



La 3^e conférence annuelle Sadok Besrou sur la santé mondiale

Innover pour passer à l'action : outils et stratégies pour
faire progresser la médecine familiale à l'échelle mondiale

Rapport final

13 au 15 novembre

Fairmont Le Château Frontenac

Québec (Québec) Canada

Table des matières

Résumé	3
Jour 1	4
1.1 Introduction – Santé mondiale et médecine familiale : Collaborer pour innover	4
Le travail accompli.....	4
Développer le Centre Besroul.....	4
1.2 Le tour du monde en 540 jours.....	5
Apprendre les uns des autres.....	5
1.3 Changer des vies.....	6
Jour 2	6
2.1 Introduction.....	6
2.2 Groupe de travail sur les documents Besroul	6
Discussion : commentaires des participants.....	7
2.3 Groupe de travail sur le plaidoyer de la médecine familiale.....	7
Discussion : commentaires des participants.....	8
2.4 Groupe de travail sur les récits	8
Discussion : commentaires des participants.....	9
2.5 Groupe de travail sur le développement professoral.....	9
Discussion : commentaires des participants.....	10
2.6 La médecine familiale en 2014	10
Discussion : commentaires des participants.....	11
2.7 Bâtir une discipline solide Les normes mondiales de WONCA pour la médecine familiale, le rôle de l’agrément et autres jalons	12
Perspective de l’Écosse.....	12
Perspective du Brésil.....	13
Perspective du Kenya.....	13
Discussion : commentaires des participants.....	14
Perspective des doyens canadiens.....	14
Discussion : commentaires des participants.....	15
2.8 Synthèse de la journée.....	16
Jour 3	16
3.1 Introduction.....	16

3.2	Perspective de la Banque mondiale sur le rôle de la médecine familiale dans le programme de développement mondial.....	17
3.3	Réaction du panel : des décideurs de différents contextes.....	17
	Discussion : commentaires des participants.....	19
3.4	WONCA: Polaris.....	19
3.5	Regard vers l'avenir : direction à court terme et groupes de travail.....	20
3.6	Le plan des groupes de travail.....	20
	Groupe de travail sur le développement professionnel continu des médecins généralistes.....	20
	Le Groupe de travail sur les publications Besroun.....	20
	Le Groupe de travail sur les récits	21
	Groupe de travail sur le plaidoyer.....	21
	Groupe de travail sur le développement professoral.....	21
3.7	Vision du Centre Besroun et projets d'avenir.....	21
	Discussion : commentaires des participants.....	22

Résumé

Le projet Besroul, lancé par le D^r Sadok Besroul au tournant de la décennie et parrainé par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFP), a pour objectif de faire avancer la médecine familiale comme voie vers l'équité en matière de santé à l'échelle mondiale. La 3^e conférence Besroul, qui s'est tenue à Québec du 13 au 15 novembre 2014, a rassemblé des représentants de quinze départements universitaires de médecine de famille et de 16 pays répartis sur cinq continents. Au terme de trois jours d'échanges, les participants ont élaboré un plan d'action concret visant le développement du Centre Besroul, une plaque tournante pour la médecine familiale et les soins primaires.

Durant la conférence, des médecins et des doyens de faculté de médecine de l'Australie, du Brésil, du Canada, d'Haïti, du Kenya et de la Tunisie, ainsi que les principales parties prenantes, dont la Banque mondiale et Santé Canada, ont partagé leur perspective sur la pratique, les normes et la formation en médecine familiale. Les participants ont également discuté d'enjeux touchant la médecine familiale dans les contextes administratifs, des systèmes de santé et des politiques publiques en matière de santé. Des groupes de travail formés lors de la conférence de Vancouver ont présenté le fruit de leurs travaux ainsi que leurs plans pour la prochaine année. Ces groupes œuvrent dans les sphères du développement professoral, du développement professionnel continu, de la collecte de récits narratifs et des publications Besroul.

Les discussions tenues dans le cadre de la Conférence et les travaux des groupes de travail s'inspirent de quatre orientations stratégiques, qui avaient été identifiées en 2012, à savoir :

1. Établir la médecine familiale comme élément central des systèmes de santé
2. Faciliter le développement professoral
3. Renforcer le développement professionnel continu des médecins généralistes
4. Soutenir l'adoption de normes, de l'agrément et de l'accréditation

Des objectifs plus détaillés pour le Centre Besroul seront élaborés au cours des prochains mois. Pour atteindre ces objectifs, le Centre Besroul créera de nouveaux partenariats avec des parties prenantes clés et renforcera les partenariats existants, mettra sur pied un conseil consultatif et embauchera un directeur et un coordonnateur. À plus long terme, le Centre accueillera des activités de recherche et d'innovation pertinentes pour la médecine familiale.

Fort de ses quelque 30 000 membres à travers le pays et reconnu comme un leader mondial dans le domaine, le Collège des médecins de famille du Canada est fier de soutenir le Centre Besroul, une initiative internationale misant sur le principe de responsabilité sociale et le développement des soins primaires.

Dans notre discipline, on passe beaucoup de temps à discuter de l'aspect médical de la médecine familiale. Or, ce soir, pour quelques minutes, j'aimerais mettre l'accent sur la famille, soit la famille au sens de rassemblement, d'épanouissement, d'appartenance et de croissance. J'aimerais aussi que nous pensions aux familles et aux personnes dans nos collectivités, ceux et celles pour qui nous exerçons la médecine familiale.

*D^{re} Katherine Rouleau, Présidente,
Comité sur la santé mondiale*

1.1 Introduction – Santé mondiale et médecine familiale : Collaborer pour innover

D^r Sadok Besrouer

La troisième conférence annuelle mondiale s'est ouverte sur une présentation du D^r Sadok Besrouer. Celui-ci a souligné la raison d'être de l'événement : *collaborer pour innover*. À l'instar du Forum économique mondial de Davos qui réunit depuis plus de 40 ans des dirigeants d'entreprise, des chefs d'État et des intellectuels pour débattre des grands enjeux mondiaux, D^r Besrouer a réaffirmé l'importance d'un forum international sur la santé mondiale, la médecine familiale et les soins de santé primaires afin de provoquer de profonds changements dans la prestation de soins de santé et assurer l'équité d'accès à la santé à l'échelle mondiale. Sa vision, celle qu'il travaille à matérialiser depuis quelques années, consiste à rassembler autour d'une même table des partenaires de pays à faible revenu, à revenu intermédiaire et élevé, pour échanger connaissances et expertise. L'objectif : trouver ensemble des solutions pour améliorer l'accès des populations aux soins de santé et la qualité de la médecine familiale à travers le monde.

Le travail accompli

En 2008, le Collège des médecins de famille du Canada a répondu à l'invitation du D^r Besrouer et accepté la recommandation du Comité sur la santé mondiale du CMFC en décidant d'organiser trois tables de concertation annuelles sur son éventuel rôle dans le domaine de la santé mondiale. Ces discussions ont pris la forme d'une série de conférences annuelles. La première d'entre elles a lieu à Toronto en 2012. Des représentants de 14 pays et de 16 départements canadiens de médecine de famille ont participé aux discussions. Résultats de cette première conférence : élaboration de la mission de l'organisation et des grandes orientations. En 2013, la 2^e conférence, qui a eu lieu à Vancouver, a tenté de traduire les priorités de 2012 en réelle collaboration entre les parties prenantes. Cinq groupes de travail ont été formés afin de concevoir des outils et des stratégies pour l'avancement de la médecine familiale à l'échelle mondiale. Enfin, la troisième conférence, qui a eu lieu à Québec en 2014, avait pour thème « Innover pour passer à l'action ». Des représentants du Canada et de 16 autres pays, de l'Australie à Haïti, en passant par la Tunisie ont pris part aux discussions. La conférence de 2014 avait pour objectif de créer un plan d'action pour le développement du Centre Besrouer.

Développer le Centre Besrouer

Pourquoi le développement du Centre Besrouer est-il si important? Pour réitérer la vision des participants aux conférences Besrouer antérieures, l'objectif premier du D^r Besrouer « consiste à améliorer la santé de la population grâce à l'accès à la médecine familiale et à des soins de première ligne de qualité ». D^r Besrouer nous a rappelé que l'accès à une médecine familiale de qualité demeure limité à l'échelle mondiale. De même, malgré sa tradition de médecine familiale riche et bien ancrée, le Canada continue de chercher à s'améliorer dans ce domaine. De nombreux pays et territoires ont dit avoir besoin d'un réel soutien pour implanter et développer la médecine familiale dans leur contexte particulier. D'où l'importance de renforcer la collaboration transfrontalière. En ce sens, le Canada, un pays bilingue dont le système de santé s'appuie sur le travail de quelque 70 000 médecins, la moitié étant des médecins de famille, a le potentiel d'agir comme leader, estime D^r Besrouer. Il souligne également l'importance de construire et de solidifier les partenariats avec de nombreux organismes tels que l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Organisation panaméricaine de la santé, WONCA, la Banque mondiale et Santé Canada, ainsi que des fondations privées. « Notre centre doit devenir le Davos de la médecine familiale et des soins primaires à l'échelle mondiale. Un forum où les décideurs qui œuvrent à la tête des systèmes

de santé peuvent se rassembler, échanger des idées et de l'expertise afin que chaque individu, chaque communauté bénéficie d'une médecine générale centrée sur la personne et ancrée dans la communauté ».

1.2 Le tour du monde en 540 jours

D^r Michael Kidd, Président, WONCA

D^r Michael Kidd, président de WONCA, croit fermement en la collaboration à l'échelle mondiale pour développer la discipline de médecine familiale centrée sur les communautés. « L'avenir de notre discipline professionnelle dépendra de notre capacité à travailler ensemble au service de l'humanité », ajoute-t-il, en reprenant les mots du premier président de WONCA, Monty Kent Hughes.

L'organisation qu'il dirige depuis maintenant près de deux ans représente plus d'un demi-million de médecins de famille dans 130 pays. WONCA a pour mission d'améliorer la qualité des soins et la formation des médecins de famille et des omnipraticiens à l'échelle mondiale, en soutenant la recherche et la création d'associations universitaires de médecins de famille, ainsi qu'en donnant une voix aux médecins de famille au sein de l'Organisation mondiale de la santé. Citant celui que plusieurs considèrent comme le père de la médecine familiale, Ian McWhinney, le D^r Kidd réitère la particularité de sa discipline : « le médecin de famille est engagé envers la personne, plutôt qu'envers une sphère de connaissance, un groupe de maladies ou une technique particulière ». La globalité, la continuité, la prévention, les soins primaires centrés sur la personne, la famille et la communauté, caractérisent la médecine familiale. Selon le D^r Kidd, il reste cependant du travail à accomplir pour diffuser cette vision globalement, rappelant qu'un milliard d'humains n'ont toujours pas accès à des soins de santé. Cela dit, D^r Kidd entrevoit un avenir prometteur grâce aux décideurs novateurs tels que Margaret Chan, directrice générale de l'Organisation mondiale de la santé, qui estime que la médecine familiale représente une partie de la solution pour réduire les inégalités d'accès aux soins de santé.

Apprendre les uns des autres

Après 540 jours à la tête de WONCA, D^r Michael Kidd estime avoir appris énormément des différentes expériences du développement de la médecine familiale vécues à travers le monde. En Chine par exemple, WONCA a récemment agréé le premier programme en médecine familiale à l'Université de Shanghai. Le D^r Michael Kidd évoque aussi les transformations en cours dans les régions rurales de la Chine, où habitent environ 800 millions de personnes. Récemment, le gouvernement chinois a réorienté les soins autrefois concentrés autour de grands centres hospitaliers vers un modèle centré sur la médecine familiale : un changement que le D^r Kidd qualifie de *petite révolution*. D'ici 2020, la Chine prévoit former 400 000 nouveaux médecins de famille. Autre exemple, le Brésil offre à ses citoyens une couverture universelle en matière de santé. Quelque 200 millions de Brésiliens reçoivent des soins de 33 000 équipes de santé familiale. Avec 3 000 cliniques en région rurale où les médecins sont responsables d'une population donnée, Cuba offre également une couverture universelle. Ce pays forme plus de médecins de famille qu'il en a besoin : ce surplus lui permet d'offrir des services à l'étranger. En fait, Cuba a été l'un des premiers à répondre au défi lancé par l'OMS, en envoyant des médecins et infirmières en Afrique de l'Ouest pour combattre l'Ebola.

En somme, en observant le travail des médecins de famille à travers le monde, D^r Kidd a découvert que leurs préoccupations allaient bien au-delà de la santé et du bien-être de leurs patients. Il croit que le travail de plusieurs d'entre eux pour défendre les droits de la personne et plus particulièrement l'égalité dans l'accès aux soins de santé doit être soutenu. « La médecine familiale a le potentiel de contribuer à transformer le monde, pour le mieux », conclut-il.

1.3 Changer des vies

*D^{re} Francine Lemire, Directrice générale et chef de la direction
Le Collège des médecins de famille du Canada*

À l'issue de cette première soirée, la directrice générale du Collège des médecins de famille du Canada, D^{re} Francine Lemire, a invité les participants à faire de cet événement « une expérience dynamique, où chacun contribue par son vécu et son expertise; une expérience qui, à la fin, transforme des vies ».

Transformer la vie des participants, par la manière dont ils organiseront leur quotidien, leur pratique et les soins qu'ils dispenseront à la population, mais également transformer des vies à plus grande échelle. Soulignant le capital intellectuel réuni pour la conférence, elle s'est montrée sûre que les délibérations mèneraient à un plan d'action concret permettant de faire du Centre Besroun un lieu névralgique sur l'échiquier mondial, en matière de santé, de médecine familiale et de soins de santé primaires.

Jour 2

2.1 Introduction

*D^{re} Katherine Rouleau, Centre Sadok Besroun
D^{re} François Couturier, Université de Sherbrooke (Canada)*

Pour amorcer la deuxième journée de travail, D^{re} Katherine Rouleau a convié les participants à une réflexion d'envergure sur le potentiel de la collaboration initiée depuis trois ans. « Nous sommes à l'extrémité du tremplin, nous devons maintenant nous propulser vers l'avenir ». Elle a invité les participants à ancrer leurs interventions dans leur propre réalité en soulignant que « le Centre ne peut être pertinent que dans la mesure où ses effets se font sentir dans nos environnements respectifs ». La journée a été l'occasion de prendre connaissance et de discuter des travaux réalisés par les groupes de travail formés lors de la précédente conférence. Chacune des présentations a été suivie d'une séance de discussion durant laquelle les participants ont été invités à donner leurs commentaires.

2.2 Groupe de travail sur les documents Besroun

D^r David Ponka, Université d'Ottawa (Canada)

D^r Ponka a d'abord souligné que, grâce aux recherches de la D^{re} Barbara Starfield, nous savons que les soins primaires amènent des bénéfices pour la santé des populations. Il a ajouté que ce lien est corroboré par des données probantes qui existent à plusieurs niveaux. D'abord, la santé des populations est meilleure lorsqu'il y a davantage de médecins qui donnent des soins primaires. Ensuite, ceux et celles qui ont accès à un médecin prodiguant des soins primaires sont en meilleure santé. Enfin, certaines caractéristiques spécifiques aux soins primaires sont associées à une meilleure santé.* Toutefois, peu d'études portent sur la médecine familiale en particulier. La majorité des données existantes proviennent de pays industrialisés. Par conséquent, D^r Ponka a précisé que nous en connaissons très peu sur les bénéfices de la médecine familiale et la qualité de la formation dans d'autres contextes. Cela dit, la mission du groupe de travail du D^r David Ponka consiste à : « amasser des données pour soutenir la formation de nouveaux médecins de famille et améliorer la santé de la population dans les pays à faible ou moyen revenu ».

Après une année de travail, D^r Ponka et ses collègues ont été confrontés à un certain nombre de défis. Dans un premier temps, circonscrire un objet de recherche s'est avéré plus ardu que prévu. En

* Starfield B, Shi L, Macinko J. Contributions of primary care to health systems and health. *Millbank Q* 2005; 83(3):457-502.

effet, la médecine familiale est pratiquée par des médecins, mais également par plusieurs autres types d'intervenants. De plus, la médecine familiale n'a pas le même visage et ne joue pas le même rôle dans tous les contextes de pratique. Comment peut-on alors établir des bases permettant une réelle comparaison entre les différents systèmes et modes de pratique? Serait-il préférable de se concentrer sur l'étude des meilleures pratiques en médecine familiale?

Ces questionnements ont amené le groupe de travail à modifier son plan initial à court terme, en privilégiant tout d'abord l'élaboration d'une cartographie (géographique) de la présence de la médecine familiale et de la formation dans le monde. Cette initiative a permis d'établir une collaboration avec le D^r John Parks, Baylor University College of Medicine, États-Unis et Malawi, déjà bien engagé dans une tâche semblable. Un premier article a été soumis au *Médecin de famille canadien* qui s'est montré intéressé à collaborer avec le Centre Besroul pour publier une série d'articles portant sur la santé mondiale et la médecine familiale. Enfin, le D^r Ponka a suggéré que les « publications Besroul » pourraient devenir un point de convergence pour présenter les travaux émanant de différents groupes du Centre Besroul.

Discussion : commentaires des participants

- Comment définir la notion de données probantes? (D^r Roger Strasser, École de médecine du Nord de l'Ontario, Canada)
- Le groupe de travail aurait besoin de l'expertise d'un spécialiste en méthodologie de la recherche. (D^r David Ponka, Université d'Ottawa, Canada)
- La question de la continuité des soins dans les pays à faible revenu doit être étudiée. (D^{re} Lynn Wilson, Université de Toronto, Canada)
- Une cartographie sur le thème de la responsabilité sociale en médecine familiale pourrait être pertinente. (D^r David Ponka, Université d'Ottawa, Canada)
- Est-ce que le groupe de travail soutient la recherche émanant de partenaires du Sud? (D^{re} Christine Gibson, Université de Calgary, Canada)
- Un plan d'affaires pourrait constituer une meilleure avenue que la recherche pour démontrer les avantages de la médecine familiale. (D^r Janusz Kaczorowski, Université de Montréal, Canada)
- Le Centre pourrait prévoir des études multicentriques, dans plusieurs pays partenaires et plusieurs contextes de pratique, en instaurant des actions particulières et en mesurant les résultats. (D^r Khaled Zeghal, Université de Sfax, Tunisie)
- Les décideurs politiques ne se préoccupent pas toujours des données probantes; il faut tenter de former des leaders charismatiques dans le domaine de la médecine familiale. (D^r Dawit Wondimagaegn, Université Addis Ababa, Éthiopie)

2.3 Groupe de travail sur le plaidoyer de la médecine familiale

D^r François Couturier, Université de Sherbrooke (Canada)

À l'échelle mondiale, le modèle dominant dans le secteur de la santé demeure centré sur la pratique spécialisée, souvent financée au privé et dispensée en centre hospitalier. En ce qui a trait plus particulièrement à la santé des populations, beaucoup restent à faire, notamment pour atteindre les « Objectifs du millénaire » de l'ONU, souligne D^r François Couturier. C'est pourquoi il s'avère nécessaire de s'organiser pour plaider efficacement auprès des décideurs afin « de soutenir le développement de la médecine familiale comme un élément efficace, viable et central des systèmes de santé nationaux ».

Pour y parvenir, D^r Couturier estime qu'il faut d'abord sécuriser des ressources financières adéquates. De plus, sur le plan stratégique, les leçons tirées des expériences passées montrent l'importance d'un plaidoyer fondé sur des objectifs clairs et bien adaptés aux différents contextes

d'intervention. « Le contexte tunisien n'est pas celui du Mali, du Brésil ou du Malawi. Il faut aussi savoir s'adapter et répondre aux situations changeantes ». Il souligne également le rôle fondamental de la recherche, s'appuyant à la fois sur des méthodes quantitatives et qualitatives, tout comme celui du leadership, pour appuyer les interventions auprès des décideurs. « Nous devons être en mesure de faire la distinction entre une dépense et un investissement. Pour ce faire, nous avons donc besoin de modèles économiques solides, comparant les coûts et les bénéfices de la médecine familiale et des soins primaires dans les systèmes de santé », explique-t-il.

Pour ce groupe de travail, les prochaines étapes consisteront à établir une présence plus forte sur la scène internationale, à la fois au niveau global et local, à court et à long terme. « Il faut parvenir à influencer les politiques publiques », affirme le D^r Couturier. Pour ce faire, il sera nécessaire d'établir des partenaires d'envergure comme celui avec la Banque mondiale, ainsi qu'avec des fondations privées. Enfin, des défis de taille demeurent. Comment obtenir l'aval des décideurs politiques pour implanter un projet de type *bottom-up*? Comment promouvoir le principe de responsabilité sociale lorsque ce n'est pas à l'ordre du jour politique? Comment influencer les leaders d'opinion et les bailleurs de fonds internationaux? Comment insérer la médecine familiale dans les différents contextes de pratique? D^r François Couturier souhaite que les échanges qui se tiendront durant la conférence permettent de répondre à ces questions.

Discussion : commentaires des participants

- Il est important de tenir compte des systèmes en place dans les pays où l'on intervient, en accordant une attention particulière au système d'éducation, car des carences dans un système d'éducation peuvent freiner l'implantation de la médecine familiale. (D^r Steven Davis, *Academics without Borders*)
- Les décisions politiques et les politiques publiques ne s'appuient pas toujours sur des données probantes. Il faut poursuivre les efforts menés en recherche, mais également combiner ces efforts à d'autres modes d'action. (D^r Roger Strasser, *École de médecine du Nord de l'Ontario Canada*)
- Dans le domaine de la médecine familiale, les groupes francophones de promotion des intérêts ont fait un travail remarquable en fédérant leurs efforts et leurs interventions de façon cohérente. Nous pouvons tirer des leçons de leur expérience. (D^r Robert Woollard, *Université de la Colombie-Britannique, Canada*)
- Il ne faut jamais oublier les principes fondamentaux de la médecine familiale. La médecine familiale sert sa cause lorsqu'elle sert le public. En ce sens, les travaux de G. Gayle Stephens peuvent nourrir notre réflexion. (D^r Paul Grand'Maison, *Université de Sherbrooke, Canada*)

2.4 Groupe de travail sur les récits

D^{re} Christine Gibson, *Université de Calgary (Canada)*

D^r Robert Woollard, *Université de la Colombie-Britannique (Canada)*

Le groupe de travail sur les récits, dirigé par les D^{res} Christine Gibson et Robert Woollard, est issu de l'hypothèse qu'on pourrait en apprendre beaucoup des récits narratifs et de l'expérience des partenaires du Sud. « Pourquoi certaines choses intéressantes se produisent-elles au Mali? En quoi consistent-elles exactement? Est-ce qu'on pourrait les généraliser? » se questionne le D^r Woollard. Le groupe de travail a donc décidé de colliger et de partager des histoires de succès liées au développement de la médecine familiale dans différents pays et régions du globe.

Souhaitant s'appuyer sur une démarche rigoureuse, le groupe de travail a créé un questionnaire en ligne composé de trois questions ouvertes. On demandait d'abord aux partenaires interrogés de décrire brièvement les paramètres de santé qui caractérisent leur contexte de pratique, ainsi que la manière dont la médecine de famille a évolué dans ce contexte, puis on les invitait à raconter de façon

plus détaillée un aspect clé lié au succès de la pratique de médecine familiale dans ce contexte particulier. Jusqu'ici, des représentants de dix pays et régions ont participé à la démarche. Les dix récits ont fait l'objet d'une analyse thématique. Ils ont été résumés et colligés dans une brochure et seront affichés, dans un format interactif, sur le site internet du Centre Besroul. Le tableau 1 illustre les thèmes générés par l'analyse.

Tableau 1. Thèmes caractéristiques des récits provenant de dix régions ou pays participants

Plaidoyer	Partenariats internationaux	Éducation rurale ou centrée sur la communauté	Champions locaux
Engagement des parties prenantes	Partenariats interdisciplinaires	Rayonnement en milieu rural	Principaux défis
Liens avec les organismes publics nationaux	Développement/transformation du cursus	Formation par compétences	Responsabilité sociale
Politiques en matière de santé	Formation prédoctorale	Développement professionnel continu	Mesure des résultats

Jusqu'à maintenant, l'expérience a permis de dégager certaines leçons, notamment le caractère universel de certains succès ou processus réussis. Cette information pourrait contribuer au développement de la médecine familiale, explique la D^{re} Gibson. Le groupe de travail souhaite désormais développer le projet en invitant d'autres partenaires à y participer. Il désire aussi augmenter sa diffusion sur le site internet et par l'intermédiaire d'éventuelles collaborations avec les autres groupes de travail du Centre Besroul.

Discussion : commentaires des participants

- Le recours à *Photovoice*, un site de récits communautaires électroniques, ou la collecte des comptes rendus sur support vidéo pourrait bonifier le projet en cours.
(D^r Neil Arya, Université Western / McMaster)

2.5 Groupe de travail sur le développement professoral

D^{re} Lynda Redwood-Campbell, Université McMaster (Canada)

Dr Ryan McKee, Université McMaster (Canada)

La prémisse qui a guidé ce groupe de travail est la suivante : les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ont besoin de ressources pour informer les médecins spécialistes à propos de la médecine familiale, afin qu'éventuellement, ils puissent former des médecins de famille. Après avoir consulté la littérature sur le sujet, le groupe de travail a opté pour la création de modules sur la médecine familiale, destinés aux facultés de médecine, ainsi que pour la mise en œuvre et l'évaluation d'un projet-pilote sur la présentation d'ateliers de développement professoral, en collaboration avec un partenaire du Centre Besroul à l'Université Syiah Kuala, à Aceh, en Indonésie.

En mai 2014, une équipe s'est rendue à l'Université Syiah Kuala afin de présenter trois modules d'information visant à améliorer la compréhension de la médecine familiale parmi les membres de la faculté. Trois thèmes ont été abordés : la globalité des soins, la coordination des soins, et les soins centrés sur le patient. Chaque module prenait la forme d'un atelier d'une demi-journée intégrant des présentations, des discussions, des études de cas et des jeux de rôle. Les participants étaient aussi appelés à évaluer chacun des ateliers. D^r Ryan McKee a été particulièrement frappé par le caractère multidisciplinaire de la médecine à l'Université Syiah Kuala, notant que non seulement les médecins

spécialistes y ont participé, mais également des dentistes, des travailleurs sociaux, des pharmaciens et des infirmières. Les ateliers ont été l'occasion de discuter de plusieurs facettes de la médecine familiale, notamment de son rôle dans le système de santé, du développement d'un cursus de formation, ainsi que des variables géographiques et technologiques qui aident à façonner la pratique.

Pour les partenaires canadiens, ce projet a généré des apprentissages importants en matière d'engagement communautaire et de gestion de la santé lors de désastres naturels, en plus des bénéfices liés au réseautage et aux discussions sur d'éventuelles collaborations dans les domaines de l'éducation et de la recherche. Du côté indonésien, les participants à l'atelier ont répondu très favorablement à l'évaluation. Ils ont également émis des suggestions pour bonifier le contenu des modules, par exemple, en ajoutant des études de cas, des discussions portant sur la mise en œuvre au niveau local et le financement du système de santé.

Pour l'avenir, le groupe de travail sur le développement professoral propose de créer un modèle d'atelier générique qui pourrait être modifié et adapté en fonction des différents contextes de formation. D'autres modules pourraient aussi être développés, notamment en ce qui a trait à la recherche sur les soins primaires ou à l'obstétrique à faible risque. D'autres projets-pilotes et ateliers pourraient aussi voir le jour, notamment en Chine où des discussions sont bien entamées. Enfin, le groupe envisage des collaborations plus formelles avec d'autres groupes de travail du Centre Besroul.

Discussion : commentaires des participants

- D^r Strasser dresse un parallèle entre l'expérience menée en Indonésie par le groupe de travail et une expérience menée précédemment en Thaïlande en 2000-2001, soulignant l'importance d'offrir aux partenaires l'occasion de faire des liens entre les apprentissages proposés et leur propre contexte de pratique. (D^r Roger Strasser, École de médecine du Nord de l'Ontario, Canada)
- À quel niveau ces ateliers sont-ils offerts? (D^{re} Eva Purkey, Université Queen's, Canada) Ces ateliers pourraient être offerts pour le développement professoral continu, au niveau prédoctoral ou, éventuellement, aux études postdoctorales. (D^r Ryan McKee, Université McMaster, Canada)
- Comment a-t-on défini la « continuité » dans les ateliers (D^r Robert Woollard, Université de la Colombie-Britannique, Canada)? Dans les différentes discussions, les notions de continuité et d'équipe semblaient intimement liées; dans le contexte d'Aceh, on pourrait donc parler de continuité des soins au sein d'une équipe. (D^{re} Lynda Redwood-Campbell, Université McMaster, Canada)
- À la suite de l'introduction d'un curriculum prédoctoral en 2009 et du développement des soins primaires, D^r Hendra Kurniawan souhaite retourner à l'« esprit de la médecine familiale », en faisant référence notamment à l'importance de revenir aux visites à domicile et à une pratique moins « hôpitalocentree ». (D^r Hendra Kurniawan, Syiah Kuala University, Indonésie)
- Les ateliers constituent en soi de formidables outils pour la promotion de la médecine familiale. (D^r François Couturier, Université de Sherbrooke, Canada)

2.6 La médecine familiale en 2014

D^r John Parks, Baylor University College of Medicine, États-Unis et Malawi

D^r John Parks et son équipe travaillent actuellement à décrire les contours du vaste paysage de la médecine familiale à l'échelle globale. « Le dernier exercice du genre remonte à 1995 », explique-t-il. Pour cette récente itération du projet, l'objectif est de produire une carte interactive et conviviale qui permet aux utilisateurs de naviguer dans les différentes régions du monde pour trouver l'information sur la médecine familiale à l'échelle mondiale.

La recherche du D^r Parks a évolué en deux étapes. Dans un premier temps, trois indicateurs ont été sélectionnés et recherchés dans 194 pays. Ces indicateurs comprennent : 1) la formation

postdoctorale en médecine familiale/générale; 2) la reconnaissance formelle et explicite de cette formation et de la discipline par le système de santé; 3) la présence d'une association professionnelle de médecins de famille. Pour colliger ces données, une stratégie structurée de recherche documentaire en ligne a été mise en œuvre par une équipe de bénévoles composée de médecins résidents. Dans un deuxième temps, les données colligées en ligne ont été validées auprès de représentants de WONCA, présents dans différentes régions de la planète. Les constats sont fort intéressants. On recense la présence d'une formation postdoctorale en médecine familiale dans 127 pays sur 194 (65 %); en 1995, seulement 56 pays comptaient une formation semblable. À l'heure actuelle, 89 pays (46 %) comptent à la fois une formation postdoctorale en médecine familiale, une reconnaissance de cette formation au sein du système de santé et au moins une association professionnelle. Par contre, 60 pays (31 %) ne remplissent toujours aucun des trois critères.

Pour le D^r John Parks, le travail ne fait que commencer. Il propose maintenant d'intégrer de nouveaux indicateurs dans la stratégie de recherche, afin d'offrir un portrait plus riche et nuancé de la médecine familiale à l'échelle mondiale. En ce sens, il lance une invitation à tous les participants à la conférence afin qu'ils contribuent au projet en cours. Au final, le D^r Parks et son équipe souhaitent que cette carte interactive constitue un outil de formation, d'échange d'information, de réseautage, et de promotion de la médecine familiale dans les différents systèmes de santé mondiaux.

Discussion : commentaires des participants

- Comment avez-vous réussi à impliquer les étudiants en médecine dans votre projet? Par ailleurs, avez-vous observé des cas où une formation postdoctorale était sans reconnaissance officielle au sein du système de santé national? (D^r David Ponka, Université d'Ottawa, Canada)

En effet, certains de ces cas ont été recensés. En ce qui concerne l'implication des résidents, le projet a bénéficié du soutien de l'*American Academy of Family Physicians*. De plus, on a observé un intérêt marqué de la part des médecins de la génération Y pour les enjeux de santé mondiale. (D^r John Parks, Baylor University College of Medicine, États-Uni et Malawi)
- Il pourrait être intéressant d'ajouter certains indicateurs à l'étude, notamment 1) le nombre de médecins de famille par habitant, et 2) le pourcentage de médecin de famille par rapport à l'ensemble de la profession médicale. (D^r Clayton Dyck, Université du Manitoba, Canada)
- On pourrait aussi ajouter d'autres paramètres comme le nombre de médecins de famille formés par pays, ainsi que le nombre de médecins de famille qui pratiquent dans leur domaine par pays. Il serait également intéressant d'aller plus loin en intégrant une approche de type *crowdsourcing* pour amasser des données. (D^r Roger Strasser, École de médecine du Nord de l'Ontario, Canada)
- Étudier les disparités entre les régions rurales et urbaines pourrait s'avérer pertinent. (D^r Robert Cushman, Santé Canada)
- Il serait intéressant d'avoir accès aux coordonnées des personnes responsables des programmes dans diverses régions; on pourrait aussi ajouter des hyperliens vers les récits illustrant les différents cas. (D^r Brian Cornelson, Université de Toronto, Canada, Université Addis Ababa, Éthiopie)
- Comment mesurez-vous le second indicateur, soit la reconnaissance par le système de santé? (D^r Paul Grand'Maison, Université de Sherbrooke, Canada)

On devait recenser l'existence d'une reconnaissance par le système, à travers un processus décisionnel officiel. Ce fut un défi en raison de la diversité des systèmes de santé. (D^r John Parks, Baylor University College of Medicine, États-Unis et Malawi)

2.7 Bâtir une discipline solide

Les normes mondiales de WONCA pour la médecine familiale, le rôle de l'agrément et autres jalons

D^{re} Allyn Walsh, Université McMaster (Canada)

Depuis 2007, l'équipe de D^{re} Allyn Walsh (WONCA) travaille à la formulation de normes internationales pour l'enseignement en médecine familiale au niveau postdoctoral. Le défi est de taille, car la médecine familiale varie énormément en fonction des contextes de pratique. Au départ, une vingtaine de membres de WONCA participaient au projet; aujourd'hui, plus d'une centaine de membres y collaborent. L'objectif ultime : que ces normes mondiales* soient adaptées par les programmes d'éducation en médecine familiale à travers le monde et utilisées pour bonifier la qualité de la formation.

Le groupe de D^{re} Walsh s'est notamment inspiré des normes de la Fédération mondiale pour l'éducation médicale comme point de départ. Puis, de grands thèmes sous-jacents ont guidé le processus d'élaboration des normes WONCA, notamment la volonté d'améliorer la qualité des programmes, de former les médecins de famille à proximité de leur lieu de pratique et de développer des formations axées sur les besoins des communautés et des apprenants. Les normes se devaient d'être assez flexibles pour permettre la formation dans différents contextes de pratique, tout en reflétant un consensus global sur les normes de pratique. Après six ans d'efforts, un premier document a été approuvé et mis en ligne en juin 2013. Le tableau 2 présente les 9 champs d'intervention couverts par ce document.

Tableau 2. Les normes : neuf champs d'intervention

Mission et finalités	Processus de formation	Évaluation des stagiaires
Stagiaires	Effectifs	Milieus de formation et ressources pédagogiques
Évaluation du processus de formation	Gouvernance et administration	Renouvellement continu

Pour la D^{re} Walsh, il s'agit d'un document « vivant » qui doit continuer d'évoluer. Déjà, elle souligne que des collègues des Philippines l'utilisent pour bonifier leurs programmes de formation. Dre Walsh souhaite que ce document devienne un outil d'évaluation et d'apprentissage pour les programmes de formation existants, un guide pour les programmes en développement, ainsi qu'un outil de reconnaissance et d'agrément de la médecine familiale aux quatre coins du globe.

Perspective de l'Écosse

D^r Frank Sullivan, Université de Toronto (Canada)

Après trois décennies d'exercice de la médecine familiale en Écosse, D^r Frank Sullivan est aujourd'hui titulaire de la Chaire de recherche Gordon F. Cheesbrough à l'Université de Toronto. À son avis, la recherche peut jouer un rôle fondamental pour améliorer la qualité des soins à la population. Son leitmotiv : les réseaux de recherche basés dans la pratique (*practice-based research networks*).

« Il est difficile de convaincre les étudiants que la recherche est un pilier important de notre discipline s'ils n'y sont pas exposés », explique le D^r Sullivan. En ce sens, il plaide pour l'incorporation de la recherche dans la formation des nouveaux médecins de famille, en misant davantage sur les réseaux de

* WONCA Global standards for postgraduate family medicine education. Bangkok, Thailand: WONCA; June 2013. Dans :

www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Education/WONCA%20ME%20stds_edit%20for%20web_250714.pdf. Date de consultation : 20 février 2015.

recherche implantés dans les contextes de pratique. Il faut instaurer un « climat où l'on s'attend à se que les étudiants fassent de la recherche, où la recherche est valorisée et récompensée ». Le D^r Sullivan croit que l'avènement du dossier médical électronique a un potentiel extrêmement intéressant pour la recherche dans le domaine des soins primaires. « Les intervenants en soins primaires peuvent maintenant étudier les problèmes lorsqu'ils se présentent ». Cependant, pour y arriver, il faut d'abord développer des compétences et une infrastructure de recherche, souligne-t-il.

Au Royaume-Uni, dans la foulée du rapport Mant publié en 1997, le gouvernement a mis en place de nouveaux mécanismes de financement de la recherche en soins primaires. Selon le D^r Sullivan, ces transformations ont entraîné un véritable changement de culture, favorisant la recherche de qualité. À l'heure actuelle en Écosse, plus de 60 projets de recherche impliquant des médecins de famille sont en cours. Les deux tiers des praticiens écossais sont engagés dans la recherche, à différents niveaux.

Perspective du Brésil

D^r Nulvio Lermen Jr, Société brésilienne de médecine familiale et communautaire

Depuis 2004, la Société brésilienne de médecine familiale et communautaire supervise l'agrément des médecins de famille. En dix ans, plus de 4 000 médecins de famille ont reçu leur certification par l'intermédiaire de l'une des deux voies possibles, soit la résidence, soit la pratique professionnelle (qui prend deux fois plus de temps que la résidence), suivie d'une évaluation objective.

Cependant, le Brésil compte 30 000 médecins de famille qui pratiquent sans accréditation quelconque, explique le D^r Nulvio Lermen. Les municipalités brésiliennes sont responsables de la santé communautaire et de la rémunération des médecins. Or, rares sont celles qui reconnaissent la médecine familiale comme spécialité à part entière. De plus, la formation prédoctorale n'est pas orientée vers les soins primaires. Heureusement, les choses évoluent petit à petit. On a récemment adopté une nouvelle loi accordant plus de temps aux soins primaires dans la formation médicale prédoctorale. On travaille également à instituer un curriculum par compétences avec des normes minimales pour les programmes de résidence à travers le pays. « Il y a maintenant un intérêt accru pour la médecine familiale dans la société », conclut le D^r Lermen, qui prévoit des changements positifs dans les années à venir.

Perspective du Kenya

D^r Patrick Chege, Université Moi (Kenya)

D^r Patrick Chege fait partie d'une des premières cohortes de médecins de famille formés au Kenya. Depuis un peu plus d'une décennie, la médecine familiale s'y développe graduellement. Actuellement, on recense une trentaine de médecins de famille inscrits au Kenya, dont 22 ont été formés au pays. Vingt-quatre médecins résidents sont aussi en formation dans l'un des trois programmes universitaires offerts. Les besoins demeurent donc immenses dans ce pays qui compte 43 millions d'habitants.

À l'Université Moi où travaille le D^r Chege, plusieurs collaborations ont été initiées afin d'améliorer la qualité de la formation, notamment avec la Medical University of South Africa et la Stellenbosch University en Afrique du Sud. À l'interne, des ateliers scientifiques sont organisés afin que les médecins de famille qui travaillent dans les différentes régions du pays présentent leurs données et échangent sur leurs expériences de travail. Des discussions sont en cours en vue d'établir une académie ou un collège des médecins de famille au Kenya et en Afrique de l'Est.

Malgré les avancées, le recrutement de médecins généralistes qui poursuivraient leurs études en médecine familiale demeure l'un des plus grands défis. Au Kenya, après la faculté de médecine et une année de résidence, les médecins ont le choix de pratiquer comme généraliste. La plupart choisissent cette voie, car rares sont ceux qui disposent des ressources financières nécessaires pour poursuivre leurs études. De même, pour des raisons financières, il est difficile de recruter des médecins généralistes d'expérience qui souhaiteraient se spécialiser en médecine familiale. Ceci constitue un obstacle important au développement de la discipline, explique le D^r Chege, qui a invité les participants des pays qui ont

traversé un processus de transition semblable à partager leurs expériences et à proposer des voies de solutions.

Discussion : commentaires des participants

- D^r Cornelson souhaite faire la promotion des normes de WONCA, utilisées en Éthiopie pour évaluer la mise en œuvre d'un programme de développement de médecine familiale. (D^r Brian Cornelson, Université de Toronto, Canada)
- Il est important que les médecins généralistes aient l'option d'obtenir leur certification par la voie de la pratique. Un groupe de travail pourrait être créé pour aider les pays qui souhaiteraient s'engager dans ce processus, notamment dans l'élaboration des normes. (D^r Paul Grand'Maison, Université de Sherbrooke, Canada)
- Comment arrive-t-on à ouvrir le dialogue et à promouvoir la médecine familiale auprès des décideurs politiques? (D^r Neil Arya, Université Western/Université McMaster, Canada)

Au Brésil, des changements importants sont en cours. Par le passé, il y avait une pénurie de médecins et la plupart des décideurs ne croyaient pas en la nécessité d'une formation postdoctorale pour les soins primaires. Après vingt ans de travail, la situation est en train de changer. Les décideurs comprennent mieux l'importance de reconnaître la formation. (D^r Nulvio Lermen Jr, Brazilian Society of Family & Community Medicine)

Au Kenya, l'engagement des décideurs publics était présent dès les premières consultations menant à l'élaboration du curriculum d'enseignement au début des années 2000. Cependant, le défi demeure celui de pouvoir trouver un travail rémunéré pour les étudiants postdoctoraux tout comme celui de mieux définir leur rôle afin de les garder dans le système public. (D^r Patrick Chege, Université Moi, Kenya)

- On peut dresser des parallèles entre les expériences du Kenya et du Brésil et celles de la Jamaïque, en ce qui a trait au développement et à la reconnaissance de la médecine familiale. Le problème des médecins qui ne peuvent quitter leur pratique pour bonifier leur formation est également présent en Jamaïque; le développement de modules d'enseignement donnés sur les lieux de pratique et le mentorat constituent des avenues intéressantes pour faire face à ce problème. (D^{re} Aileen Standard-Goldson, University of West Indies - Monda, Jamaïque)

Perspective des doyens canadiens

D^{re} Hélène Boisjoly, doyenne,

Faculté de médecine, Université de Montréal (Canada)

En guise d'introduction, D^{re} Hélène Boisjoly a rappelé les avantages des soins primaires. Parmi les pays industrialisés, ceux ayant une première ligne forte et organisée – notamment le Canada, l'Australie et la Suède – affichent une meilleure espérance de vie, ainsi que des taux de suicide et de mortalité infantile inférieurs aux pays où la première ligne prend moins de place, comme la France ou les États-Unis.

« Avoir une première ligne forte ça veut aussi dire des coûts de santé moins élevés. [...] Si un adulte a accès à un médecin de famille qui le suit durant toute sa vie, le coût des soins de santé sera 33 % moins cher », ajoute la D^{re} Hélène Boisjoly.

En ce sens, D^{re} Boisjoly estime que les citoyens doivent avoir accès à un médecin de famille et à une continuité de soins. Elle plaide également pour le travail d'équipe et bien entendu, une formation de grande qualité. « Nous devons travailler très fort à valoriser la médecine de famille », soutient-elle, car elle croit indispensable de présenter « des modèles de rôle compétents aux étudiants » en permettant un contact direct entre les médecins de famille et les étudiants. Enfin, elle souligne l'importance de la recherche qui permet d'améliorer la qualité de l'enseignement et, au final, de prodiguer de meilleurs soins à la population.

*D^r Preston Smith, doyen,
Faculté de médecine, Université de la Saskatchewan (Canada)*

Pour le doyen de la Faculté de médecine de l'Université de la Saskatchewan, le D^r Preston Smith, l'une des caractéristiques fondamentales de la médecine familiale globale est le concept de responsabilité sociale. « En tant que doyen, que puis-je faire? », se questionne-t-il. Sa réponse vient en trois temps. D'abord, il souligne le rôle des programmes de formation. À l'Université de la Saskatchewan, par exemple, on offre la possibilité aux étudiants diplômés de passer du temps dans une clinique dans les milieux urbains défavorisés, dans une communauté autochtone du Nord de la province et enfin, à l'étranger. Il croit aussi essentiel de promouvoir un modèle pédagogique axé sur la coopération au sein d'équipes multidisciplinaires. Finalement, il estime que les universités se doivent de former des agents de changement et d'innovation.

Les besoins en innovation sont énormes dans plusieurs communautés marginalisées, ici même, au Canada ». D^r Smith rappelle que la mondialisation et la technologie sont des catalyseurs de changement incontournables. « Des changements transformatifs se déroulent partout dans le monde », explique-t-il, en citant en exemple la manière dont les dossiers médicaux électroniques ont amélioré la continuité des soins dans une région isolée du Honduras, qu'il a visitée quelques années auparavant. Et contrairement aux idées reçues, le D^r Smith soutient que les innovations technologiques ne bénéficient pas uniquement aux autres spécialités. « À l'avenir, je crois que l'utilisation de la technologie contribuera très certainement à la solidité de la discipline et au développement de la médecine familiale ».

*D^r Roger Strasser, doyen,
École de médecine du Nord de l'Ontario (Canada)*

Les notions de responsabilité sociale et d'équité en santé sont également au cœur des préoccupations du D^r Roger Strasser. À l'École de médecine du Nord de l'Ontario qu'il dirige depuis sa fondation en 2002, ce mandat de responsabilité sociale se traduit par une priorité : offrir aux populations du Nord de l'Ontario un accès aux soins de santé. Pour y arriver, l'institution dispose d'un levier important : le recrutement des étudiants. À l'École de médecine du Nord de l'Ontario, on accorde une préférence aux étudiants issus du Nord de la province ou provenant d'une région aux caractéristiques semblables. Résultat : « 62 % choisissent la médecine familiale et 70 % des résidents pratiquent dans le Nord de l'Ontario, dont 22 % dans de petites communautés », souligne avec fierté le D^r Roger Strasser. Selon lui, les facultés de médecine au Canada ont non seulement le devoir de promouvoir la médecine générale et la collaboration interdisciplinaire, elles se doivent aussi de recruter dans les régions mal desservies et de former les étudiants dans ces régions, afin de leur permettre de développer les compétences nécessaires pour répondre aux besoins de leurs communautés.

Discussion : commentaires des participants

- Le D^r Grand'Maison salue le travail des médecins de famille qui oeuvrent également à titre de doyen, soulignant l'importance de la présence des médecins de famille à la direction des universités. (*D^r Paul Grand'Maison, Université de Sherbrooke, Canada*)
- Le soutien des doyens est fondamental au développement et à la reconnaissance de la médecine de famille (*D^r Mahamane Maiga, Université de Bamako, Mali*)
- La sous-spécialisation des médecins de famille s'avère contreproductive ici au Canada; il ne serait pas souhaitable de transférer cette tendance dans les pays à faible ou moyen revenu. (*D^r Roger Strasser, École de médecine du Nord de l'Ontario, Canada*)
- Quel type d'arguments pourrait convaincre les doyens de soutenir davantage la médecine familiale? (*D^{re} Katherine Rouleau, Centre Besroul*)

La majeure partie des doyens sont déjà sensibles aux arguments présentés ici, toutefois ils doivent aussi jongler avec des questions de priorités et d'allocation des ressources. Un signal clair de la part des gouvernements pourrait certainement favoriser cet engagement; le travail des groupes de promotion des intérêts est également essentiel. (D^{re} Hélène Boisjoly, doyenne, Faculté de médecine, Université de Montréal/D^r Roger Strasser, École de médecine du Nord de l'Ontario, Canada/D^r Preston Smith, doyen, Université de la Saskatchewan)

2.8 Synthèse de la journée

D^{re} Ruth Wilson, Université Queen's (Canada)

D^r Rénald Bergeron, Université Laval (Canada)

D^r Robert Woollard, Université de la Colombie-Britannique (Canada)

Le doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval a tenu à souligner l'énergie, la diversité de points de vue et l'esprit de collaboration qui ont caractérisé l'ensemble des échanges. Certains thèmes évoqués lui semblent fondamentaux pour la suite des choses. D'une part, les soins primaires amènent des résultats concrets au profit des populations. Au Canada, la médecine familiale a connu une évolution importante depuis 40 ans, atteignant aujourd'hui une certaine maturité qui lui permet de soutenir le développement de la discipline à l'étranger. Par ailleurs, l'aspect interdisciplinaire de la médecine familiale se doit d'être valorisé même si cette caractéristique peut compliquer les efforts de recherche. Néanmoins, malgré cette complexité, le Dr Bergeron a suggéré qu'il faut soutenir davantage la recherche en médecine familiale, notamment en développant une capacité accrue chez les étudiants. Sur le plan politique, il souligne l'importance de promouvoir la discipline et de convaincre les différents ministères du rôle central de la première ligne en santé. Enfin, il a maintenu qu'il était essentiel que la démarche actuelle demeure centrée sur les personnes et les communautés que l'on sert.

D^r Robert Woollard a invité les participants à réfléchir sur leur collaboration future pour améliorer la santé et le bien-être des populations à travers le monde. En insistant sur le mot « concertation », il a choisi une analogie musicale pour décrire sa vision de la démarche en cours au Centre Besroul. « C'est un peu comme Charles Dutoit levant sa baguette pour diriger l'Orchestre symphonique de Montréal. Il crée une musique digne du paradis à partir du son d'instruments que je pourrais détester, mais avec la concertation, c'est magnifique, ça nous amène plus loin. Certains d'entre nous sont destinés à jouer le petit triangle, certains sont les premiers violons, certains sont chefs d'orchestre. Mais en réfléchissant à cette image, ça nous amène non seulement à penser à la manière dont nous voulons travailler ensemble, mais à reconnaître la valeur de nos différences, plus encore que celle de nos similarités. »

Jour 3

3.1 Introduction

D^{re} Lynda Redwood-Campbell, Université McMaster (Canada)

Pour amorcer cette troisième et dernière journée de travail, la D^{re} Lynda Redwood-Campbell a rappelé les origines de la démarche Besroul au sein du Comité sur la santé mondiale du CMFC, le travail accompli en quelques années et la vision du D^r Sadok Besroul de faire du Centre « le Davos de la médecine familiale ». Puis, après un bilan des thèmes abordés jusqu'ici durant la conférence, elle a donné la parole aux conférenciers.

3.2 Perspective de la Banque mondiale sur le rôle de la médecine familiale dans le programme de développement mondial

Dr Enis Baris, Banque mondiale

« Le changement est possible! », affirme d'emblée le D^r Enis Baris, Directeur sectoriel de la Banque mondiale pour la santé, en évoquant les transformations du système de santé vécues dans son pays d'origine, la Turquie. Aujourd'hui, la Turquie compte 20 000 médecins de famille, alors qu'on n'en recensait aucun il y a à peine une décennie. Mais pour arriver à des résultats semblables, les pays en développement à revenus faibles et intermédiaires doivent jouer à saute-mouton et se propulser en avant plutôt que de suivre les traces et répéter les erreurs de leurs prédécesseurs, explique-t-il. La Banque mondiale peut agir comme catalyseur dans ce processus, en assistant les pays partenaires dans leurs efforts.

Dans le domaine de la médecine familiale, la Banque mondiale apporte son soutien financier et logistique aux pays qui travaillent à améliorer : 1) les arrangements organisationnels, 2) les mécanismes de financement, 3) la qualité des ressources et 4) le panier de services offerts à la population. Le soutien financier de la Banque mondiale est octroyé sous forme de prêts à taux avantageux. Actuellement, la Banque mondiale soutient des projets visant le développement de la médecine familiale dans plus d'une dizaine de pays, allant de la Géorgie, au Nicaragua, en passant par la Turquie, le Kosovo et le Brésil. Les données probantes amassées en cours de projet montrent leurs bénéfices liés à la médecine familiale. Par exemple, au Brésil, l'introduction de la médecine familiale est associée à une meilleure administration de la santé et une meilleure qualité de soins, par rapport à un modèle axé sur les soins en centre hospitalier. En Bosnie-Herzégovine et en Arménie, on a observé un plus grand nombre d'activités de prévention et de promotion de la santé chez les médecins de famille, par rapport aux activités recensées chez les médecins généralistes. En Turquie, avec l'introduction de la médecine familiale, le taux de mortalité infantile est passé de 28,5/1000 naissances en 2003 à 10,1/1000 en 2010.

Selon le D^r Baris, une des leçons à retenir de ces expériences est certainement que le développement de la médecine familiale nécessite une transformation du système de santé, soit au niveau de l'administration, des politiques publiques ou du système dans son ensemble. Entre autres recommandations, il souligne l'importance de mettre en place un mode de rémunération qui comprend des incitatifs à la performance. Il est aussi nécessaire de bien délimiter le panier de services de santé offerts de manière universelle et de faire connaître à la population ses droits en la matière. Enfin, une attention particulière doit être accordée aux programmes qui visent à convertir les médecins d'expérience en médecin de famille, en tandem avec les programmes de résidence.

3.3 Réaction du panel : des décideurs de différents contextes

D^r Robert Cushman, Santé Canada

Au coeur du concept de santé mondiale figure le principe d'équité, estime le D^r Robert Cushman. « La santé mondiale c'est la santé pour tous ». Mais réduire les disparités qui existent dans l'accès aux soins est un problème complexe qui nécessite une bonne dose de savoirs locaux, explique-t-il. « Ce dont nous avons réellement besoin, ce sont des soins au niveau communautaire pour répondre aux besoins des communautés ». En ce sens, les médecins de famille sont les mieux placés pour assurer l'intégration des services de santé, tant verticalement, qu'horizontalement. Dans le système de santé, « la médecine familiale est le maillon qui tient les pièces en place ».

*Dr Khaled Zeghal, doyen,
Université de Sfax (Tunisie)*

En Tunisie, la médecine familiale a fait ses débuts au tournant des années 2000. À l'époque, le contexte comportait de nombreux obstacles, car les ressources manquaient pour offrir une formation et des soins de qualité. Depuis, le gouvernement a créé en 2004 la Caisse nationale d'assurance-maladie. Puis, une réforme du système de santé s'est amorcée, le fruit d'un « dialogue social » qui a permis l'élaboration d'une « solution tunisienne », explique le Dr Khaled Zeghal. Avec le soutien de collègues canadiens, un nouveau curriculum de formation en médecine familiale a été élaboré; on y accueillera les premiers étudiants en 2015.

À titre de doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Sfax et de président de la CIDMEF*, le Dr Zeghal réitère son engagement à l'égard du concept de responsabilité sociale. Il appuie sans réserve la démarche initiée par le Centre Besroul pour fédérer les efforts en santé mondiale. Aussi, de façon très concrète, il offre au Centre la possibilité de contribuer à ses efforts de recherche en réunissant les facultés de médecine tunisiennes pour leur proposer d'intégrer un travail d'enquête sur le terrain. Dans le même esprit, la CIDMEF pourrait également être mise à contribution afin d'étudier de façon plus approfondie les effets de la médecine familiale sur la santé des populations.

*D^{re} Geneviève Poitevien, doyenne,
Faculté de médecine, Université Quisqueya (Haïti)*

Toutes les facultés de médecine de l'état haïtien font partie du réseau de responsabilité sociale. Néanmoins, malgré la volonté d'offrir à la population des soins de proximité, le défi est énorme en Haïti. Ce pays montagneux ne compte que 0,026 médecin pour 1000 habitants. Les ressources sont rares et l'accès à certaines communautés est très difficile, que ce soit par voie terrestre ou en termes de communication. « Pour arriver à un centre de santé, souvent les patients font 5 à 12 heures de marche », explique D^{re} Geneviève Poitevien, qui croit important de rendre compte de cette réalité du quotidien.

Selon la D^{re} Poitevien, la volonté politique d'améliorer les choses semble bien présente. Dans son plan directeur 2012-2022, le ministère haïtien de la Santé propose de renforcer la gouvernance, de mobiliser les ressources financières, de rendre disponibles des ressources humaines dans l'ensemble de son territoire et de rétablir le contact avec les communautés. En ce qui a trait à la formation, la doyenne de l'Université Quisqueya estime qu'une réingénierie est nécessaire, car les nouveaux médecins n'ont pas la formation et l'expérience adéquates à la sortie de l'université. De plus, la rétention des médecins demeure un problème; il y a 5 ans, on estimait que 80 % des médecins formés au pays partaient à l'étranger. Les doyens des facultés de médecine souhaitent donc améliorer la formation et former une masse critique de médecins de première ligne pour rendre plus efficaces les services à la population, notamment en zone rurale. En terminant, la D^{re} Poitevien a tenu à souligner l'importance des partenariats internationaux, « des partenariats équitables, où l'on s'assied, on décide ensemble, et où il n'y a rien d'imposé », précise-t-elle.

* Conférence internationale des doyens et des facultés de médecine d'expression française (CIDMEF), qui rassemble 130 facultés dans 40 pays.

Discussion : commentaires des participants

- Comment la banque mondiale répondrait-elle si on lui présentait les besoins de nos pays partenaires? (*D^{re} Lynda Redwood-Campbell, Université McMaster, Canada*)

Dans certains pays, il n'y a pas suffisamment de médecins pour permettre une transition vers la médecine familiale; nous devons aussi nous assurer que la formation ne contribue pas à la l'émigration des médecins. Néanmoins, lorsqu'un pays vient nous rencontrer, nous sommes heureux de lui répondre. De plus en plus, nous travaillons aussi avec la société civile. Pour obtenir un appui financier de la Banque, on a des points de contact dans différents pays. (*D^r Enis Baris, Banque mondiale*)
- Dans votre exposé, il était question d'aller vers un modèle de financement de la santé à bailleur de fonds unique. Pourriez-vous élaborer sur ce point? (*D^{re} Ruth Wilson, Université Queen's, Canada*)

Plus le système de financement de la santé est consolidé, plus vous avez de pouvoirs pour négocier la qualité et le volume de services. (*D^r Enis Baris, Banque mondiale*)
- Comment peut-on encourager les nouveaux diplômés à s'engager en médecine familiale tout en offrant une voie de formation aux omnipraticiens? Certains spécialistes peuvent aussi s'opposer à un modèle favorisant l'accès à la médecine familiale. Comment composer avec ces défis? (*D^r Michael Kidd, WONCA*)

En Turquie, il y a eu énormément de résistance. Une leçon apprise de mes expériences est l'importance du leadership. Il faut un engagement au plus haut niveau, de la part du ministre de la Santé ou du premier ministre, pour que les choses avancent. (*D^r Enis Baris, Banque mondiale*)

3.4 WONCA: Polaris

D^r Stephen Hawrylyshyn (Canada)

D^r Kyle Hoedebecke (États-Unis)

D^{re} Aileen Standard-Goldson (Jamaïque)

L'étoile Polaire, que l'on nomme « Polaris » en anglais, permet au voyageur de s'orienter la nuit venue. De jeunes médecins de famille nord-américains ont choisi de s'approprier ce symbole pour désigner leur regroupement, un regroupement qui a pour objectif de guider ses membres dans l'apprentissage du métier et à les orienter vers une communauté de pratique, explique le D^r Stephen Hawrylyshyn. Polaris, une des sept sections jeunesse de WONCA, a donc tenu à Québec sa première réunion de direction, en marge de la Conférence Sadok Besrou. On y retrouve de jeunes médecins en provenance des collèges des médecins de famille du Canada, des États-Unis et des Caraïbes. Les résidents en médecine sont également les bienvenus, car on souhaite susciter l'intérêt le plus tôt possible dans leur cheminement.

Polaris a pour mission de promouvoir la médecine familiale à l'échelle mondiale, de favoriser la collaboration internationale, d'identifier les meilleures pratiques en Amérique du Nord et d'offrir une représentation nord-américaine sur la scène internationale. Parmi les activités en cours, mentionnons le projet FM360 qui vise à améliorer l'accès et la qualité des échanges internationaux. Le groupe travaille également à instaurer une nouvelle certification (*Aspire*), qui reconnaîtra le leadership en matière de collaboration internationale.

3.5 Regard vers l'avenir : direction à court terme et groupes de travail

D^{re} Lynda Redwood-Campbell, Université McMaster niversity (Canada)

D^r Videsh Kapoor, Université de la Colombie-Britannique (Canada)

Après avoir résumé les tâches réalisées par chacun des groupes de travail durant la dernière année, on a invité les participants à échanger sur la direction que prendront ces différents groupes. Un nouveau groupe de travail a été créé à la suite des discussions : le *Groupe de travail sur le développement professionnel continu des médecins généralistes*. Par ailleurs, le Groupe de travail sur le plaidoyer inclura dans son mandat la notion d'engagement des communautés. Voici un résumé des plans présentés par chacun des groupes de travail.

3.6 Le plan des groupes de travail

Groupe de travail sur le développement professionnel continu des médecins généralistes

D^r Jamie Meuser, Collège des médecins de famille du Canada

L'objectif de ce nouveau groupe de travail est d'offrir un soutien aux omnipraticiens d'expérience, aux médecins de famille et aux résidents. Plus précisément, le groupe souhaite répondre à trois objectifs :

1. contribuer au maintien de bonnes pratiques tout au long de la carrière en médecine familiale
2. aider les programmes de formation à jumeler les résidents avec des médecins de famille d'expérience et
3. favoriser la reconnaissance des médecins de famille et la validation des compétences individuelles.

Le groupe envisage de développer de nouveaux outils, de favoriser le mentorat et d'amorcer une réflexion sur les grands principes guidant la démarche d'amélioration (et d'assurance) de la qualité des pratiques.

Le Groupe de travail sur les publications Besrou

D^r David Ponka, Université d'Ottawa (Canada)

Le Groupe de travail sur les publications Besrou souhaite poursuivre son travail en vue de générer des données probantes sur les effets de la médecine familiale et les meilleures pratiques dans le domaine. Des discussions sont en cours avec la revue *Médecin de famille canadien* qui envisage la publication d'un numéro spécial sur la santé mondiale dans l'année à venir. À moyen terme, la production d'un livre pourrait être envisagée. Les différents groupes de travail du Centre Besrou pourraient être mis à contribution. Sur le plan de la recherche, le groupe a discuté de la mise en œuvre d'un vaste projet de recherche qui combinerait des essais cliniques réalisés sur plusieurs sites et dans plusieurs contextes de pratique, afin de mesurer l'impact de la pratique de médecine familiale sur différents paramètres de la santé des populations. Pour concrétiser ce projet, le groupe aurait besoin de davantage de ressources; l'embauche d'un assistant de recherche ou d'un étudiant au doctorat pourrait s'avérer une avenue intéressante.

Le Groupe de travail sur les récits

D^r Kerling Israel, Partners in Health (Haïti)

D'abord, le Groupe de travail sur les récits prévoit poursuivre la collecte d'information amorcée en invitant tous les participants à partager leurs récits. L'analyse thématique sera ensuite bonifiée; on demandera aux participants de valider les thèmes qui ont émergé de l'analyse. Enfin, on procédera à la synthèse des résultats et on décidera de leur utilisation future.

Groupe de travail sur le plaidoyer

D^r François Couturier, Université de Sherbrooke (Canada)

Le Groupe de travail sur le plaidoyer souhaite continuer d'approfondir les échanges avec des partenaires comme la CIDMEF, la Banque mondiale et les doyens de facultés de médecine à travers le monde. Le groupe souhaite également poursuivre son travail de promotion des intérêts, non seulement auprès des décideurs publics, mais aussi en mettant l'accent sur l'engagement des communautés. On examine aussi la possibilité de parcourir le bassin de données existantes à la Banque mondiale pour accélérer l'accès à des connaissances scientifiques permettant de soutenir le travail de promotion de la santé mondiale à travers la médecine familiale. Enfin, le groupe de travail tient à souligner l'importance du concept de responsabilité sociale qui vient caractériser la démarche du Centre Besrou.

Groupe de travail sur le développement professoral

D^r Clayton Dyck, Université du Manitoba (Canada)

La mission du groupe est non seulement de contribuer à la formation de spécialistes chargés d'enseigner la médecine familiale, mais également à épauler les enseignants – spécialistes ou omnipraticiens – qui formeront les futurs médecins de famille. Le développement et l'évaluation des ateliers de développement professoral se poursuivent. Le prochain atelier se tiendra à Shantou en Chine, en 2015. Un sous-groupe sera chargé de développer et de mener une évaluation des besoins en formation professorale auprès des membres du Centre Besrou. Les ateliers feront également l'objet de travaux en recherche sur l'enseignement de la médecine, avec l'appui des chercheurs membres du Centre. Deux réunions sont prévues dans l'année à venir pour s'assurer de maintenir le cap sur les priorités et les objectifs du groupe. Enfin, le groupe souhaiterait avoir accès à certaines ressources additionnelles sur le plan administratif, communicationnel, technique (soutien informatique) et scientifique (méthodologie, statistique, etc.), en plus de renforcer ses liens avec le Collège des médecins de famille du Canada.

3.7 Vision du Centre Besrou et projets d'avenir

D^{re} Katherine Rouleau, Centre Sadok Besrou

Au terme de trois journées d'échanges, on a fait le point sur l'avenir du Centre Besrou. Comme plusieurs l'ont évoqué, les systèmes de santé qui s'appuient sur une médecine familiale robuste produisent de meilleurs résultats et une plus grande équité en matière de santé, tout en offrant un meilleur rapport coût-efficacité. « Les populations doivent avoir accès à une médecine générale efficace, centrée sur le patient, ancrée dans la communauté, offerte par des médecins de famille bien formés et compétents », affirme D^{re} Katherine Rouleau. C'est sur ces prémisses que s'appuie la vision du Centre Besrou.

La raison d'être du Centre Besrou, qui est une partie intégrante du Collège des médecins de famille du Canada, est de « faire avancer la médecine familiale comme voie vers l'équité à l'échelle mondiale. On y parviendra par l'intermédiaire d'une collaboration avec de multiples partenaires

internationaux, dont les départements universitaires de médecine de famille, les doyens de plusieurs facultés de médecine à travers le monde, le gouvernement canadien, les ministères de la Santé, l'Organisation mondiale de la santé et la Banque mondiale. Le Centre Besroul s'est fixé quatre priorités stratégiques :

1. Établir la médecine familiale comme élément central des systèmes de santé,
2. Faciliter le développement professoral
3. Renforcer le développement professionnel continu des médecins généralistes
4. Soutenir l'adoption de normes, l'agrément et l'accréditation

De plus, les activités du Centre viseront à créer, disséminer et appliquer l'information, le savoir et les compétences.

Pour atteindre ces objectifs, le Centre souhaiterait s'adjoindre de nouvelles ressources, notamment un directeur et un coordonnateur. Les partenariats existants avec différents organismes publics et privés devront être consolidés et on devra diversifier les sources de financement. Un conseil consultatif serait créé. Une entente administrative pourrait également être développée avec la Fondation pour la recherche et l'éducation du CMFC. Le Centre pourrait retenir des consultants pour répondre à certains besoins précis. Enfin, le Centre souhaiterait aussi obtenir des subventions pour la recherche et l'innovation. Ce processus de développement s'articulerait en deux phases, comme suit :

Tableau 3. Phases de développement du Centre Besroul

Phase 1		Phase 2	
Ressources humaines	Activités	Ressources humaines	Activités
<ul style="list-style-type: none"> • Directeur • Coordinateur • Consultant • Chefs de groupes de travail 	<ul style="list-style-type: none"> • Embaucher un directeur et un coordonnateur • Confirmer le financement • Confirmer le mode de gouvernance • Groupes de travail • Conférence • Consultations 	<ul style="list-style-type: none"> • Directeur • Coordinateur • Consultant • Chefs de groupes de travail • Bourses (<i>Fellows</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Avancement • Groupes de travail • Conférence • Consultations • Subventions • Activités d'érudition

Pour conclure cette la conférence, D^{re} Katherine Rouleau a invité les participants à discuter des propositions qui visent à définir l'avenir du Centre Sadok Besroul.

Discussion : commentaires des participants

- Le nom du Centre a fait l'objet de discussions. Plusieurs intervenants soulignent que les notions de « médecine familiale » ou de « soins primaires » doivent en faire partie. Les notions d'« innovation », de « développement », de « promotion » et de « collaboration » ont également été mises de l'avant. On a également échangé sur l'importance d'un nom qui est inclusif et qui n'exclut pas des partenaires potentiels chez qui la médecine familiale n'est pas suffisamment développée.
- On a soulevé la question de la propriété intellectuelle liée à la recherche réalisée ou soutenue par le Centre Besroul. Qui sera responsable de la recherche? Comment celle-ci sera présentée, identifiée et utilisée? Ces questions devront faire l'objet de discussions ultérieures.
- La mission du Centre a également fait l'objet de débats. Plusieurs ont souligné le rôle prépondérant de la « collaboration internationale », ainsi que la volonté de « promouvoir la médecine familiale par l'entremise de collaboration avec des parties prenantes et des partenaires clés.