.
22. **La Responsabilité Sociale Des Facultés De Médecine.**
Premier congrès de RIFRESS, Rabat, 2019. Disponible sur :
<https://rifress2019.sciencesconf.org>.
23. **Rifress.**
Réseau international francophone pour la responsabilité sociale en santé.
RIFRESS–Bulletin–01–VF–2020.
24. **Rifress.**
Réseau international francophone pour la responsabilité sociale en santé.
RIFRESS–Bulletin–06–VF–2021.
25. **C.Boelen.**
Coordinating medical education and health care systems: the power of the social accountability approach.
Med Educ. janv 2018;52(1):96-102.
26. **C.Boelen, S.Dharamsi,T.Gibbs.**
The social accountability of medical schools and its indicators.
Educ Health (Abingdon). déc 2012;25(3):180-94.
27. **H.Allemand.**
La responsabilité sociale des facultés de médecine : questions et enjeux.
Sante Publique. 2003;Vol. 15(HS):131-6.
28. **C.Boelen.**
Il y a peut-être un avenir pour la pédagogie médicale.
pmed,6. p8. 2005.
29. **G.Camelot, E.Monnet.**
La responsabilité sociale des facultés de médecine dans l'évolution du système de santé.
Sante Publique. 2003;Vol. 15(HS):201-20.
30. **L.Reid .**
Scientism in Medical Education and the Improvement of Medical Care: Opioids, Competencies, and Social Accountability.
Health Care Anal. juin 2018;26(2):155-70.

31. **B.Hennen.**
Demonstrating social accountability in medical education.
Cmaj. 1 févr 1997;156(3):365-7.
32. **Y.Berland.**
Coopération des professions de santé : Le transfert de tâches et de compétences.
Rapport « Transfert de Compétences » octobre 2003.
33. **V.Tallio.**
La responsabilité sociale des entreprises : modèle de santé publique ou régime de santé globale? L'exemple des entreprises pétrolières en Angola.
Sciences sociales et santé. 22 sept 2017;Vol. 35(3):81-104.
34. **V.Taylor.**
European General Practice Research Network (EGPRN).
Eur J Gen Pract. 12 mai 2017;23(1):143-54.
35. **DC.Michaels, SJ.Reid, CS.Naidu.**
Peer review for social accountability of health sciences education: a model from South Africa. Educ Health (Abingdon). août 2014;27(2):127-31.
36. **L.Baker, S.Reeves, E.Egan-Lee, k.Leslie, I.Silver.**
The ties that bind: a network approach to creating a program in faculty development.
Med Educ. févr 2010;44(2):132-9.
37. **ML. McCrea, D.Murdoch-Eaton.**
How do undergraduate medical students perceive social accountability?
Med Teach. oct 2014;36(10):867-75.
38. **V. Olariu.**
Responsabilité sociale de la faculté médecine de Poitiers : le ressenti des internes de médecine générale.
Thèse, Université de Poitiers. 2013.
39. **G. Sadner.**
Responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers: Le ressenti des médecins généralistes maîtres de stage en Poitou-Charentes.
Thèse, Université de Poitiers. 2016.
40. **B. Tudrej.**
Responsabilité Sociale des facultés de médecine, Poitiers dans une démarche internationale : une recherche action.
Thèse, Université de Poitiers. 2013.

41. **F. Melchior.**
Responsabilité sociale de la faculté médecine de Poitiers : Le ressenti des internes de spécialités médicales et chirurgicales.
Thèse, Université de Poitiers.2013.
42. **M. Abu takieh.**
Responsabilité sociale de la faculté médecine de Poitiers : le ressenti des membres de l'Agence Régionale de Santé.
Thèse, Université de Poitiers.2016.
43. **A.Maillard.**
Responsabilité sociale des facultés de médecine : le ressenti des patients.
Thèse, Université de Poitiers. 2016.
44. **J. Patry.**
Responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers: Le ressenti des maîtres de stage ambulatoires et hospitaliers en Poitou-Charentes.
Thèse, Université de Poitiers.2016.
45. **G.Renoult.**
Responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers : ressenti du personnel administratif et de la scolarité .
Thèse, Université de Poitiers. 2016.
46. **M. Bazile.**
Responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers : ressenti des professionnels paramédicaux.
Thèse, Université de Poitiers. 2016.
47. **M.Galukande, N.Nakasujja, NK.Sewankambo.**
Social accountability: a survey of perceptions and evidence of its expression at a Sub Saharan African university.
Med Educ. 18 oct 2012;12:96.
48. **V.Kannaiyan, S.Jaiganesh.**
A study on evaluation of awareness of social responsibility among medical students.
International Journal of Medical Science and Public Health, Vol: 9, Issue: 9. 2016
49. **D.Michaels, SJ.Reid, CS.Naidu.**
Peer review for social accountability of health sciences education: a model from South Africa.
Educ Health (Abingdon). août 2014;27(2):127-31.

50. **C.Boelen.**
Responsabilité sociale et accréditation. Une nouvelle frontière pour l'institution de formation.
Pédagogie Médicale 2008; 9 (4)
51. **C.Boelen, R.Woollard.**
Social accountability: the extra leap to excellence for educational institutions.
Med Teach. 2011;33(8):614-9.
52. **G.Sandhu, I.Garcha, J.Sleeth, K.Yeates, GR.Walker.**
Aider : a model for social accountability in medical education and practice.
Med Teach. août 2013;35(8):e1403-1408.
53. **S.Lindgren, H.Karle.**
Social accountability of medical education: aspects on global accreditation.
Med Teach. 2011;33(8):667-72.
54. **W.Ventres , S. Dharamsi.**
Social accountability in global medical education: The REVOLUTIONS framework.
V08.064I. 2014.
55. **D.Hunt.**
The ASPIRE-to-Excellence Program A Global Effort.
Academic Medicine, Vol. 93, No. 8 / August 2018.
56. **J.Rourke.**
Social Accountability: A Framework for Medical Schools to Improve the Health of the
Populations They Serve.
Acad Med. 2018;93(8):1120-4.
57. **R.Meili, A.Ganem-Cuenca, JW.Leung, D.Zaleschuk.**
The CARE model of social accountability: promoting cultural change.
Acad Med. sept 2011;86(9):1114-9.
58. **R. Lewkonja.**
The missions of medical schools: the pursuit of health in the service of society.
Medical education, 2001.
59. **SL.Larkins, R.Preston, MC.Matte, IC.Lindemann, R.Samson, FD.Tandinco**
Measuring social accountability in health professional education: development and
international pilot testing of an evaluation framework.
Med Teach. 2013;35(1):32-45.

60. **Training for Health Equity Network.**
Cadre d'évaluation de THENet pour un enseignement professionnel de la santé socialement responsable.
Version 1, Monographie I (1ère éd.). The Training for Health Equity Network, 2011.
61. **S.Elsanousi, O.Khalafallah, A.Habour.**
Assessment of the social accountability of the faculty of medicine at University of Gezira, Sudan.
East Mediterr Health J. 1 avr 2016;22(4):258-66.
62. **JJ.Cohen.**
Professionalism in medical education, an American perspective : from evidence to accountability: current perspectives.
Medical Education. 22 juin 2006;40(7):607-17.
63. **E.Careau, G.Biba, R.Brandner, JP.Van Dijk, S.Verma, M.Paterson.**
Health leadership education programs, best practices, and impact on learners; knowledge, skills, attitudes, and behaviors and system change: a literature review.
JHL. mai 2014;39.
64. **P. Lionel, P. MCinerney, B. Woollard.**
The social accountability of doctors: a relationship based framework for understanding emergent community concepts of caring. V269, 2017
65. **S.Dharamsi.**
The Physician as Health Advocate: Translating? the Quest for Social Responsibility Into Medical Education and Practice.
Academic Medicine, Vol. 86, No. 9, September 2011.
66. **D.Wear, B.Castellani.**
The development of professionalism: curriculum matters.
Acad Med. juin 2000;75(6):602-11.
67. **TD.Bhate, LC.Loh.**
Building a Generation of Physician Advocates : The Case for Including Mandatory Training in Advocacy in Canadian Medical School Curricula.
Acad Med. déc 2015;90(12):1602-6.
68. **Conseil de la faculté de médecine.**
L'imputabilité-sociale-et-professionnalisme.
Cadre de référence facultaire, Université de Laval. 2013.

69. **L.Thompson, P.Davis.**
Best medical practices in social accountability and continuing professional development: a survey and literature review.
Interprof Care. 2008;22 Suppl 1:30-9.
70. **D.Baribeau, N.Ramji, M.Slater, K.Weyman.**
An advocacy experience for medical students.
Clinical Teach. fev 2017;14(1):15-9.
71. **H.Roh, SJ.Park, T.Kim.**
Patient safety education to change medical student's attitudes and sense of responsibility.
Med Teach. 2015;37(10):908-14.
72. **C.Boelen.**
Adapting health care institutions and medical schools to societie's needs.
Acad Med. août 1999;74(8 Suppl):S11–20.
73. **C.Reeve, T.Woolley, SJ.Ross, L.Mohammadi, S. Halili, F.Cristobal.**
The impact of socially-accountable health professional education: A systematic review of the literature.
Med Teach. janv 2017;39(1):67-73.
74. **R.Meili, D.Fuller, J.Lydiate.**
Teaching social accountability by making the links: qualitative evaluation of student experiences in a service-learning project.
Med Teach. 2011;33(8):659-66.
75. **R.Preston, S.Larkins, J.Taylor, J.Judd.**
From personal to global: Understandings of social accountability from stakeholders at four medical schools.
Med Teach. oct 2016;38(10):987-94.
76. **Organisation Mondiale de la Santé.**
Primary health care.2016.
77. **A.Edward, K.Osei-Bonsu, C.Branchini, T.Yarghal, AJ.Naeem.**
Enhancing governance and health system accountability for people centered healthcare: an exploratory study of community scorecards in Afghanistan.
BMC Health Serv Res. déc 2015;15(1):299.

78. **M.Abdolmaleki, S.Yazdani, S.Momeni, N.momtazmaneh.**
Social Accountable Medical Education: A concept analysis.
Adv Med Educ Prof. juill 2017;5(3):108-15.
79. **E.kwizera.**
Addressing social responsibility in medical education: the African way.
2011;V 33(8):649-53.
80. **R.Meili, S.Buchman, R.Goel, R.Woollard.**
Social accountability at the macro level.
Can Fam Physician. oct 2016;62(10):785-8.
81. **SM.Kozakowski, A.Travis, J.Marcinek, A.Bentley.**
Entry of Medical School Graduates Into Family Medicine Residencies: 2016-2017.
Fam Med. oct 2017;49(9):686-92.
82. **LR.Faulkner, Mc.Curdy.**
Teaching medical students social responsibility: the right thing to do.
Acad Med. avr 2000;75(4):346-50.
83. **R.Murray, S.Larkins, H.Russell, S.Ewen, D.Prideaux.**
Medical schools as agents of change: socially accountable medical education.
Med J Aust. 4 juin 2012;196(10):653.
84. **K.C. Diedrich.**
Using TPSR as a Teaching Strategy in Health Classes
Vol. 71 • pp. 491-504 • 2014
85. **BV.Tudrej.**
La responsabilité sociale des facultés de médecine, un moyen de réconcilier les étudiants avec leur engagement médical.
Pédagogie Médicale. févr 2013;14(1):73-4.
86. **Organisation Mondiale de la Santé.**
Cadre pour le développement professionnel et administratif de la médecine générale et de la médecine de famille en Europe.
Bureau régional pour l'Europe 1998 EUR/Santé pour tous/but 28 VR 04 01.
87. **R.Meili, S.Buchman.**
Social accountability: at the heart of family medicine.
Can Fam Physician. avr 2013;59(4):335-6.

88. **LJ.Bradley, J.Clem, R.Godsil, J.MacFarlane, PP.Foster.**
Racial Anxiety among Medical Residents: Institutional Implications of Social Accountability.
Health Care Poor Underserved, 2019;30(4S):105-15.
89. **TL.Soles, C.Wilson, IF.Oandasan.**
Family medicine education in rural communities as a health service intervention supporting recruitment and retention of physicians.
Can Fam Physician. janv 2017;63(1):32-8.
90. **HC.Smitherman, RS.Baker, MR.Wilson.**
Socially Accountable Academic Health Centers: Pursuing a Quadripartite Mission.
Acad Med. 2019;94(2):176-81.
91. **G.Bandiera, C.Abrahams, M.Ruetalo, MD.Hanson, L.Nickell, S.Spadafora.**
Identifying and Promoting Best Practices in Residency Application and Selection in a Complex Academic Health Network.
Acad Med. déc 2015;90(12):1594-601.
92. **V.Boydell, H.McMullen, J.Cordero, P.Steyn, J.Kiare.**
Studying social accountability in the context of health system strengthening: innovations and considerations for future work.
Health Res Policy Sys. déc 2019;17(1):34.
93. **H.Filek, J.Harris, J.Koehn, J.Oliffe, J.Buxton, R.Martin.**
Students' experience of prison health education during medical school.
Med Teach. nov 2013;35(11):938-43.
94. **RP.Strasser, JH.Lanphear, W.McCready.**
Canada's new medical school: The Northern Ontario School of Medicine: social accountability through distributed community engaged learning.
Acad Med. oct 2009;84(10):1459-64.
95. **R. Strasser, JC.Hogenbirk, B.Minore.**
Transforming health professional education through social accountability: Canada's Northern Ontario School of Medicine.
Med Teach. juin 2013;35(6):490-6.
96. **S.Larkins, K.Johnston, JC.Hogenbirk, S.Willems, S.Elsanousi.**
Practice intentions at entry to and exit from medical schools aspiring to social accountability: findings from the Training for Health Equity Network Graduate Outcome Study.
BMC. Med Educ. 13 nov 2018;18(1):261.

97. **S.Larkins, K.Michielsen, J.Iputo, S.Elsanousi, M.Mammen.**
Impact of selection strategies on representation of underserved populations and intention to practise: international findings.
Med Educ. janv 2015;49(1):60-72.
98. **F.Celletti, TA.Reynolds, A.Wright, A.Stoertz, M.Dayrit.**
Educating a New Generation of Doctors to Improve the Health of Populations in Low- and Middle-Income Countries.
PLoS Med. 18 oct 2011;8(10):e1001108.
99. **W.Talaat, Y.el-Wazir.**
The El-Tal El-Kebir story: an example of social accountability from Egypt.
Med Teach. 2012;34(5):354-60.
100. **Y.Liu.**
Gaps in studies of global health education: an empirical literature review.
2015 Apr 21;v8:25709.
101. **W.Ventres, C.Boelen, C.Haq C.**
Time for action: key considerations for implementing social accountability in the education of health professionals.
Adv Health Sci Educ Theory Pract. oct 2018;23(4):853-62.
102. **LS.Wen, SR.Greysen, D.Keszhelyi, J.Bracero.**
Social accountability in health professionals' training.
Lancet. 3 déc 2011;378(9807):e12-13.
103. **MK.Alimoglu, D.Alparslan, M.Daloglu, S.Mamakli.**
Does clinical training period support patient-centeredness perceptions of medical students?
Med Educ Online,15 avr 2019; VOL.24;1603525
104. **A.Entezari , N.Momtazmanesh, A.Khojasteh, B.Einollahi.**
Toward Social Accountability of Medical Education in Iran. 2009;vol38:2.
105. **SS.Leeuw.**
Aiming at the right things : Reflections on public health care, community, and social accountability.
Canadian Family Physician, Le Médecin de famille canadien; Vol 62: December, 2016.
106. **DB. Resnik.**
Responsibility for health: personal, social, and environmental.
Med Ethics. août 2007;33(8):444-5.

107. **S.Buchman, R.Woollard, R.Meili, R.Goel.**
Practising social accountability.
Can Fam Physician. janv 2016;62(1):15-8.
108. **D.Pearson, S.Walpole, S.Barna.**
Challenges to professionalism: Social accountability and global environmental change.
Med Teach. 2015;37(9):825-30.
109. **S.Rouffignac, N.Pierre, KT.Djuiko, D.Pestiaux.**
La responsabilité sociale en santé.
Louvain Med 2018; 137 (9): 581–586.
110. **Code de la santé publique.**
Chapitre préliminaire : Droits de la personne.
L1110–1 à L1110–11, 2012.
111. **R. Goel, R.Meili.**
La responsabilité sociale au microniveau.
2016 Apr; 62(4): 299–302
112. **R.Woollard, S.Buchman, R.Meili, R.Strasser , R.Goel.**
Responsabilité sociale au mésoniveau.
Can Fam Physician. juill 2016;62(7):547-50.
113. **R.Woollard.**
Caring for a common future: medical schools' social accountability.
Med Educ. avr 2006;40(4):301-13.
114. **A.Denoyel–Jaumard, A.Bochaton.**
Des pratiques et espaces médicaux en transformation : Effet générationnel ou conséquence de la féminisation de la profession?
Revue Francophone sur la Santé et les Territoires,2015;15.
115. **A.Hardy–Dubernet.**
Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ?
v(1):24. RFAS No 1–2005.
116. **M.Sebbani, A.Mansouri, S.Soussi, AA.Idrissi, R.Thalal, S.Safadi.**
Pandémie COVID–19 et responsabilité sociale des étudiants en médecine en formation :
quelles leçons pour l'avenir ? (Cas de la Faculté de médecine de Marrakech).
Pédagogie Médicale. 2020;21(4):233-5.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف
والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض
والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.
وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،
للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.
وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرني، وأكون أخا لكل زميل في المهنة
الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلايتي،

نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا

المسؤولية الاجتماعية لكلية الطب والصيدلة بمراكش : رأي طلاب كلية الطب

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2021/03/23

من طرف

السيدة سارة الديبي

المزودة في 1994/02/02 بورزازات

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :

المسؤولية الاجتماعية - طلبة الطب - كلية الطب والصيدلة - البحث

اللجنة

الرئيس

المشرف

الحكام

م. أمين

أستاذ في علم الأوبئة

م. صباني

أستاذة في الطب الجماعي والصحة العامة

ن. الأنصاري

أستاذة في أمراض الغدد والأمراض الاستقلابية

ل. أدرموش

أستاذة في الطب الجماعي و الصحة العامة

السيد

السيدة

السيدة

السيدة