

La responsabilité sociale en santé

Dr Edouard Leaune
MCU-PH - MD, HDR
2026-2027

Faculté de Médecine Lyon-Est

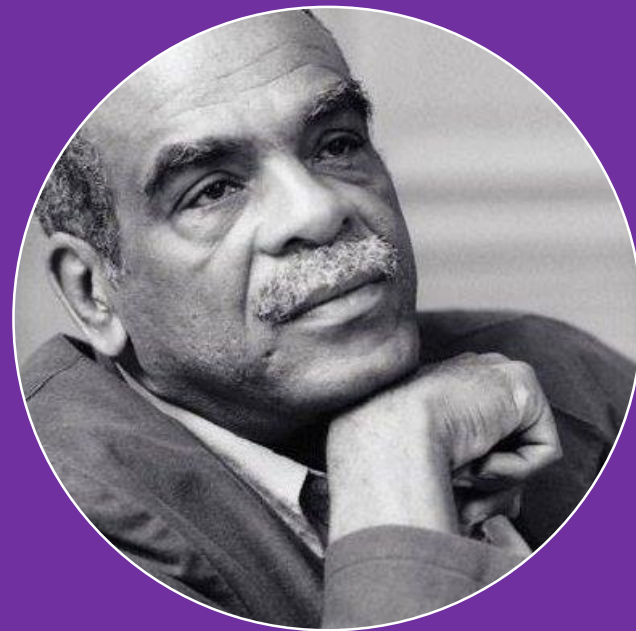


Chaque **génération** doit
dans une relative opacité,
découvrir **sa mission**, la
remplir ou la **trahir**



Frantz Fanon

**Agis dans ton lieu,
pense avec le monde.**



Edouard Glissant

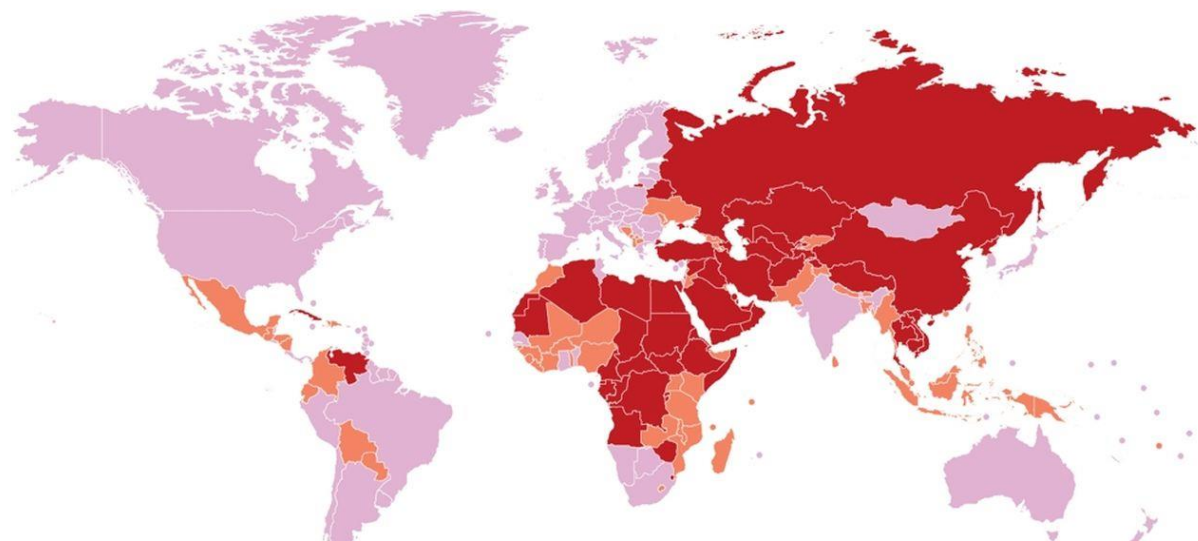


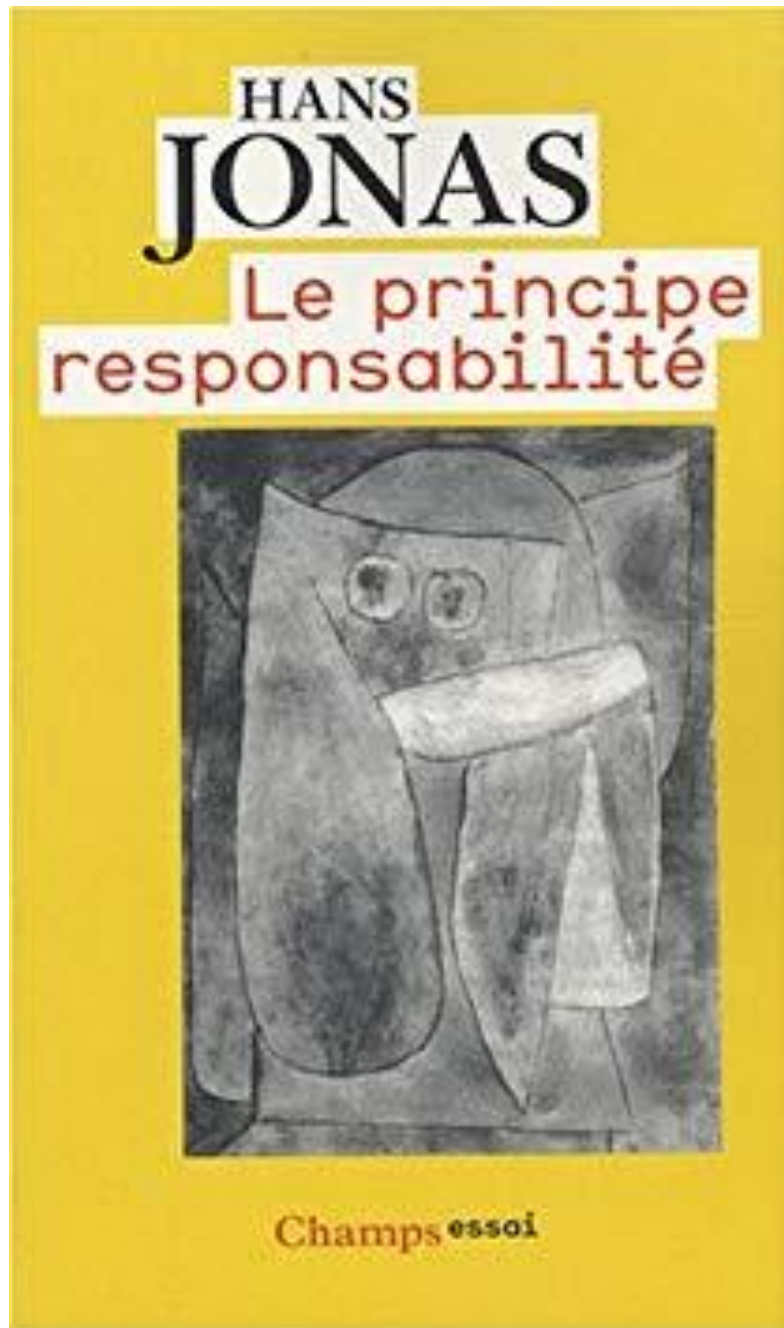




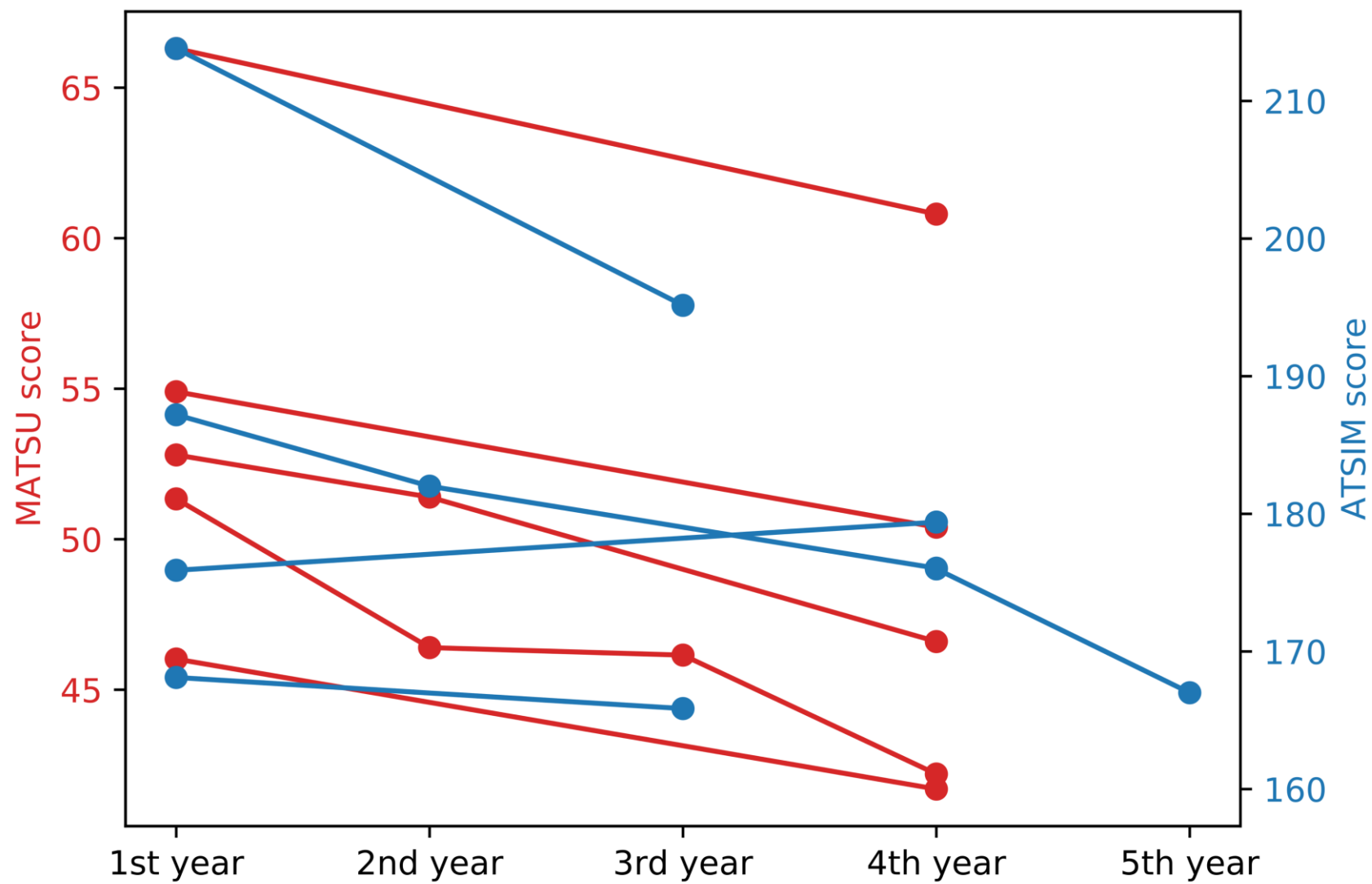
Carte de la démocratie dans le monde

Liberté Liberté partielle Pas de liberté





« Agis de façon que les effets de ton action soient compatibles avec la permanence d'une vie authentiquement humaine sur Terre. »



Leaune et al., 2021

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Medical students attitudes toward and intention to work with the underserved: a systematic review and meta-analysis



Edouard Leaune^{1,2,3*} , Violette Rey-Cadilhac¹, Safwan Oufker¹, Stéphanie Grot⁴, Roy Strowd⁵, Gilles Rode^{1,3} and Sonia Crandall⁵

Factors associated with medical students attitudes toward the underserved

Factor	n	Pooled OR (95% CI)	95% CI	z-value	p
Gender (female)	7	1.47	1.18–1.81	3.52	< 0.001
Students from underserved communities	6	2.20	1.51–3.21	4.12	< 0.001
Students from ethnic minorities	5	2.06	1.64–2.60	6.15	< 0.001
Age	5	1.05	0.95–1.15	0.96	0.34
Intention to work in primary care	5	1.97	1.27–3.05	3.05	0.002
Exposure to the underserved during medical education	4	1.47	1.26–1.71	4.86	< 0.001
Religiosity	3	0.93	0.65–1.35	–0.36	0.72
Educational debt	3	0.93	0.73–1.19	–0.60	0.55

MS-ATU Medical students attitudes toward the underserved; *MS-IWU* Medical students intention to work with the underserved

Une relation soignants-soignés altérée

- Le niveau socio-économique des **patients influe fortement sur la communication entre soignants et patients** en modifiant leurs attitudes (Verlinde *et al.* 2012)
- Ainsi, les patients avec un faible niveau socio-économique:
 - Bénéficie de **consultations plus directives**
 - Se voient **moins impliqués par le médecin** dans la décision thérapeutique
 - Osent **moins poser de questions** aux médecins
 - Reçoivent **moins d'informations** sur la maladie et le traitement
 - Bénéficie d'exams physiques plus longs, au détriment des moments de consultation et d'information au cours de la consultation
 - Reçoivent **moins de messages émotionnels** (attitude plus neutre et moins empathique du médecin)
 - Sont **moins satisfaits** des consultations médicales et ont le sentiment que les choses ne leur ont pas été expliquées de manière adéquate

Efficacité des méthodes d'enseignement

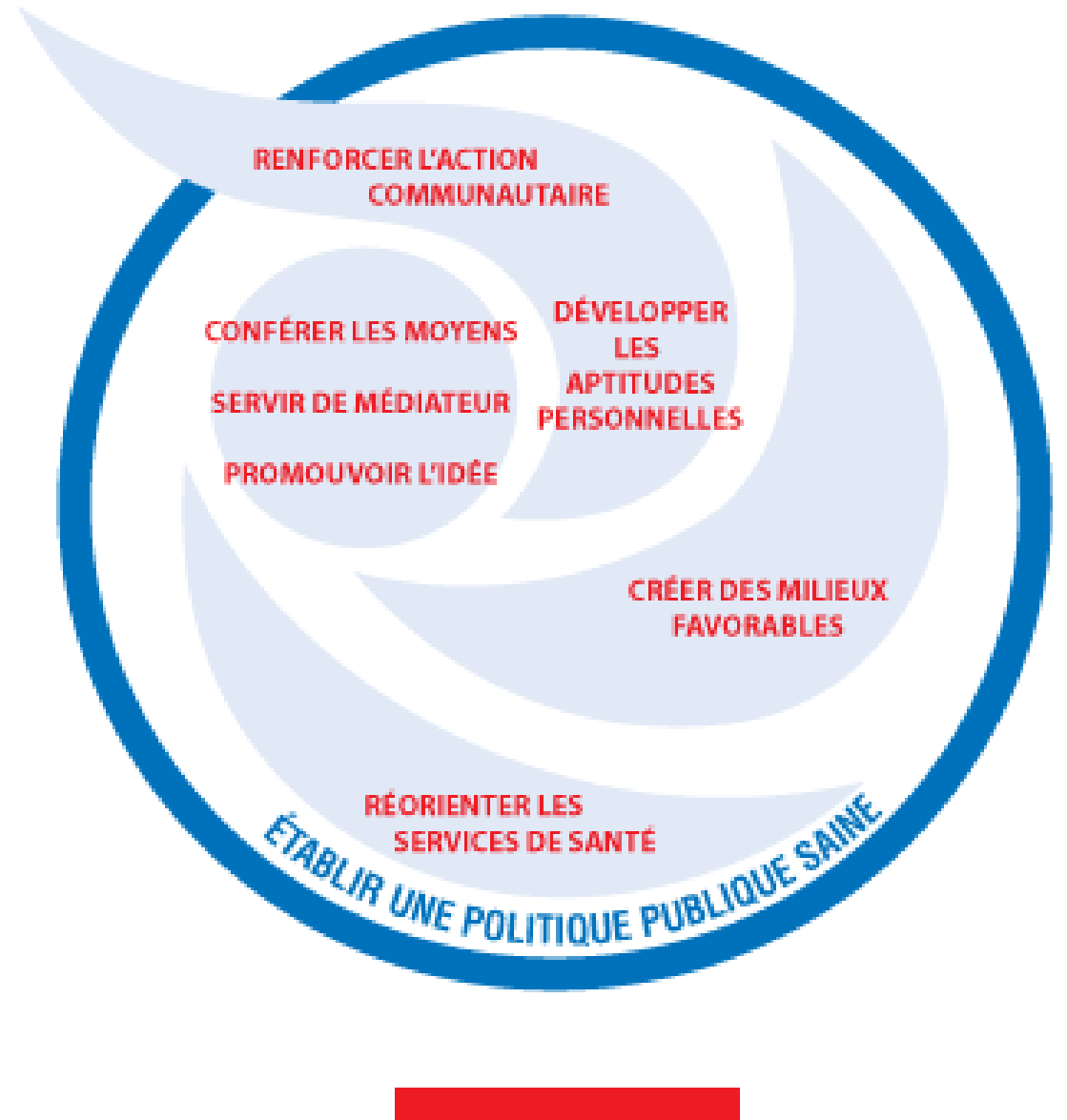
Type d'intervention	Efficacité
Enseignement traditionnel (n= 3)	-
Stratégies de sélection (n= 2)	+
Cursus dédié à la responsabilité (n= 13)	++
Enseignement expérientiel dans la communauté (n=3)	+++

Histoire

- 1842, **Edwin Chadwick** estime qu'en Angleterre les travailleurs auraient pu gagner **13 ans** d'espérance de vie en améliorant l'hygiène publique et l'approvisionnement en eau potable.
- 1848, **Rudolf Virchow** enquête sur une épidémie de typhus en Allemagne :
 - « *On peut accuser les facteurs atmosphériques ou cosmiques mais ceux-ci ne produisent jamais l'épidémie à eux seuls. Ils ne la produisent que là où les gens vivent dans des conditions sociales déplorables...* ».
- Il prescrit comme traitement la démocratie, l'éducation, la liberté et la prospérité.

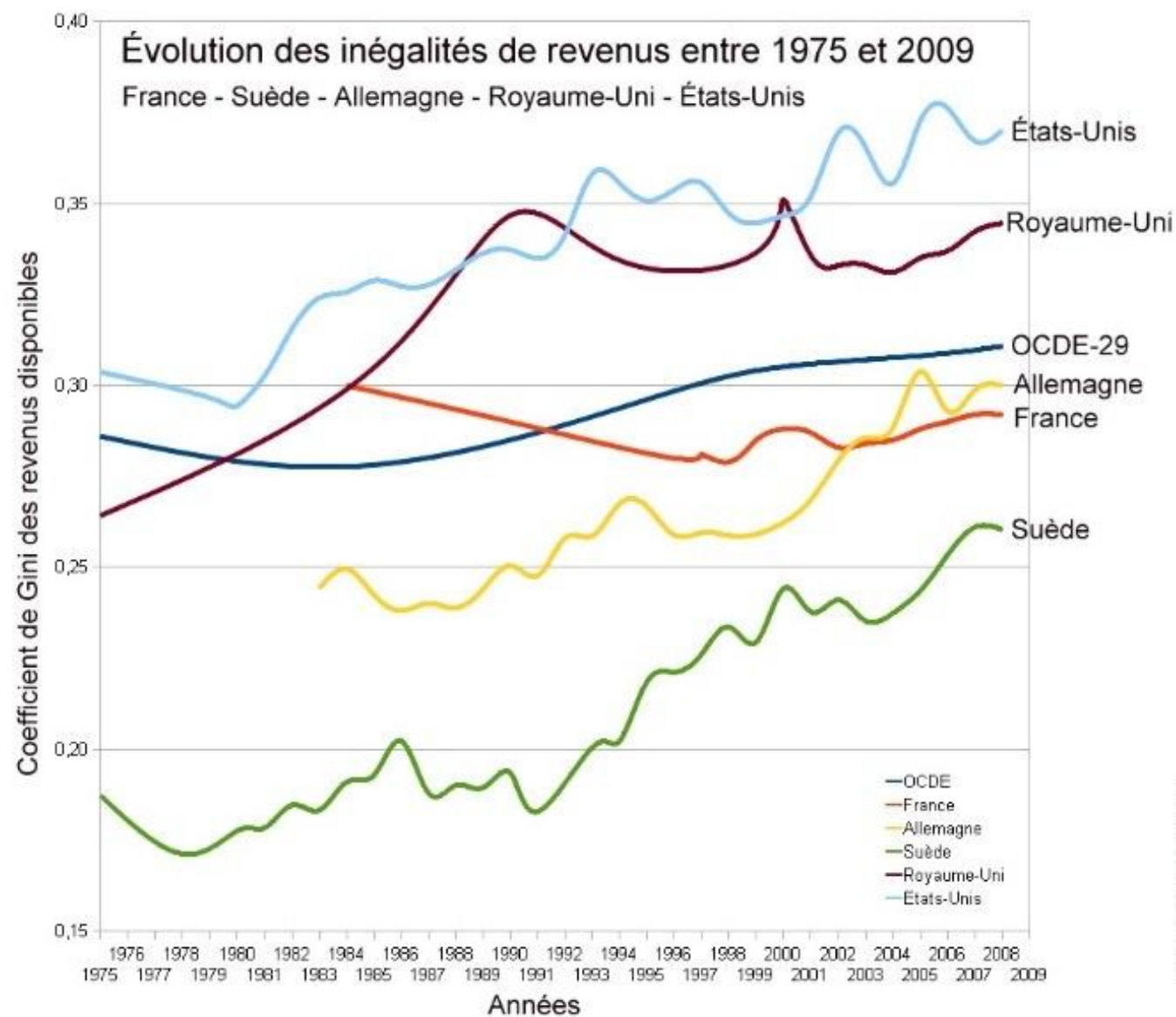
Histoire (2)

- La Charte d'Ottawa (1986)
 - Modèle explicatif des déterminants sociaux de la santé qui débouchera sur un nouveau référentiel pour l'intervention : la **promotion de la santé**.
 - « La promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de **réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé** »





Les inégalités sociales de santé



Source : OCDE, 2011

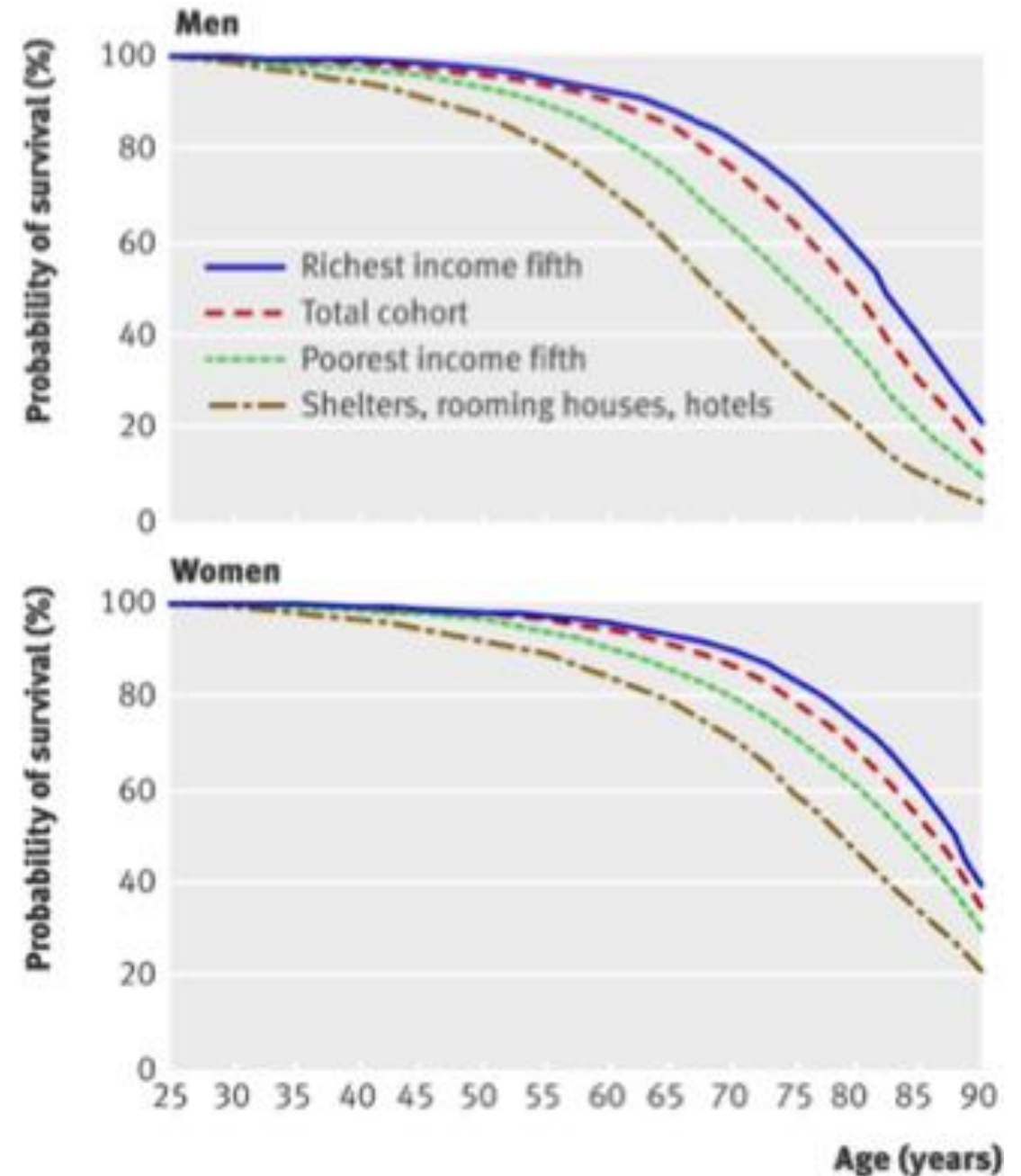
Source : <http://www.oecd.org/fr/rets/politiqueetdonnees sociales/toutjoursplusdinegalitepourquellescartsderevenussecréusent.htm>

- Ces inégalités existent entre les pays: l'espérance de vie moyenne va de **83,7 ans** au Japon à seulement **50,1** ans en Sierra Leone
- Ces différences ne s'expliquent pas uniquement par les conflits armés dans le monde, mais sont **corrélées au niveau d'inégalités socio-économiques dans les pays**
- Elles existent aussi **entre différentes populations au sein d'un même pays**, même dans les pays riches

Pourquoi sont-elles injustes?

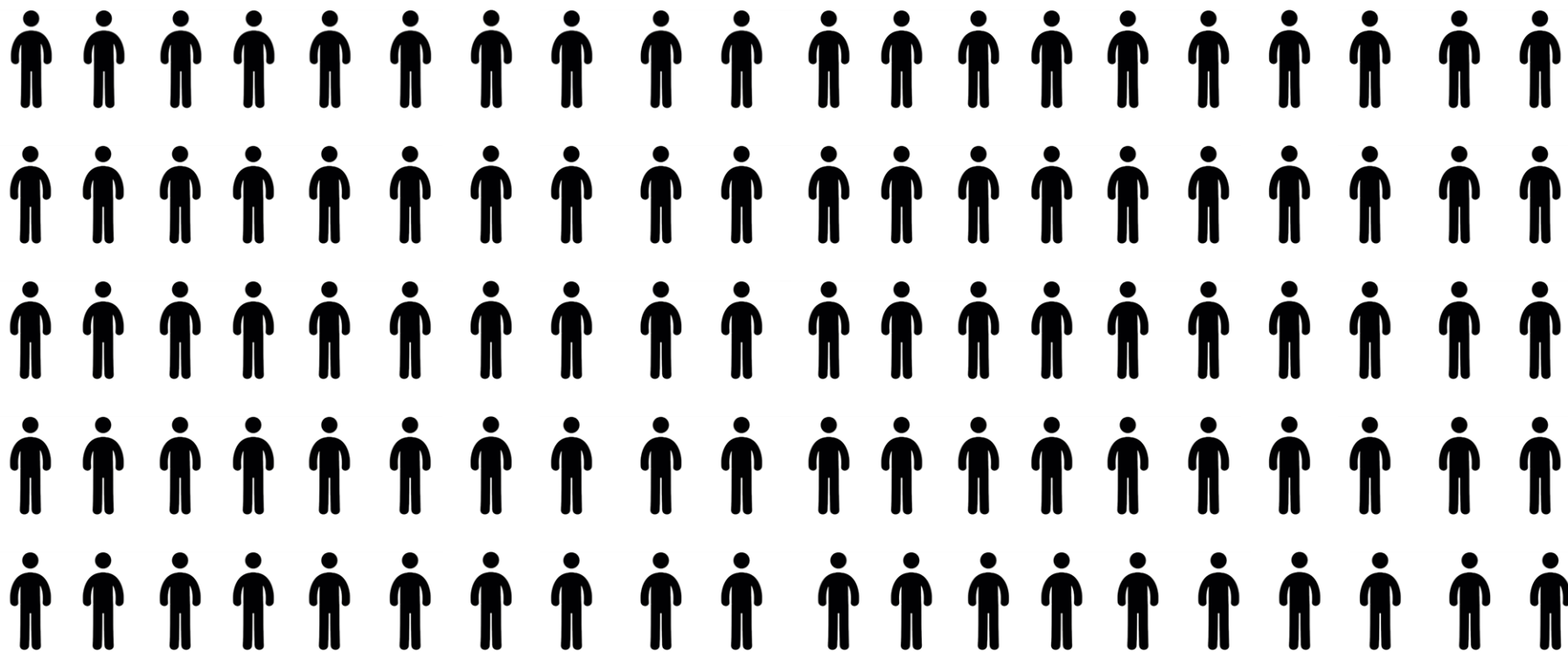
- Les personnes, de diverses couches sociales ne disposent pas d'une réelle égalité des chances pour atteindre leur niveau de santé optimal (Ridde et al., 2007)
- Les disparités observées dans l'état de santé entre les groupes sociaux sont la conséquence d'une **distribution inégale et injuste des déterminants sociaux de la santé**

La précarité et la pauvreté sont avant tout des facteurs de risque dramatiques de mortalité précoce

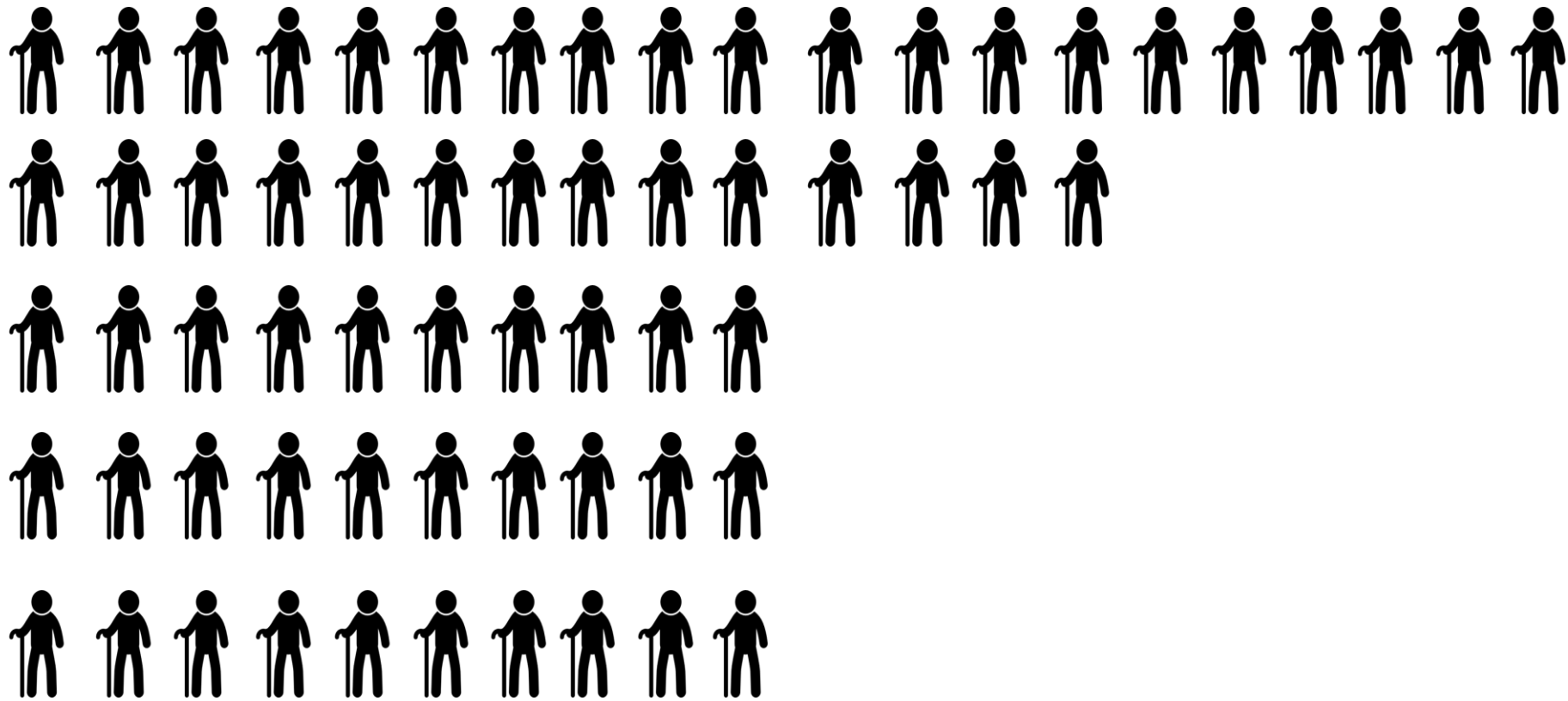


Inégalités sociales d'espérance de vie

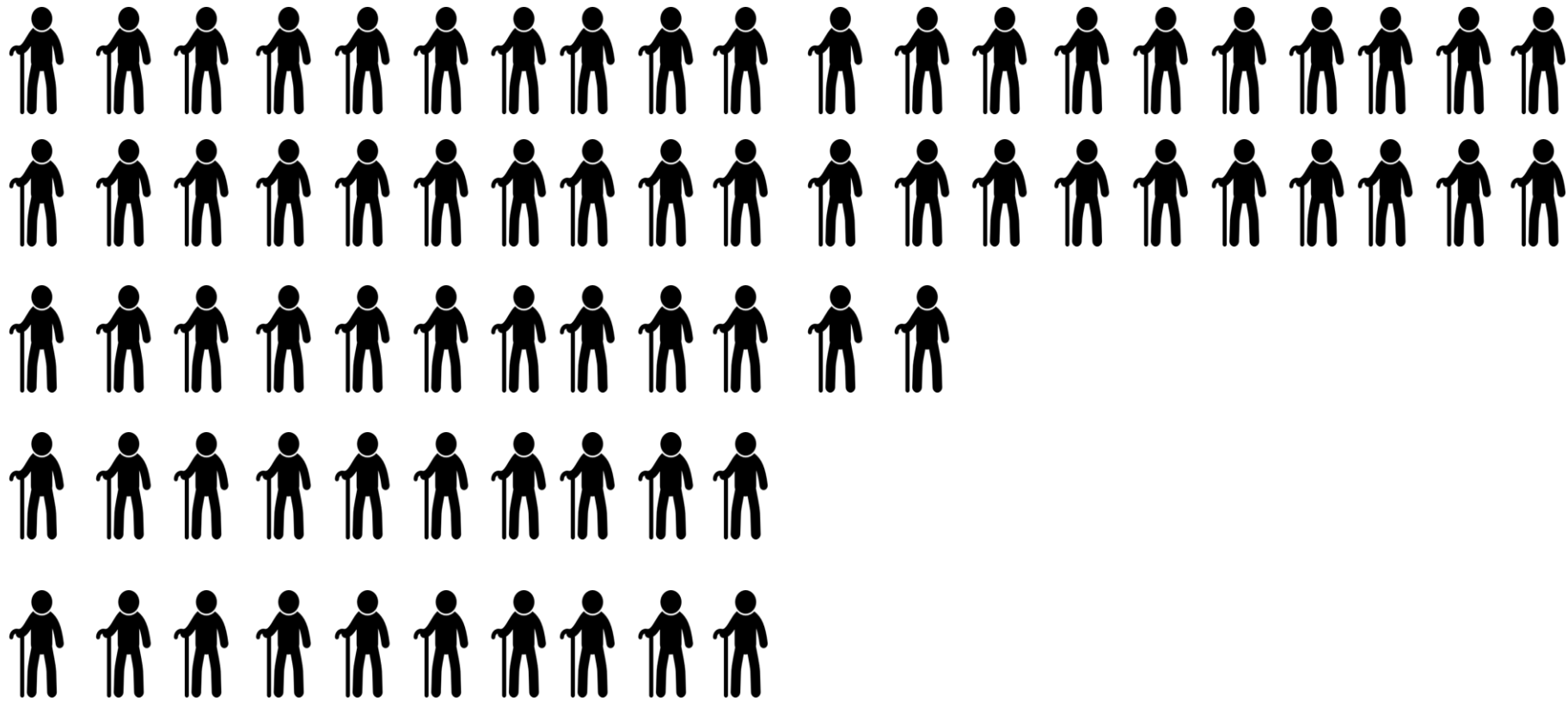
- **Un exemple: au Canada, en partant d'une population de personnes de 25 ans, le pourcentage de personnes encore vivantes à 75 ans varie drastiquement en fonction du niveau socio-économique:**



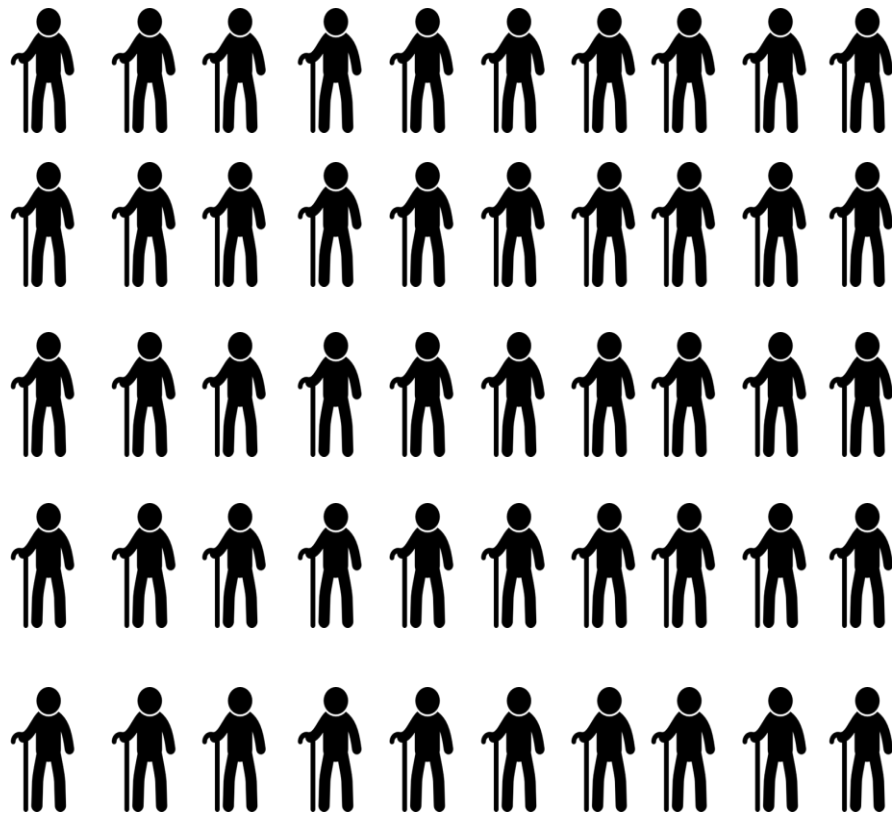
Sur 100 personnes de 25 ans...



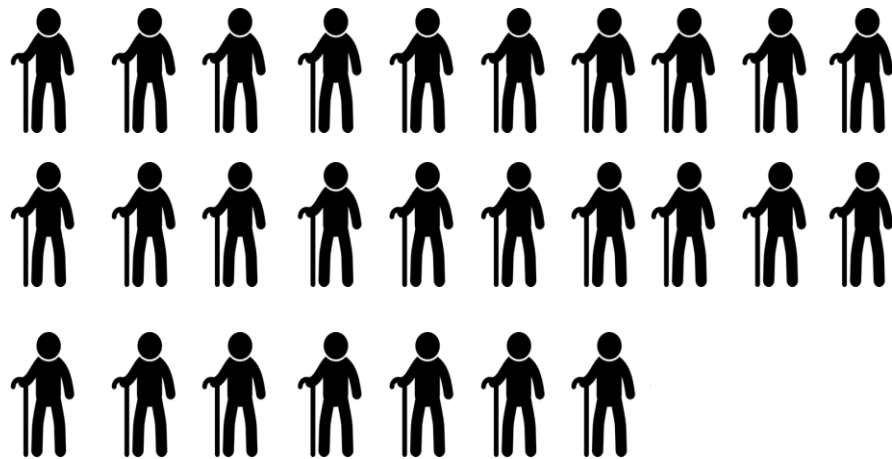
64% seront vivantes à 75 ans dans la population générale



72% des personnes à plus haut revenus seront encore vivantes
à 75 ans

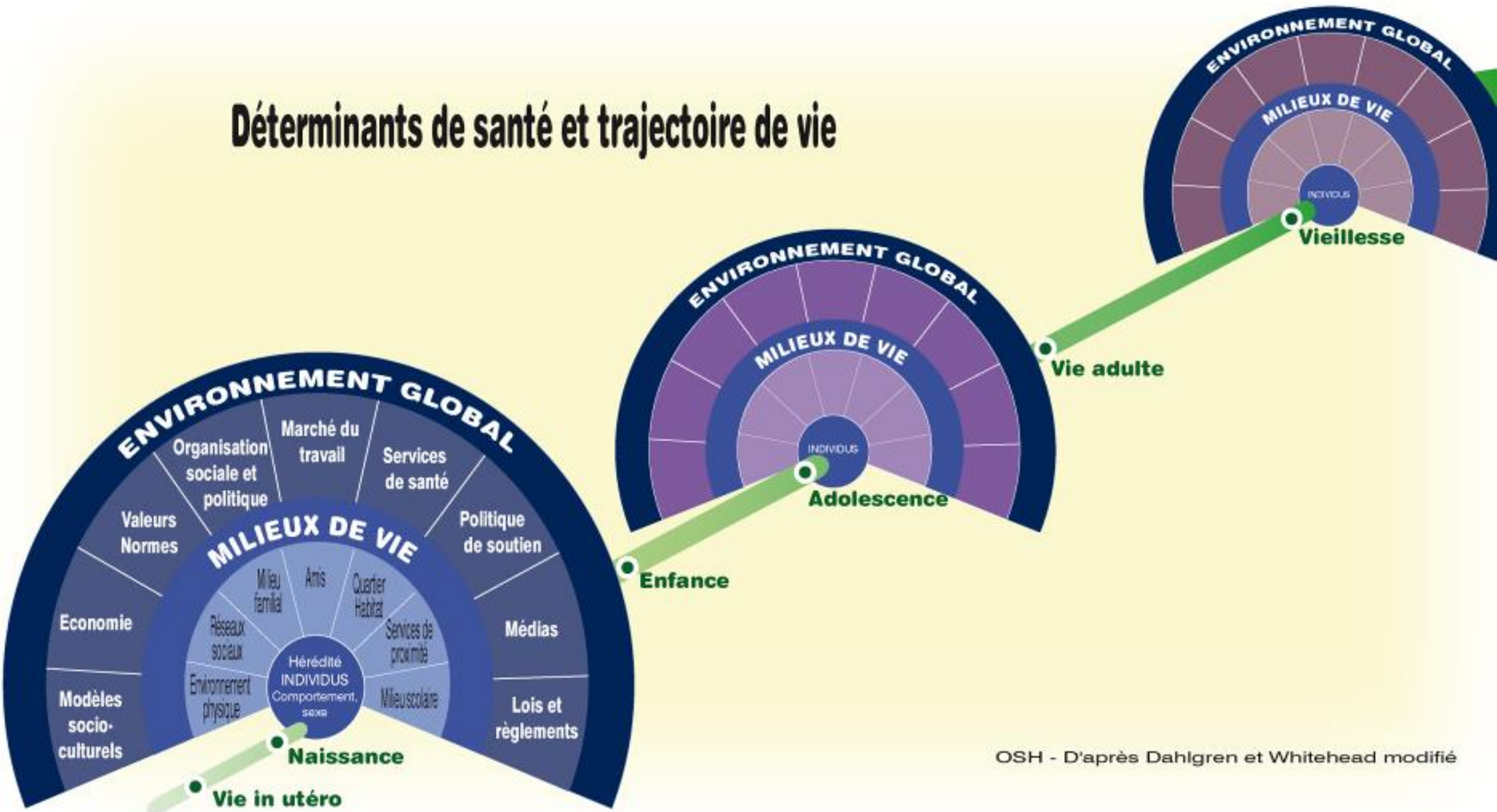


50 % des personnes à plus bas revenus seront encore vivantes
à 75 ans



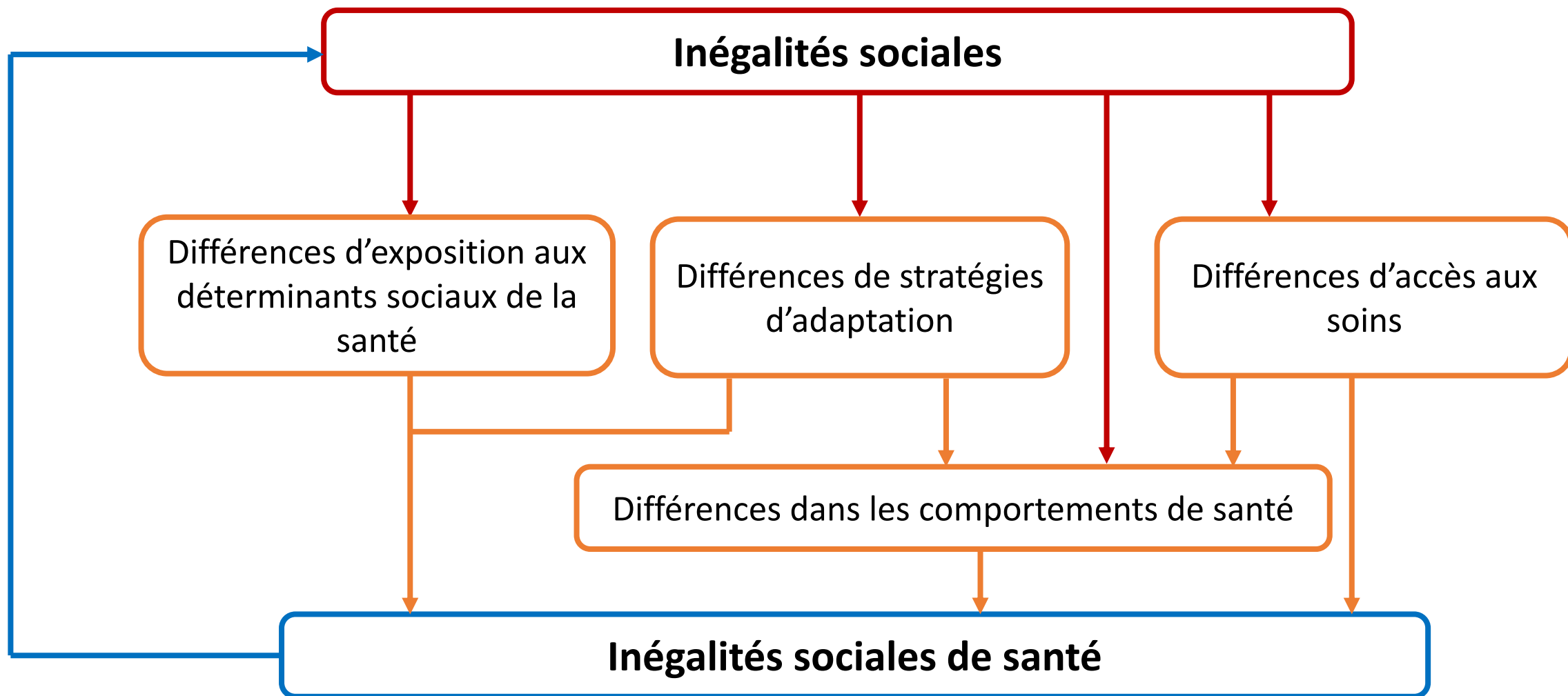
27% des personnes SDF seront encore vivantes à
75 ans

Déterminants de santé et trajectoire de vie



OSH - D'après Dahlgren et Whitehead modifié

Mécanismes des inégalités sociales de santé



Les déterminants sociaux de la santé

- Les déterminants sociaux de la santé sont les **circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie** (OMS)
- Ces circonstances qui reflètent des **choix politiques**, dépendent de la répartition du **pouvoir**, de l'**argent** et des **ressources** à tous les niveaux, mondial, national et local
- La **répartition inégale** des déterminants sociaux de la santé est à la base des inégalités sociales de santé

Les déterminants sociaux de santé

- le niveau de revenu et le statut social
- les réseaux de soutien social
- l'éducation et l'alphabétisme
- l'emploi et les conditions de travail
- les environnements sociaux
- les environnements physiques
- les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles
- le développement de la petite enfance
- les services de santé
- le genre
- la culture
- l'origine ethnique



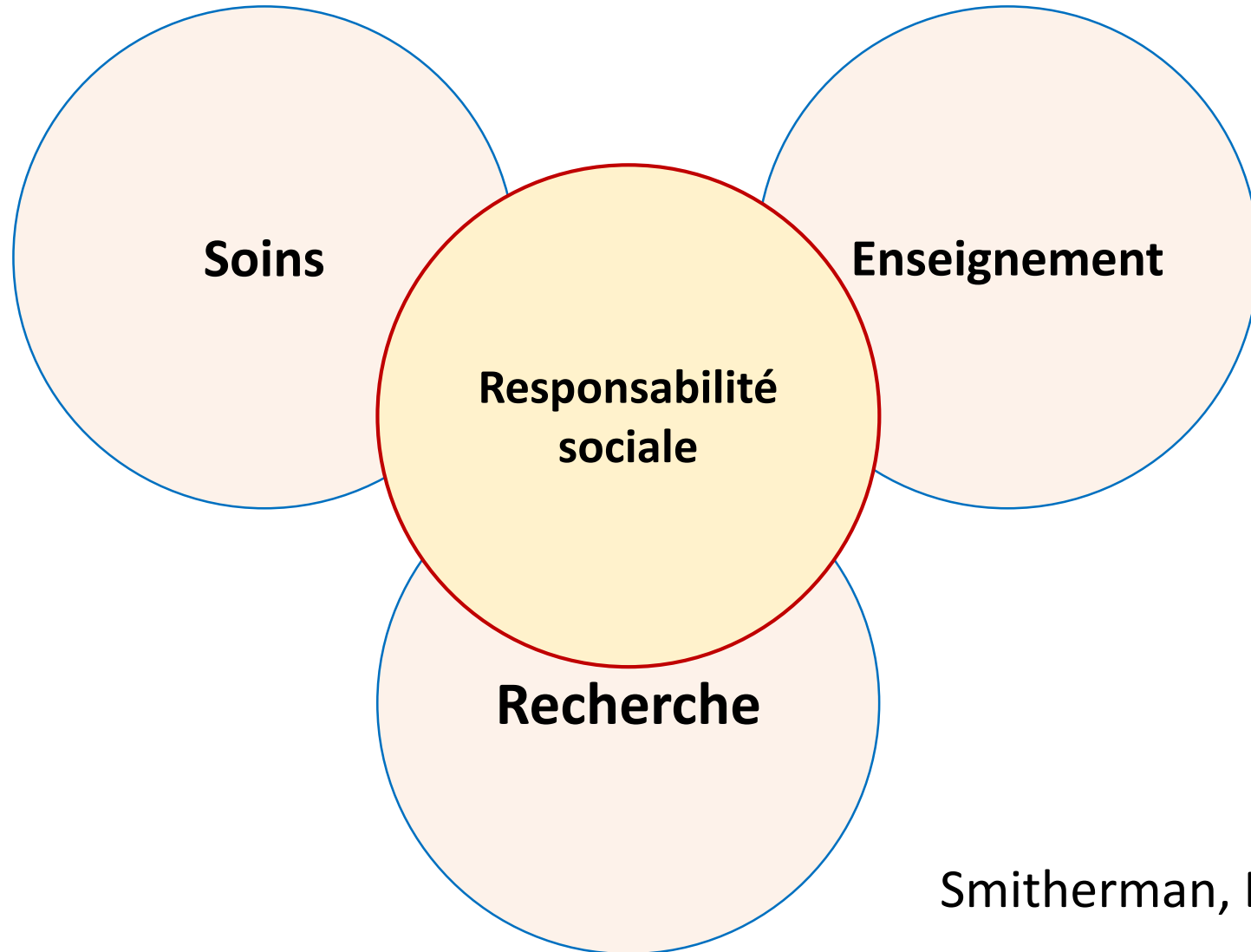
Responsabilité sociale en santé

Rudolph Virchow (1821-1902)

« **La médecine est une science sociale**, et la politique n'est rien d'autre que la médecine à une large échelle. La médecine, en tant que science sociale, en tant que science de l'être humain, **a l'obligation de pointer les problèmes et de rechercher leurs solutions théoriques**: le politicien, l'anthropologiste pratique, doit trouver les réponses aux problèmes rencontrés. **Les médecins sont les avocats naturels des pauvres**, et les problèmes sociaux se situent en grande partie sous leur juridiction. »



La quadruple mission des centres hospitalo-universitaires



Smitherman, Baker & Wilson, 2019

La responsabilité sociale des universités de médecine

- Obligation pour les facultés de médecine d'orienter la formation qu'elles donnent, les recherches qu'elles poursuivent et les services qu'elles dispensent, **vers les principaux problèmes de santé de la communauté, région et/ou nation qu'elles ont comme mandat de servir** (Boelen & Heck, 1995)
- Dépassement de l'éthique du colloque singulier vers une **philosophie du soin tant sociale qu'environnementale** (Lefève & Gateau, 2015)
- Des étudiants en médecine socialement responsables doivent (Ventres & Dharamsi, 2015):
 - Connaître les **inégalités sociales de santé**
 - Connaître et comprendre les **dispositifs de soins dédiés aux populations précaires**
 - Participer à des **programmes favorisant les soins pour les populations précaires**
 - Présenter des attitudes **favorables aux personnes les plus précaires**



Définir la responsabilité sociale en santé

- « La Responsabilité sociale en santé (RSS) impose une **approche complexe et globale**. Elle implique une analyse des **besoins et déterminants de santé des patients et des populations**, une stratégie cohérente pour y répondre et la mesure des impacts résultant des actions menées. Elle nécessite une **mobilisation effective des différents partenaires** dans la variété des domaines associés à la santé : médical, socioculturel, économique, écologique, politique, éthiques et droits humains. Elle vise des **actions transformatives susceptibles d'engager l'ensemble des professionnels de santé**, individuellement et comme groupes, dans une **communauté de valeurs et en cogestion avec les parties prenantes**. » (Cauli et al., 2021)

Principes

- Deux principes fondamentaux se trouvent au cœur de la notion de responsabilité sociale en santé (Boelen et al. 2008) :
 - **altruisme**, par l'intérêt prioritaire qui doit être porté au bien-être de la société
 - **altérité**, au sens du souci d'intégration dans le contexte social

Les questions que doivent se poser les professionnel(le)s de santé socialement responsables

- Quel est le **projet de société** que j'incarne dans ma manière de travailler ?
- L'**accès aux soins** est-il assuré ?
- Est-ce que je participe à la **reproduction des inégalités** ou au contraire à la résolution des injustices ?
- Quels sont les impacts de mes actions particulièrement sur le **développement durable** ?
- Qui est affecté par les **effets directs et indirects de mon action** ?
- Quels sont les **intérêts en jeu** ?
- **Qui peut m'aider** dans ma volonté d'agir d'une manière plus responsable, équitable et soutenable ?
- Avec qui puis-je **partager mes interrogations** ?

*C'est aussi pour ça que ça n'a aucun sens
d'exiger un médecin femme/homme,
noir/blanc, hétéro/LGBT,
gémeau ascendant scorpion...*



*Derrière cette blouse, je n'ai pas de sexe, pas de religion,
pas d'orientation sexuelle, pas de couleur de peau, pas d'opinion politique...*
Derrière cette blouse, je suis un docteur*.

**Ni monsieur. Ni madame. Ni mademoiselle. Ni docteur. Ni doctoresse...
Docteur. Tous neutres. Tous pratiquant la même médecine.*

L'enseignement « Responsabilité sociale en santé » (1/2)

- Un enseignement d'une durée d'un an
- Enseignement expérientiel dans la communauté
- Soutien pédagogique par les étudiants-tuteurs
- Sensibilisation sur les inégalités sociales de santé et la RS
- Développer l'empathie et le plaidoyer à l'égard des personnes les plus précaires



L'enseignement RSS (2/2)



- 1) Enseignements interactifs sur les déterminants sociaux de la santé et sur la responsabilité sociale (20 heures)
- 2) Stage dans des associations dédiées aux personnes les plus précaires (40 heures)
- 3) Projets collaboratifs dédiés au plaidoyer en responsabilité sociale (10 à 20 heures)

➔ Plus de 200 étudiants en santé ont participé depuis 2020



<https://humanites.wixsite.com/website/projets-2020-2021>

The image features a watercolor-style background with soft, blended colors of teal, light green, and pale yellow. A thick, dark blue circle is drawn around the central text. The text itself is in a dark teal, hand-drawn, sans-serif font. There are some small, darker green brushstrokes and speckles on the left side of the image, outside the blue circle.

WHAT IS CULTURAL HUMILITY?

Le terme micro-agression est utilisé pour désigner des **comportements ou des propos, d'apparence banale, envers une communauté et qui sont perçus comme péjoratifs ou insultants**. L'aspect négatif ou hostile de la part de l'émetteur n'est pas nécessairement intentionnel.

« Votre prénom est difficile à prononcer »

« Vous dites cela car vous manquez d'expérience »

"C'est une communauté de bosseurs"

« Ce sont vos vrais cheveux ? » « Vous n'avez pas d'accent ? »

MICRO-AGRESSIONS

« VOUS ÊTES STAGIAIRE ? VOUS AVEZ L'AIR TRÈS JEUNE »

"Alors d'où venez-vous vraiment?"

« Ma patronne est folle »,

« De quelle origine êtes-vous ? »

Deux concepts centraux

- Diversité culturelle
- Déséquilibre de pouvoir

Les outils de l'humilité culturelle

- Ouverture (*openness*)
- Conscience de soi (*self-awareness*)
- Altruisme (*egoless*)
- Interaction soutenance (*supportive interaction*)
- Réflexivité et la critique (*self-reflection and critique*)



Les objectifs de l'humilité culturelle

- *Empowerment*
- Respect mutuel
- Partenariat
- Soins optimaux
- Développement professionnel continu



Les écueils à éviter en situation interculturelle

- Préjudice
- Oppression
- Intolérance
- Stigmatisation
- Discrimination
- Exclusion
- Stéréotype
- Méfiance
- Jugement
- Mésentente



Conclusion

- Les inégalités sociales de santé touchent à la fois la **santé physique et mentale**
- Elles reposent sur des **mécanismes complexes** (comportements de santé, accès aux soins, facteurs de risque..) qui impactent les individus **tout au long de leurs vies**
- Les inégalités sociales impactent également la relation soignant-soignés, **ce qui nécessite de former les étudiants en santé aux inégalités sociales de santé**
- **La responsabilité sociale en santé** vise à apporter des réponses complexes et transformatrices autour d'une communauté de valeurs
- Elle **doit s'inscrire dans la formation des étudiant(e)s en santé** pour vous permettre d'être prêts à affronter les défis modernes en santé

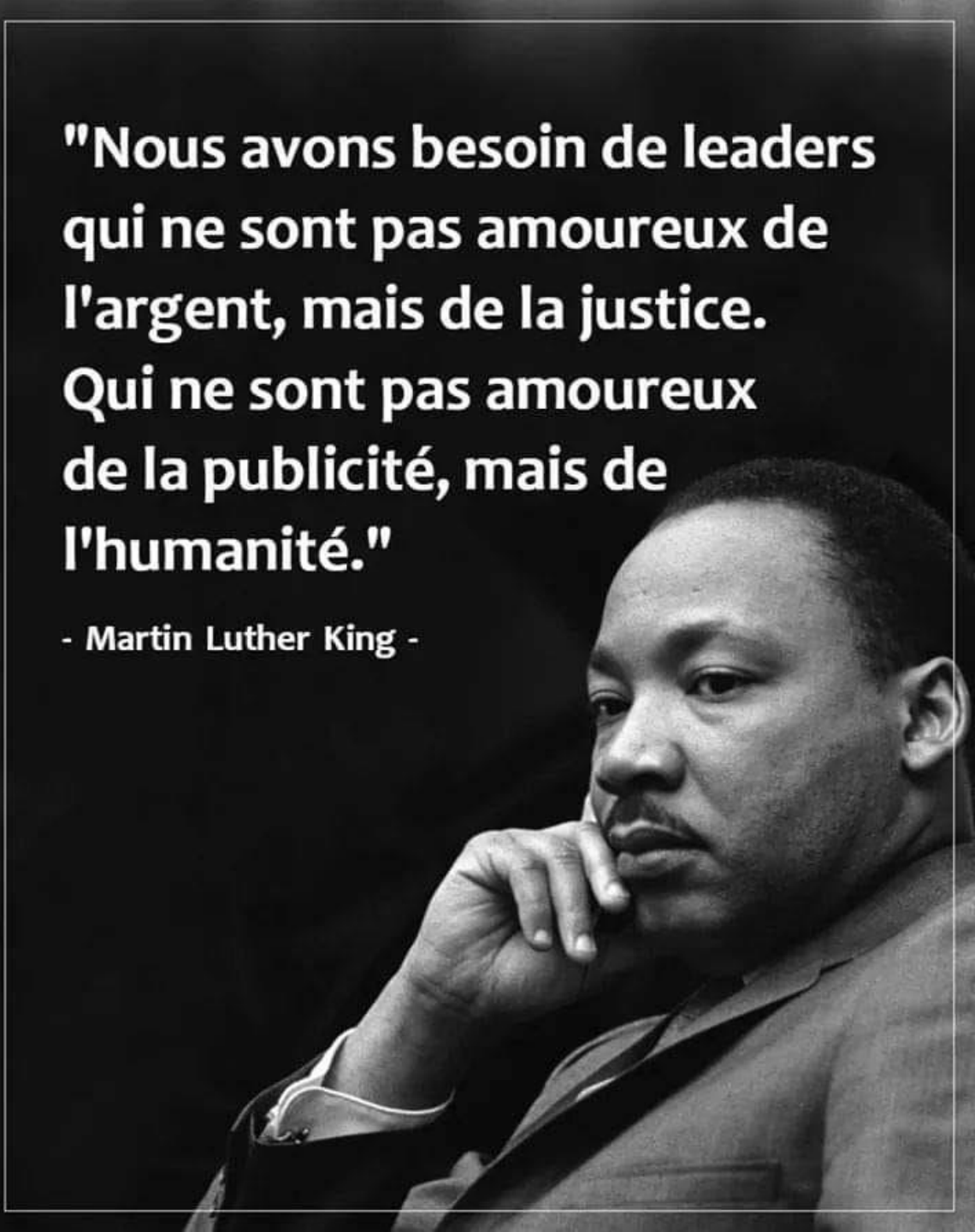


“

Nous devons apprendre à vivre ensemble comme des frères, sinon nous allons mourir tous ensemble comme des idiots. ”

Martin Luther King

aufeminin



"Nous avons besoin de leaders qui ne sont pas amoureux de l'argent, mais de la justice. Qui ne sont pas amoureux de la publicité, mais de l'humanité."

- Martin Luther King -