



4^e Conférence annuelle Besroul sur la santé mondiale

La médecine familiale – Au cœur des systèmes de santé : À la recherche de données probantes

Rapport

Du 11 au 14 novembre 2015
Hôtel InterContinental Toronto Centre
Toronto, Canada



THE COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA
LE COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA



Table des matières

Résumé	3
Jour 1 : Le jeudi 12 novembre 2015	2
Rapports des Groupes de travail	2
Groupe de travail sur la narration et l'application de la médecine familiale	2
Groupe de travail sur les ressources de formation professorale	3
Groupe de travail sur la formation médicale continue	3
Groupe de travail sur le plaidoyer, l'engagement communautaire et l'éthique	4
Groupe de travail sur les documents Besrou et la recherche	5
Discussion de groupe	5
Ancrage de la médecine familiale en tant que discipline universitaire, 1^{re} partie	7
Quel genre de données probantes? À quelles fins?	7
Discussion de groupe	8
Quelles données probantes sont nécessaires pour éclairer les politiques?	8
Traduire les données probantes en innovation dans les systèmes de santé : L'expérience de Rio	9
Discussion de groupe	9
Point de vue : Ce que j'ai vu et appris en tant que chercheuse canadienne en soins primaires	9
Table ronde : De quelles données probantes avons-nous besoin? À quelles fins? Les deux questions étudiées pendant les discussions en table ronde ont été les suivantes :	10
Tableau 1 : Collecte de concepts – Quels types de données probantes?	10
Collecte de concepts – Quels catalyseurs soutiennent (ou pourraient soutenir) les efforts en vue de générer des données probantes dans votre contexte?	12
Ancrage de la médecine familiale en tant que discipline universitaire, 2^e partie : Le rôle privilégié des doyens	12
Cartographie de la recherche en médecine familiale dans le monde	12
Table ronde des doyens : Comment les établissements universitaires pourraient/devraient-ils influencer les politiques en matière de santé et d'éducation?	12
Jour 2 : Le vendredi 13 novembre 2015	16
Jour 3 : Le samedi 14 novembre 2015	16
Le partenariat <i>Primary Health Care Performance Initiative</i>	16
Tableau 2 : Les quatre volets du partenariat <i>Primary Health Care Performance Initiative</i>	16
Discussion de groupe	17
Exercice Café mondial : Traduire les résultats de la recherche en politiques	18
Figure 1 : Collecte de concepts – De quelles données probantes avons-nous besoin pour influencer les politiques?	19
Figure 2: Collecte de concepts – Comment incorporer ces données probantes dans le processus d'élaboration des politiques?	20
Comment le Centre Besrou peut-il contribuer à la réalisation de cet objectif?	20
Ce que j'aime, ce que je me demande, ce que je suggère	21
Discussion de groupe	22



Les prochaines étapes	23
Aller de l'avant.....	25

Résumé

Le Centre Besroul est un lieu d'échange international qui réunit des experts en médecine familiale, des universitaires, des communautés, des patients et d'autres grands intervenants canadiens et internationaux dans le but de faire avancer la discipline de médecine familiale et de promouvoir l'équité en santé partout dans le monde.

La 4^e Conférence annuelle Besroul sur la santé mondiale (Conférence Besroul), qui a eu lieu en 2015, a donné aux membres de la communauté Besroul l'occasion d'explorer ensemble les moyens de faire avancer la médecine familiale à l'échelle régionale et mondiale. Sous le thème *La médecine familiale — Au cœur des systèmes de santé : À la recherche de données probantes*, la Conférence a réuni environ 100 délégués représentant la quasi-totalité des départements universitaires de médecine familiale du Canada ainsi que des partenaires internationaux provenant de 14 pays. Dans le but d'informer et d'orienter les politiques, les participants ont souligné le rôle essentiel de la recherche et les types de données probantes requis pour développer une médecine familiale efficace. Ils ont également déterminé des objectifs et des stratégies de recherche pour guider la démarche des partenaires Besroul qui recueillent des données dans le but de rendre compte de la croissance de la médecine familiale, tant au plan local que collectif.

Au cours des trois jours de la Conférence, les participants ont posé des questions très pointues et ont exploré des moyens d'établir la médecine familiale comme élément efficace des systèmes de santé partout dans le monde. Le programme de l'événement incluait diverses séances interactives, des discussions en petits groupes, une table ronde des doyens, un Café mondial et des présentations par des partenaires Besroul et des invités spéciaux.

Lors des discussions sur les contributions de la médecine familiale aux systèmes de santé, les délégués ont fait part de leurs réflexions sur ce qui constitue des données probantes à fort impact qui appuient la médecine familiale ainsi que sur la manière de recueillir ces données. Ce faisant, ils ont déterminé plusieurs domaines de recherche prioritaires, incluant l'impact de la médecine familiale sur l'état de santé des populations et sur la main-d'œuvre de la santé, et la médecine familiale en tant que pilier des soins axés sur le patient — des soins de qualité accessibles, complets et globaux, coordonnés et efficaces. Les délégués ont également déterminé divers types de données qualitatives et quantitatives au niveau du patient et au niveau du système et ont souligné l'utilité des indicateurs de processus et de résultats.

Les délégués se sont demandé comment le Centre Besroul pourrait contribuer à rassembler, synthétiser et appliquer ces données probantes afin d'influencer les politiques mondiales. S'appuyant sur les expériences menées localement et collectivement par la communauté Besroul, ils ont suggéré diverses méthodes : utilisation d'études de cas comme données comparatives sur les modèles de soins, méthode de consensus pour démontrer l'effet et l'impact de la médecine familiale, études d'analyse des coûts, approche participative d'action rurale et approche faisant appel à l'interrogation appréciative. On a suggéré que le Centre Besroul pourrait soutenir ce processus et promouvoir son application en participant à la production de connaissances, en augmentant la capacité de recherche en soins primaires, en synthétisant l'information, en contribuant au développement de l'image de

1

marque de la médecine familiale dans différents milieux, en diffusant les connaissances par l'intermédiaire de partenariats locaux et mondiaux et en défendant la cause de la médecine familiale auprès d'intervenants clés.

Au cours des prochains mois, le Centre élaborera un Plan de recherche plus détaillé basé sur les commentaires recueillis auprès de ses partenaires durant la 4^e Conférence annuelle Besroux et tout au long de l'année. Le Centre veillera également à ce que ses priorités demeurent conformes à celles de la communauté Besroux grâce à son plan stratégique et par l'intermédiaire de ses groupes de travail. À la fin de la Conférence, les participants ont collectivement voté pour que la 5^e Conférence annuelle Besroux se tienne à Rio de Janeiro, au Brésil, juste avant la Conférence mondiale des médecins de famille WONCA de novembre 2016.

Jour 1 : Le jeudi 12 novembre 2015

D^{re} Katherine Rouleau, directrice du Centre Besroux, a ouvert la Conférence en invitant les délégués à réfléchir au rôle prépondérant joué par la médecine familiale dans les systèmes de santé partout dans le monde. Elle les a également encouragés à se demander comment les partenaires Besroux peuvent dialoguer entre eux et avec les intervenants clés afin de commencer à rassembler les données probantes requises pour faire progresser la médecine familiale à l'échelle mondiale. Les objectifs de la Conférence Besroux 2015, qui mettaient l'accent sur la nécessité d'informer et d'influencer les politiques, étaient les suivants :

- souligner le rôle clé de la recherche et de l'investigation dans le développement de la médecine familiale en tant que discipline efficace ;
- discuter des types de renseignements et de données probantes à obtenir pour faire progresser la médecine familiale à l'échelle mondiale, et commencer à définir les indicateurs qui serviront à mesurer et à encadrer la progression des activités liées au Centre Besroux ;
- définir les étapes/stratégies clés qui permettront aux partenaires Besroux de commencer à recueillir des données utiles pour le développement d'une médecine familiale efficace dans leurs différents contextes ;
- définir des questions et objectifs de recherche autour desquels sera développé un réseau international de recherche sur les modèles de pratique émergents en médecine familiale au cours de trois à dix prochaines années.

Rapports des Groupes de travail

Modératrice : D^{re} Christine Gibson

La première journée de la Conférence a débuté avec les mises à jour des cinq groupes de travail du Centre Besroux. Chaque groupe a résumé ses objectifs, ses réalisations et les prochaines étapes de ses travaux.

Groupe de travail sur la narration et l'application de la médecine familiale

Responsables : D^{rs} Christine Gibson et Robert Woollard

Sous la direction des D^{rs} Christine Gibson et Robert Woollard, le Groupe de travail sur la narration et l'application de la médecine familiale a consacré ses efforts à trois principaux objectifs : 1) recueillir et découvrir des récits motivants sur la médecine familiale partout au monde, 2) Analyser ces récits afin d'en déceler les thèmes ; et 3) présenter ces récits afin de permettre au groupe et autre intervenant de partager leurs connaissances.

Depuis la création du groupe de travail, des récits provenant de 14 partenaires internationaux ont été recueillis, mis en forme et présentés dans des brochures bilingues et dans la section du site Web du Collège des médecins de famille du Canada consacré au Centre Besroul. Le groupe a également rédigé un document pour publication dans la revue *Le Médecin de famille canadien*.

Les membres du groupe de travail prévoient continuer à examiner et reformuler les récits recueillis jusqu'à maintenant en les soumettant à des analyses thématiques additionnelles. D^{re} Christine Gibson a également exprimé le désir d'élaborer une méthode pour recueillir davantage de récits afin de poursuivre la représentation cartographique de la médecine familiale dans le monde. La collecte d'un plus grand nombre de récits forcera vraisemblablement le Groupe de travail et la communauté Besroul à se poser de nouvelles questions, notamment sur la collecte de récits en dehors des institutions canadiennes et pays partenaires. Le Groupe de travail sur la narration et l'application de la médecine familiale souhaite également explorer des façons de transformer le site Web du Centre Besroul en « document évolutif ».

Groupe de travail sur les ressources de formation professorale

Responsables: D^{rs} Clayton Dyck, Ryan McKee, Lynda Redwood-Campbell

L'objectif du Groupe de travail sur les ressources de formation professorale est de favoriser la collaboration inter-partenaires au niveau des activités de formation professorale et du travail d'érudition au bénéfice des partenaires internationaux du Centre Besroul et de leurs efforts en vue de développer la médecine familiale.

Au cours de la dernière année, le Groupe de travail a mis en œuvre diverses activités pour atteindre cet objectif : élaboration et tenue d'un atelier de deux jours sur le renforcement des capacités en médecine familiale à Shantou (Chine), atelier de recherche sur huit différents sujets de recherche à Aceh (Indonésie), élaboration de modèles d'ateliers sur le renforcement des capacités accessibles à la communauté Besroul sur le site Web Igloo, et élaboration d'un document sur les « leçons apprises ».

Pour la suite, le Groupe de travail entend intégrer rigueur et activités d'érudition à ses travaux (p. ex. groupe de discussion), préciser et élargir la gamme d'ateliers/activités de formation professorale offerts à Shantou et Aceh, et soumettre une proposition d'atelier sur « les leçons apprises » à présenter à la Conférence mondiale des médecins de famille WONCA 2016 pour stimuler la discussion entre les chercheurs en soins primaires et en médecine familiale de partout dans le monde.

Groupe de travail sur la formation médicale continue

Responsables : D^{rs} Jamie Meuser, Eva Purkey, Nicolas Barticevic Lantadilla

Le Groupe de travail sur la formation médicale continue s'était fixé deux objectifs pour l'année écoulée : 1) explorer, décrire et mettre en commun les options pour soutenir les connaissances et les habiletés des médecins généralistes afin d'assurer la prestation des meilleurs soins possibles aux patients et de garantir le fonctionnement optimal des systèmes de santé, et 2) soutenir l'acquisition de connaissances et des habiletés des médecins généralistes afin qu'il atteigne le niveau des médecins de famille formés en résidence.

Dans le cadre de ses efforts pour atteindre ces objectifs, le Groupe de travail a procédé à une revue de la littérature sur les pratiques actuelles en matière de développement professionnel continu (DPC) destiné aux généralistes des milieux à ressources faibles ou moyennes. Cinq thèmes se dégagent de cette revue : 1) comment le DPC peut-il répondre aux besoins des systèmes de santé, 2) obstacles et mesures incitatives à l'apprentissage, 3) renforcer les compétences des généralistes, 4) exemples d'interventions efficaces, et 5) systèmes pour élaborer, valider et offrir des activités de DPC.

Pour ce qui est des prochaines étapes, les responsables du groupe de travail ont dit vouloir valider les constats provenant de leur revue de la littérature en procédant à des consultations avec les partenaires Besrou et en mettant en œuvre d'autres méthodes (littérature grise, sondages, etc.) pour obtenir davantage de précisions sur les secteurs pour lesquels les données probantes actuelles sont limitées. Par ailleurs, le groupe de travail envisage également d'autres secteurs d'activité pour 2016 : p. ex., création d'un répertoire des besoins et des habiletés pour la formation des enseignants du DPC, activités pilotes sur l'utilisation des technologies de communication et l'accroissement des collaborations inter-pays, exploration des possibilités d'admissibilité à la certification par la voie de la pratique ou du DPC pour les actuels généralistes.

Groupe de travail sur le plaidoyer, l'engagement communautaire et l'éthique

Responsable : D^r François Couturier

Le Groupe de travail sur le plaidoyer, l'engagement communautaire et l'éthique s'était fixé trois objectifs pour l'année écoulée : 1) définir un cadre éthique pour la mise en place de partenariats universitaires, 2) soutenir l'engagement communautaire, et 3) élaborer une stratégie de plaidoyer axée sur les décideurs de haut niveau.

En 2015, le Groupe de travail a fait avancer son programme de plaidoyer en identifiant et recrutant des chefs de file universitaires et institutionnels comme auditeurs et conférenciers principaux en vue de la Conférence Besrou 2015 et en identifiant d'éventuels partenaires Besrou. Ses activités d'engagement communautaire ont principalement été axées sur le milieu médical canadien, et tout particulièrement sur les 35 000 membres du Collège des médecins de famille du Canada, les étudiants en médecine du Canada et des pays partenaires, les facultés de médecine et de sciences de la santé et les départements de médecine de famille. Le Groupe de travail élabore présentement un cadre conceptuel sur les considérations éthiques entourant les activités du Centre Besrou et les activités en santé mondiale dans les départements de médecine de famille des membres de la communauté Besrou. Dans le but de concrétiser ce cadre, le groupe de travail a invité les délégués de la Conférence Besrou 2015 à un atelier d'exploration et de réflexion sur cet aspect de son travail.

Pour la prochaine année, le Groupe de travail compte valider ses conclusions actuelles, établir l'ordre de priorité de ses objectifs, définir un plan d'action et continuer à chercher des possibilités de croissance.

Discussion de groupe

- Les perceptions négatives ou erronées à l'égard de la médecine familiale doivent être considérées comme d'importantes informations contextuelles lorsque nous faisons la promotion de notre discipline dans des milieux peu réceptifs, comme en Afrique subsaharienne. Ceci est particulièrement important lorsque le bassin de médecins susceptibles d'exercer la médecine générale est restreint, comme en Éthiopie. — *D^r Dawit Wondimagegn, Université d'Addis-Abeba, Éthiopie*
- De solides données probantes sont absolument essentielles, en particulier dans les milieux où la médecine familiale fait l'objet de nombreux préjugés, comme en Ouganda. Si on fait la promotion d'un modèle pour la médecine familiale et les médecins de famille, on doit pouvoir démontrer que la médecine familiale fait une différence — c'est-à-dire disposer de données qui illustrent les différences entre les soins dispensés par les généralistes sans formation postuniversitaire et les soins dispensés par les médecins ayant une formation en médecine familiale. D'où la nécessité de donner accès aux généralistes à des programmes de DPC. Les responsables des politiques passent souvent sous silence le fait que les soins dispensés par les médecins de famille ont autant de valeur que ceux qui sont dispensés par d'autres spécialistes. — *D^r Innocent Besigye, Université Makerere, Ouganda*

- Estimant que ce sont pour l'essentiel des alliés naturels, d'autres participants ont désapprouvé la comparaison faite entre généralistes et médecins de famille. L'important serait plutôt de démontrer l'utilité de la médecine familiale et des soins primaires dans les systèmes de santé.
- Dans le cadre de l'engagement soutenu de la profession à l'égard de la responsabilité sociale, l'aspect de la médecine familiale qu'il importe le plus de comprendre est son impact sur les populations desservies. —
D^r Ahmed Maherzi, Université de Tunis, Tunisie

Groupe de travail sur les documents Besroun et la recherche

Modérateur : D^r David Ponka

Le Groupe de travail sur les documents Besroun et la recherche, présidé par D^r David Ponka, a décrit les documents Besroun comme un outil de travail pour tous.

L'un des objectifs du groupe de travail était d'élaborer une série de documents afin de définir les principaux obstacles qui nous empêchent de synthétiser les données sur la médecine familiale produites mondialement. Durant la discussion, D^r Ponka a souligné l'importance de trouver des façons de mobiliser efficacement les collègues de tous les coins du monde en dépit des différences de langues et de fuseaux horaires. Il a également encouragé les délégués à réfléchir à des façons d'aider le groupe à broser un tableau complet de l'abondant travail effectué par tous les partenaires Besroun.

Un autre objectif du groupe de travail était de commencer à définir de façon plus précise des façons de surmonter les obstacles à la synthèse des données mondiales sur la médecine familiale. D^r Ponka a parlé de la nécessité d'avoir un cadre qui nous aiderait à poser les bonnes questions, une méthode pour recueillir et colliger les données probantes et les moyens de surmonter les obstacles. Il a également encouragé les délégués Besroun à réfléchir à ces questions. Le Groupe de travail s'efforce de développer une base factuelle pour la rédaction d'un document sur la médecine familiale. La médecine familiale est diversifiée, et elle est mise en pratique de différentes façons dans différents contextes. L'un des principaux défis est de pouvoir colliger et synthétiser une diversité de données probantes tout en demeurant rigoureux au plan méthodologique.

En date de novembre 2015, deux documents du groupe de travail avaient été publiés dans *Le Médecin de famille canadien*, un document était sous presse et cinq autres étaient en cours d'élaboration. Le Groupe de travail compte étoffer sa série de documents. Il veut également être pour les autres groupes de travail Besroun un mécanisme de convergence et de réflexion sur les enseignements qui seront tirés au fil du temps des efforts du Centre.

Discussion de groupe

En réponse à la présentation de D^r David Ponka et à son invitation, les délégués Besroun ont fait part de leurs réflexions sur les données probantes nécessaires pour soutenir le développement de la médecine familiale et sur la manière de réunir ces données. Ce faisant, ils ont abordé les thèmes suivants : la rhétorique de la médecine familiale, la génération de données probantes, les méthodes pour générer ces données probantes, et les manières de positionner la médecine familiale sur la scène mondiale.

La rhétorique de la médecine familiale :

- **Diversité en médecine familiale :** Les médecins de famille jouent un rôle très large et contextuel. En Indonésie, en Éthiopie et au Canada, les façons de pratiquer des médecins de famille seront différentes. Comment les médecins de famille peuvent-ils répondre aux besoins de populations spécifiques, comme les communautés rurales pauvres ou marginalisées en Afrique subsaharienne ? L'approche uniformisée n'existe pas en médecine familiale.

- **Médecine familiale par rapport au généralisme :** Quelle est la valeur ajoutée de la médecine familiale par rapport au généralisme ? Et qu'est-ce que le généralisme quand, dans de nombreux pays, les médecins généralistes n'ont pas la formation requise pour traiter une vaste gamme de maladies et se cantonnent à un modèle archaïque dans lequel la médecine est perçue comme centrée sur la maladie et axée sur les soins aigus ? — *D^r François Couturier, Université de Sherbrooke, Canada*
- **Lien entre la médecine familiale et les soins primaires :** Selon une perspective malienne, si l'on veut que les donateurs fassent avancer le dossier de la médecine familiale, il est important de répondre aux questions suivantes : « Quelle est la valeur ajoutée de la médecine familiale et quelles lacunes va-t-elle combler sur le plan des soins primaires ? » Les instances régionales et les organisations internationales qui peuvent tirer parti de la réforme des soins de santé sont particulièrement importantes ; elles peuvent faire les ajustements nécessaires pour offrir de meilleures possibilités de développement professionnel pour les praticiens en médecine familiale. — *D^r Seydou Doumbia, Université de Bamako, Mali*
- **Santé des populations :** Selon une perspective subsaharienne, il est également important de souligner l'utilité de la médecine familiale, qui réduit le fardeau de la maladie et de la mortalité dans les pays à faible revenu. — *D^r Seydou Doumbia, Université de Bamako, Mali*
- **Optimisation des ressources :** En fin de compte, la médecine familiale est une question de répartition des ressources. « C'est uniquement une question d'argent. » — *D^r Janusz Kaczorowski, Université de Montréal, Canada*
- **Lien entre la médecine familiale et la couverture universelle des soins de santé :** Les participants ont noté que si les médecins de famille croient que la médecine familiale est essentielle pour améliorer l'équité et la qualité des soins, le citoyen moyen n'en est pas convaincu. Dans les pays en développement, la plupart des gens préfèrent obtenir des soins d'autres spécialistes. Le défi consiste à transmettre un message qui communique clairement et efficacement la proposition de valeur de la médecine familiale à la population et à démontrer que la médecine familiale est un volet important de la mise en place de la couverture universelle des soins de santé.
- **Les médecins de famille en tant que « quarts-arrière » des systèmes de santé :** D^r Woollard a retracé l'histoire du concept — et de la pratique — du « triage » depuis les guerres napoléoniennes de la fin du 18^e siècle. L'idée derrière le triage était de s'assurer que les praticiens les moins expérimentés n'étaient pas expédiés au front. En tant que médecins de famille, « notre travail, que nous exerçons au Mali ou au Manitoba, est de donner le meilleur de nous-mêmes quand nous sommes sur la ligne de front ». Selon D^r Woollard, l'objet de la recherche ne devrait peut-être pas être comment identifier et combler différents besoins, mais plutôt comment la médecine familiale, en tant que discipline collective, répond à ces besoins. Les patients sont confrontés à la pauvreté, la violence et les maladies infectieuses. Le médecin de famille est pour l'essentiel un quart-arrière. Il n'est pas là uniquement pour filtrer l'accès aux soins secondaires/tertiaires ; il coordonne les ressources et s'assure que le patient est vu par le fournisseur de soins de santé qui possède les compétences les plus appropriées. — *D^r Robert Woollard, Université de la Colombie-Britannique, Canada*

Données probantes appuyant l'établissement et le renforcement de la médecine familiale :

- **Impact sur la santé des populations :** Les participants ont souligné le besoin de données qui démontrent que le taux de survie des patients augmente lorsque la méthodologie passe de la pratique générale à la médecine familiale.
- **Modèles économiques et aides à la décision :** Les données probantes ne sont pas la seule chose qui fera avancer la prise de décision. Effectuer Générer des recherches exige du temps, et générer des recherches rigoureuses exige encore plus de temps. Nous devons composer avec des contextes très hétérogènes. On a suggéré de s'intéresser aux données secondaires qui existent au Canada et ailleurs et peut-être aussi d'élaborer, pour les décideurs, une série d'aides à la décision et de modèles économiques qui montrent les répercussions des décisions en matière de répartition des ressources. Utiliser les meilleures données, avec des données sur

le contexte local pour démontrer les avantages et les inconvénients des différents modèles. — *D^r Janusz Kaczorowski, Université de Montréal, Canada*

- **Indicateurs de processus :** La médecine familiale n'est pas simplement une question de collecte de données précises sur les taux de mortalité ; c'est au fond une question de qualité des soins et c'est pourquoi elle devrait considérer l'utilisation de paramètres multiples pour mesurer l'équité. Comment créer des boucles de rétroaction qui montrent que nous allons là où nous voulons aller ? Aucune mesure absolue ne nous indiquera que nous nous rapprochons des résultats souhaités.
- **Un système de santé centré sur la médecine familiale :** D^r Steini Brown, directeur de l'Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé à l'Université de Toronto (Canada), encourage le Centre Besroul à définir ce qui constitue un système de santé centré sur la médecine familiale, plutôt que de simplement s'efforcer de définir la discipline de médecine familiale. — *D^{re} Katherine Rouleau, Centre Besroul*

Méthodes pour recueillir des données probantes sur la médecine familiale :

- **Sous l'angle de l'investigation appréciative :** L'adoption d'une approche d'investigation narrative et appréciative pour la collecte de données probantes sur la médecine familiale nous permet d'élaborer le concept de médecine familiale d'une manière qui reconnaît sa diversité tant au niveau local (dans chaque pays) que mondial. Le rôle des médecins de famille est de répondre aux besoins de communautés diversifiées. — *D^r Robert Woollard, Université de la Colombie-Britannique, Canada*
- **Développer des réseaux :** Comment les médecins de famille peuvent-ils influencer l'orientation des politiques ? Selon D^{re} Lynn Wilson, cela peut se faire par la création d'un réseau des membres de la communauté Besroul, de chercheurs en santé publique, de chercheurs en éducation et de directeurs de départements. — *D^{re} Lynn Wilson, Université de Toronto, Canada*
- **Fiche de rendement pour le Centre Besroul :** Comment le Centre pourrait-il solliciter de ses partenaires internationaux des commentaires sur sa capacité de répondre aux besoins de la communauté Besroul ? Une façon serait d'élaborer une fiche de rendement et de définir les secteurs prioritaires à évaluer. De plus, comment le Centre Besroul pourrait-il être une ressource pour les pays où la médecine familiale n'est pas encore implantée ? — *D^r David Ponka, Université d'Ottawa, Canada*

Positionnement de la médecine familiale à l'échelle mondiale :

- **Tirer parti des Objectifs de développement durable :** Les participants ont souligné qu'une grande partie des données probantes sur la santé mondiale sont liées aux Objectifs de développement durable (ODD) des Nations Unies. L'objectif n° 3, qui se rapporte à la santé, inclut des cibles de prévention et de traitement pour les maladies non transmissibles et l'abus de substances psychoactives, des domaines qui relèvent essentiellement de la médecine familiale. Les participants ont insisté sur le fait qu'il y a là une réelle opportunité d'utiliser les données issues de collectes en cours.
- **Image de marque de la médecine familiale :**
 - Au moment où le Centre Besroul et ses partenaires souhaitent faire progresser la médecine familiale et qu'elle inclue les généralistes qui dispensent actuellement des soins primaires, définir la contribution unique des médecins de famille aux soins primaires et au renforcement des systèmes de santé demeure un défi. — *D^{re} Ruth Wilson, Université Queen's, Canada*
 - Un appel à l'action doit être lancé au Centre Besroul et à ses partenaires : Quelle est la contribution des médecins de famille aux soins primaires ? — *D^{re} Lynn Wilson, Université de Toronto, Canada*

Ancrage de la médecine familiale en tant que discipline universitaire, 1^{re} partie

Quel genre de données probantes ? À quelles fins ?

Modérateur : D^r David Ponka

Selon D^r David Ponka, l'animateur de la séance, des soins primaires robustes est à la base des collectivités en santé. Il a ajouté que le désir de générer des données probantes dans le but de faire progresser la médecine familiale se heurte souvent aux difficultés inhérentes à la collecte de données et d'éléments factuels dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI).

Discussion de groupe

- Les pays à revenu faible et les pays à revenu intermédiaire convergent en ce qui concerne le fardeau des soins de santé. Dans beaucoup de ces pays, la prise en charge des maladies chroniques, de l'hypertension et du diabète fait accroître la demande de services de santé, en particulier en ce qui a trait aux soins préventifs et à la prise en charge des affections chroniques. Dans de nombreux pays, il y a décalage entre l'offre et la demande. Beaucoup de systèmes de santé sont conçus pour la prestation de soins à court terme plutôt que pour la prise en charge des maladies chroniques. Les médecins de famille peuvent alléger le fardeau croissant des maladies qui demandent la prestation de soins à des patients aux prises avec des comorbidités complexes. — *D^r Janusz Kaczorowski, Université de Montréal, Canada*
- Pour effectuer de la recherche dans le but de renforcer la médecine familiale, il faut avoir des compétences qui diffèrent de celles que possèdent généralement les médecins. Générer des recherches nécessite une formation méthodologique en méthodes qualitatives et quantitatives et la capacité de formuler et de vérifier des hypothèses de recherche. De plus en plus, on utilise des méthodes mixtes pour obtenir des données quantitatives, qui illustreront les tendances et les relations, et des données qualitatives, qui fournissent des récits narratifs illustrant pourquoi et comment certains phénomènes se produisent en médecine familiale. — *Dr Janusz Kaczorowski, Université de Montréal, Canada*
- Le groupe Besroul peut-il mettre au point un modèle qui permettra de comparer les écarts inter-pays en médecine familiale ? Quel genre d'informations est nécessaire pour raconter une histoire ? Si l'objectif est de persuader les décideurs et les gouvernements d'investir et de renforcer la médecine familiale, nous avons besoin de données quantitatives chiffrées et de récits captivants qui illustrent les profondes conséquences des décisions liées à la répartition des ressources sur la santé des populations. La motivation d'investir en médecine familiale était présentée comme axée sur un objectif politique clair, puisque la médecine familiale a la capacité de créer un système de santé qui est accessible et qui dispense des soins de qualité de manière continue et coordonnée. — *Dr Janusz Kaczorowski, Université de Montréal, Canada*
- Compte tenu des contraintes financières tant dans bien des pays à revenu élevé que dans les pays à revenu faible, investir dans les soins spécialisés et la technologie n'est pas un moyen de réduire les coûts des soins de santé. On a souligné le fait que même si les États-Unis sont le pays qui investit le plus dans les soins de santé, mais qui obtient les plus faibles résultats comparativement aux autres pays à revenu élevé. Ce n'est pas le montant que vous dépensez, mais plutôt comment il est dépensé qui compte. Des données ne cessent de prouver que si vous dépensez pour les soins primaires et la médecine familiale, vous aurez de meilleurs résultats au niveau de la population. — *Dr Janusz Kaczorowski, Université de Montréal, Canada*

Quelles données probantes sont nécessaires pour éclairer les politiques ?

Conférencier : D^r Dawit Wondimagegn

D^r Wondimagegn a tout d'abord décrit le contexte et les défis à surmonter pour implanter la médecine familiale en Éthiopie. De la résistance est apparue dès le départ : au niveau conceptuel lorsque de nouvelles idées et façons de faire ont été introduites ; puis face à l'idée de mettre en œuvre des modèles occidentaux dans un pays du Sud. Il y a aussi eu de la résistance au niveau des politiques, au niveau de la mise en œuvre et au niveau de la collectivité. Face à ces défis, la question primordiale était : comment harmoniser la médecine familiale avec le système de soins primaires en place dans le pays, un système hautement axé sur les autres spécialistes.

Tirant des leçons du contexte éthiopien, D^r Wondimagegn a souligné que ce n'est pas la démonstration de la rentabilité de la médecine familiale qui a mené à son implantation en Éthiopie. Il a invité les participants à faire preuve de prudence avant de tenir pour acquis qu'il existe une relation linéaire entre recherche et politiques. Il a également souligné qu'on ne peut supposer qu'une solide base de données probantes va automatiquement influencer les processus décisionnels. D^r Wondimagegn a plutôt conseillé vivement à la communauté Besrou de s'intéresser à la formulation des politiques et de chercher à comprendre les acteurs impliqués dans les processus décisionnels. En Éthiopie, les efforts de plaidoyer, fondés dans une large mesure sur une compréhension du contexte éthiopien, ont beaucoup contribué à l'avancement de la médecine familiale. D^r Wondimagegn a souligné en outre l'importance cruciale de l'établissement de relations avec le ministre de la Santé pour mobiliser les efforts vers l'implantation de la médecine familiale.

Traduire les données probantes en innovation dans les systèmes de santé : L'expérience de Rio

Conférencier : D^r José Carlos Prado

D^r José Carlos Prado, vice-secrétaire à la Santé à Rio de Janeiro (Brésil), a souligné que lorsque les réformes des soins de santé primaires ont été mises en œuvre dans sa ville en 2009, seulement 3,5 % des citoyens (soit 150 000 personnes) avaient accès à des soins de première ligne. Maintenant, plus de trois millions de personnes sont couvertes et on prévoit que d'ici la fin de la prochaine année, quatre millions de personnes le seront (taux de couverture de 70 %). D^r Prado a souligné qu'à Rio, l'équipe s'est appuyée sur de robustes données probantes provenant de partout dans le monde et qu'elle a adopté de modèles et des pratiques fondés sur les données probantes pour orienter le processus d'implantation de la médecine familiale dans le contexte brésilien. Il a en outre indiqué que l'équipe tenait à baser ses efforts sur l'adoption de la définition de la médecine familiale de D^{re} Barbara Starfield. D'efficaces techniques et méthodes ont été utilisées pour inciter les responsables des politiques à passer à l'action, comme par exemple organiser des visites dans des milieux disposant de solides systèmes de soins primaires pour observer les impacts sur la santé des populations. À Rio, nous implantons la médecine familiale en utilisant une approche axée sur le travail d'équipe. Actuellement, notre défi est d'intégrer les soins primaires dans les établissements de soins secondaires, comme les hôpitaux.

Discussion de groupe

- Les délégués Besrou étaient curieux de savoir comment les enseignants étaient recrutés pour cette initiative. D^r Prado a expliqué que le programme a été en mesure d'attirer des médecins de famille qualifiés en offrant des salaires de 30 000 BRL (Réals brésiliens). Au début des réformes, Rio de Janeiro ne comptait que 14 médecins de famille. La ville en compte maintenant 150. D^r Prado a précisé que la mise en œuvre des soins primaires à Rio avait débuté avec 18 cliniques et que depuis cinq ans, beaucoup d'autres se sont ajoutées.

Point de vue : Ce que j'ai vu et appris en tant que chercheuse canadienne en soins primaires

Conférencière : D^{re} Tara Kiran

D^{re} Tara Kiran a parlé de l'expérience d'implantation de la médecine familiale au Canada. Elle a souligné qu'il y a dix ans, les gouvernements ont mis en œuvre des réformes pour renforcer la médecine familiale et améliorer les soins aux patients. En jetant un regard rétrospectif sur ces réformes, il est important de se demander : Ont-elles donné les résultats escomptés ? D^{re} Kiran a observé que les réformes étaient davantage basées sur la théorie que sur des données empiriques. Elle a souligné que les pressions qui se sont exercées au Canada en faveur d'un modèle de rémunération au rendement, un modèle qui gagnait en popularité aux États-Unis, s'appuyaient sur l'hypothèse ténue qu'un tel mode de paiement améliorerait la qualité des soins. Citant en exemple l'utilisation de primes de rendement dans le dépistage du cancer, D^{re} Kiran a noté que l'initiative n'avait pas réussi à faire augmenter les taux de dépistage dans la population parce qu'elle ciblait les médecins qui étaient déjà les plus susceptibles de faire du dépistage. L'amélioration perçue dans le dépistage du cancer ne découlait pas d'une réelle amélioration, mais

plutôt d'un artefact de collecte de données améliorée. D^{re} Kiran a en outre souligné que le dossier médical électronique n'est pas un prérequis pour recueillir des données pertinentes et qu'une collecte de base, comme la vérification des feuilles cumulatives, peut aussi générer des données utiles.

Table ronde : De quelles données probantes avons-nous besoin ? À quelles fins ?

Les deux questions étudiées pendant les discussions en table ronde ont été les suivantes :

1. Quels sont les types de données probantes dont nous avons besoin ?
2. Quels catalyseurs soutiennent (ou pourraient soutenir) les efforts en vue de générer des données probantes dans votre contexte ?

Tableau 1 : Collecte de concepts — Quels types de données probantes ?

Secteurs prioritaires – ce qui doit être mesuré et pourquoi	<ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité* afin de mieux comprendre les soins intégrés • Efficacité • Coordination* dans le système de santé • Globalité* • Rentabilité • Santé de la population <p><i>*Nota : Selon le cadre du PHCIP, il s'agit de mesures de prestation de services applicables aux soins centrés sur la personne.</i></p>
Niveau de données probantes	<ul style="list-style-type: none"> • Données au niveau des patients • Données au niveau du système
Quel aspect des soins devrait être évalué ?	<ul style="list-style-type: none"> • Processus de soins • Résultats des soins
Type de données probantes	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitatives : <ul style="list-style-type: none"> ○ Accès aux soins : p. ex., tracer le cheminement des patients dans le système de santé et le rôle et/ou le point d'intersection avec la médecine familiale. Ces données aideront à démontrer la valeur de la médecine familiale au niveau des patients, en particulier là où de nouveaux programmes sont en cours de conception. Et elles aideront à répondre à la question suivante : Les initiatives en matière de soins primaires atteignent-elles les bonnes personnes ? Ces données peuvent également servir à inciter les patients à recourir à un médecin de famille plutôt qu'à d'autres spécialistes. ○ Rétroaction sur la satisfaction des patients ○ Guérison (l'expérience humaine) ○ Récits sur les raisons pour lesquelles les gens choisissent une voie plutôt qu'une autre, c.-à-d. des récits avec impact ○ Données qui répondent à la question : Comment les médecins de famille adaptent-ils les soins au contexte de leurs patients et de leurs collectivités ? • Quantitatives : Les participants ont souligné que les responsables des politiques et les ministères de la Santé exigent souvent des données quantitatives afin de prendre des décisions relatives à la répartition des ressources de mise en œuvre des programmes de soins de santé. <ul style="list-style-type: none"> ○ Données de référence sur l'impact de la formation en médecine familiale ; ces données peuvent être utiles au PHCPI ○ Population desservie, c.-à-d. couverture universelle des soins de santé

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cibles en matière de dépistage et obstacles à l'atteinte de ces cibles ○ Analyse des coûts ○ Données sur les populations mal desservies
--	---

Les participants se sont également penchés sur des méthodes pour obtenir des données :

- **Expériences naturelles :** Utiliser des études de cas pour comparer des contextes similaires afin de déterminer les modèles qui fonctionnent : p. ex. examiner la situation dans d'autres pays où l'accès aux médecins de famille est adéquat. Les données probantes générées par les expériences naturelles pourraient servir à démontrer que la formation en médecine familiale est une façon de répondre aux besoins d'une population et, d'une manière plus générale, pourraient servir de mécanisme pour influencer les décideurs à investir dans la santé. Les participants ont souligné qu'il faut se garder d'instaurer dans un pays la réplique exacte d'un modèle existant dans un autre. Les conclusions des recherches doivent être contextualisées — le nombre de travailleurs de la santé, leurs compétences et les écosystèmes de soins de santé varient d'un contexte à l'autre, et ces facteurs influenceront la façon d'implanter la médecine familiale. Les participants ont fait un retour sur l'expérience brésilienne :
 - La réforme des soins primaires à Rio de Janeiro faisait s'appuyer sur les travaux de D^{re} Barbara Starfield et du professeur James Macinko.
 - Les problèmes de santé au sein de la population étaient clairement identifiés, à l'aide d'indicateurs de santé (données de base).
 - Des visites ont été effectuées avec le maire de Rio de Janeiro dans d'autres villes (Londres, Barcelone, Lisbonne).
 - On a eu recours à l'outil *Primary Care Assessment Tool* et à un questionnaire servant à évaluer les professionnels de la santé et les usagers du système de santé.
- **Examen de la littérature existante :** Ceci peut aider à déterminer comment s'attaquer efficacement au fardeau des soins de santé dans différents pays. Quelles stratégies peuvent cibler les résultats de santé ? L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié plusieurs études qui soutiennent que d'améliorer l'accessibilité aux soins et l'équité en santé exige une stratégie concertée en matière de médecine familiale. De la même façon, les travaux de D^{re} Starfield ont démontré qu'améliorer les résultats de santé exige un système de soins primaires fort.
- **Méthode du consensus**
- **Analyses des coûts et analyses de rentabilité** pour soutenir un changement dans le système de santé. Présentement en Amérique latine, dans les Caraïbes et en Afrique subsaharienne, les médecins de famille sont considérés comme une dépense. Des données sur la rentabilité pour soutenir l'implantation de la médecine familiale aideraient à dissiper cette idée.
- **Essais contrôlés randomisés**
- **Études d'évaluation**

Les participants ont également commenté l'aide que la génération de données probantes peut apporter pour :

- plaider en faveur de l'établissement de systèmes de santé centrés sur la médecine familiale ; les participants ont souligné qu'il était nécessaire de mesurer ce que la médecine familiale a accompli jusqu'à maintenant avant d'insister sur la valeur ajoutée qu'elle est en mesure de créer ;
- présenter la médecine familiale comme une solution à un problème ;
- établir l'image de marque de la discipline de médecine familiale.

Collecte de concepts — Quels catalyseurs soutiennent (ou pourraient soutenir) la génération de données probantes dans votre contexte ?

Les participants ont identifié les catalyseurs suivants comme moyens de soutenir la génération de données probantes dans leurs milieux respectifs :

- utiliser les dossiers médicaux électroniques ;
- renforcer les capacités de recherche sur les soins primaires. Pour ce faire :
 - rehausser les connaissances des résidents en épidémiologie et en statistique ;
 - soutenir l'enseignement des méthodes de recherche ;
 - encourager les activités d'érudition dans les nouveaux programmes de médecine familiale ;
 - sensibiliser les fournisseurs de soins de santé aux réalités de la pauvreté et à ses conséquences sur les gens et sur les comportements qui favorisent la santé ;
- créer des réseaux ;
- reconnaître qu'un solide leadership et une volonté politique sont nécessaires ;
- disposer de suffisamment de ressources.

Catalyseurs dans le contexte brésilien :

- soutien du ministre de la Santé pour 40 % à 50 % du budget local ;
- appel de propositions pour permettre le financement des projets de recherche, avec le soutien du SUS (système unifié de santé) ;
- système d'information sur les soins primaires qui génère des indicateurs de santé.

Ancrage de la médecine familiale en tant que discipline universitaire, 2^e partie : Le rôle privilégié des doyens

Modérateur : D^r Paul Grand'Maison

Cartographier la recherche en médecine familiale dans le monde

Conférenciers : D^{rs} Frank Sullivan et John Parks

Comment peut-on évaluer le dynamisme de la recherche en médecine familiale ? Les D^{rs} Sullivan et Parks ont souligné que la recherche sur la médecine familiale a augmenté de façon significative depuis dix ans. Le modèle de Donabedian — un cadre conceptuel qui permet d'examiner les services de santé et d'évaluer la qualité des soins — est une façon d'évaluer la vigueur de la recherche actuelle. Selon ce modèle, les informations sur la qualité des soins peuvent être classées en trois catégories : structure, processus et résultats.

Table ronde des doyens : Comment les établissements universitaires pourraient/devraient-ils influencer les politiques en matière de santé et d'éducation ?

D^r Paul Grand'Maison a ouvert la séance en reconnaissant le rôle privilégié que jouent les doyens des facultés de médecine dans l'ancrage de la médecine familiale en tant que discipline universitaire. Nous avons besoin de données probantes, mais aussi de leadership, d'engagement et de gestes concrets pour implanter la médecine familiale. Les doyens établissent un lien important, tant formel qu'informel, entre les responsables des politiques, le public, les gouvernements et les établissements de santé. Dans la discussion qui suit, des doyens anglophones et francophones de partout dans le monde explorent ce qu'ils considèrent comme des facteurs de leur succès et font des commentaires sur l'ancrage de la médecine familiale dans leurs établissements respectifs.

- **Partenariat entre l'Université Memorial de Terre-Neuve et le gouvernement du Nunavut — D^r Jim Rourke**

D^r Rourke a parlé de la mise en place d'un stage de médecine familiale au Nunavut. Il a décrit la difficulté du Nunavut — un vaste territoire peu peuplé dans le Nord du Canada — à recruter et retenir suffisamment de médecins de famille pour répondre aux besoins de sa population. Il a également souligné que la majorité des médecins qui y travaillant étaient des suppléants. En décrivant le partenariat entre l'Université Memorial et le gouvernement du Nunavut, D^r Rourke a mentionné plusieurs catalyseurs importants, dont l'engagement du gouvernement fédéral à bien servir les populations rurales et éloignées et l'importance d'identifier au Nunavut les champions individuels pour mener à bien les objectifs du partenariat. D^r Rourke a comparé son rôle de doyen de la Faculté de médecine de l'Université Memorial à celui d'un chef de train, insistant sur les fonctions de coordination, de facilitation et de leadership inhérentes au poste qu'il occupe.

- **Partenariat entre l'Université de Bamako (Mali) et l'Université de Sherbrooke — D^r Seydou Doumbia**

À l'instar de D^r Rourke, D^r Doumbia a souligné l'importance des partenariats et du leadership dans le développement de la médecine familiale au Mali. Il a décrit la nature progressive des activités qui ont été élaborées en collaboration avec l'Université de Sherbrooke au Québec; ces activités ont renforcé la formation en médecine familiale à l'Université de Bamako. Il a insisté sur l'importance de l'expertise que les partenaires canadiens ont fournie à son université lors de l'élaboration d'un cursus axé sur le développement des compétences et d'un programme de formation professorale en médecine familiale. D^r Doumbia a noté le rôle important qu'ont joué les intervenants de haut niveau, notamment des institutions comme le Fonds monétaire international, en favorisant la décentralisation des services, en habilitant les collectivités et en mobilisant divers secteurs gouvernementaux afin de permettre l'établissement de la médecine familiale.

- **Partenariat entre l'Université d'Addis-Abeba (Éthiopie) et l'Université de Toronto — D^r Dawit Wondimagegn**

D^r Wondimagegn, doyen associé de la Faculté de médecine de l'Université d'Addis-Abeba, a relevé deux principaux catalyseurs du succès de l'établissement de la médecine familiale en Éthiopie, à savoir la capacité de développer des partenariats entre son université et des collaborateurs internationaux pour soutenir l'éducation en médecine familiale, et le recrutement réussi d'une première cohorte de résidents en médecine familiale. Il a également souligné l'importance d'éduquer les collègues des autres spécialités et de faire en sorte qu'ils soutiennent le programme de médecine familiale. Il a expliqué que les premiers champions du programme incluaient des médecins d'autres spécialités, dont lui-même. Il a souligné l'importance d'un cursus rigoureux qui répond aux besoins de la collectivité et inclut de la formation en recherche. Dans une audacieuse déclaration, D^r Wondimagegn a remarqué que l'expérience de l'Université d'Addis-Abeba démontre qu'il n'est pas nécessaire d'attendre un appui politique officiel du gouvernement avant d'aller de l'avant avec l'établissement de la médecine familiale. Cette expérience souligne plutôt l'importance de faire le pont entre les besoins de la collectivité et ceux des établissements d'enseignement grâce à une vision stratégique générale du gouvernement.

- **Partenariat entre la Faculté de médecine de l'Université de Tunis (Tunisie) et l'Université de Montréal — D^r Ahmed Maherzi**

D^r Maherzi a indiqué que malgré le fait que la Faculté de médecine de Tunis existe depuis 50 ans et offre un programme fortement axé sur l'enseignement et la recherche, aucune étude jusqu'à maintenant n'a porté sur son impact sur la santé et le bien-être des Tunisiens. D^r Maherzi a précisé que dans son pays, la médecine générale était souvent le choix par défaut de ceux qui ne réussissaient pas à s'inscrire à une formation en spécialité. Depuis 2006, les quatre programmes de médecine familiale du pays ont redoublé d'efforts pour développer la médecine familiale et guider les étudiants vers le choix d'une pratique médicale qui répond aux besoins de la population. Des efforts ont été mis en œuvre à l'échelle nationale en 2011 pour harmoniser la formation en médecine familiale en Tunisie, et D^r Maherzi a décrit la vaste consultation menée auprès des décideurs, des doyens et des enseignants en médecine lors de l'élaboration du cursus en médecine familiale. Il a souligné à quel point la formation des enseignants en collaboration avec la Faculté de médecine de l'Université de Montréal avait été importante, et a indiqué que ce facteur et la formation professorale des enseignants en médecine familiale avaient été des catalyseurs de l'implantation de la médecine familiale dans son pays. Reprenant les commentaires d'autres participants sur l'importance des partenariats, D^r Maherzi a insisté sur l'importance de sélectionner des partenaires crédibles. Et comme il est important d'adapter la médecine familiale aux contextes et aux collectivités locales, il a mis les participants en garde contre l'utilisation d'une approche-type.

- **Partenariat entre l'Université Syiah Kuala (Indonésie) et l'Université McMaster — D^r Gazali Syahrul**

D^r Syahrul, doyen à la Faculté de médecine de l'Université Syiah Kuala, a décrit la pénurie chronique de fournisseurs de soins primaires en Indonésie. Il a indiqué que le tsunami de 2004 dans l'océan Indien avait provoqué l'établissement de liens avec D^{re} Lynda Redwood-Campbell de l'Université McMaster de Hamilton. Depuis, la relation s'est transformée en partenariat entre les deux établissements et a conduit à des efforts soutenus pour mettre en place la formation en médecine familiale à l'Université Syiah Kuala.

- **Partenariat entre l'Université d'Antananarivo (Madagascar) et l'Université Laval — D^r Luc Hervé Samison**

Pour D^r Samison de l'Université d'Antananarivo, c'est lors d'une conversation tenue dans le cadre d'une conférence internationale des facultés de médecine francophones qu'il a reconnu l'importance de former plus de médecins de famille à Madagascar pour répondre aux besoins de la population. Il a expliqué l'importance d'obliger les médecins à passer leurs premières années de pratique dans les régions rurales et a souligné la nécessité de mesures incitatives pour les encourager à travailler dans les collectivités éloignées. D^r Samison a souligné l'importance d'aligner les priorités des facultés de médecine familiale et des programmes de formation en médecine familiale avec celles du ministère de la Santé, car c'est le ministre qui décide du contenu du cursus médical, et il a insisté sur l'importance de la présence du doyen dans le processus de développement curriculaire. D^r Samison a également fait rapport sur une commission de réflexion sur la formation médicale créée par le ministre de l'Éducation pour examiner différentes questions et déterminer des objectifs pour le ministre de la Santé. Les délégués de la Conférence ont relevé une importante occasion pour les doyens de réfléchir à leur responsabilité sociale.

- **L'expérience de l'École de médecine du Nord de l'Ontario — D^r Roger Strasser**

D^r Strasser a indiqué que le rôle des mentors et des enseignants était l'un des principaux thèmes des récits partagés par les autres doyens. Il a insisté sur la grande influence que peut avoir la pédagogie par l'exemple, notant que les plus récents diplômés choisissent des spécialités en partie parce que leurs propres modèles de rôles étaient issus de ces spécialités, y compris de la médecine familiale. Pour les étudiants de l'École de médecine du Nord de l'Ontario (EMNO), l'année d'externat est ancrée dans la pratique de médecine familiale ; c'est aussi une année d'immersion dans les collectivités. D^r Strasser a signalé que grâce à ce modèle, la majorité des diplômés de l'École optent pour la médecine familiale rurale. Élaborant à partir de l'idée d'interface entre les politiques et la médecine familiale discutée précédemment, D^r Strasser a examiné le rôle que les doyens pourraient éventuellement jouer tout au long des travaux du collectif Besrou. Il a demandé comment pourraient être exploitées les occasions d'influer sur les politiques, comme dans le contexte politique qui règne en Tunisie et à Madagascar. S'appuyant sur le solide engagement communautaire qui est au cœur de l'EMNO, il a instamment demandé aux autres facultés de médecine de s'engager non seulement auprès de leurs collectivités, mais aussi auprès des politiciens et des fonctionnaires, car les leviers politiques ont joué un rôle fondamental dans la création de son école de médecine.

Discussion de groupe

1. **Dans les pays d'Afrique subsaharienne, les doyens ne sont pas des médecins de famille. Comment procédez-vous pour élaborer des cursus et former des médecins de famille compétents lorsque les doyens ne sont pas des médecins de famille ?**

D^r Dawit Wondimagegn a présenté la perspective éthiopienne. En Éthiopie, le cursus a été élaboré conjointement par les universités de Toronto et d'Addis-Abeba. L'Université de Toronto a effectué une étude d'évaluation des besoins. D^r Wondimagegn a précisé que l'objectif du programme de formation détermine le contenu du cursus. Il a ensuite expliqué qu'en Éthiopie, l'incertitude est la norme, et non l'exception. Le contexte offre l'occasion de développer un ensemble de compétences différent et de gérer les incertitudes. Les médecins savent que le système est imprévisible ; ils doivent s'en accommoder et apprendre à être des leaders dans ce système.

2. **À quel point l'agrément est-il important ?**

D^r Seydou Doumbia a présenté le point de vue malien. Au Mali, toutes les facultés de médecine doivent être agréées d'ici 2023, et il est urgent de travailler en ce sens. Tous les pays francophones sont obligés de satisfaire aux exigences d'agrément.

Les participants canadiens ont fait remarquer que le processus d'agrément est assez lourd et qu'il est axé sur des détails qui n'influent pas sur le résultat escompté, soit avoir de meilleurs médecins qui répondent aux besoins de la collectivité. Au Canada, nous essayons de transformer le système d'agrément. Comme le processus actuel est extrêmement long et ne mesure pas ce qu'il faut, nous optons sciemment pour le changement. L'agrément nous offre l'occasion de changer.

D^r Maherzi, doyen en Tunisie, a souligné que pour les facultés de médecine francophones, l'agrément est vu comme un aspect de la responsabilité sociale. Il a fait remarquer qu'il y a trois facteurs importants dans la promotion de la médecine familiale : 1) l'autonomie des universités et des doyens, 2) les projets en médecine familiale, et 3) les partenariats internationaux.

Jour 2 : Le vendredi 13 novembre 2015

Nous avons encouragé les délégués de la Conférence Besrour à participer aux activités du FMF 2015 et à prévoir du temps dans leur horaire journalier pour rencontrer les membres de leurs groupes de travail Besrour respectifs. Ils ont également été invités à assister aux séances consultatives suivantes du Centre Besrour :

- Sondage par groupe de discussion sur la formation professorale (D^{re} Lynda Redwood-Campbell)
- Groupe de travail sur la formation médicale continue (D^r Jamie Meuser)
- Atelier sur l'éthique (D^{res} Janie Giard et Katherine Rouleau)
- Atelier sur les récits (D^{rs} Christine Gibson et Robert Woollard)

Jour 3 : Le samedi 14 novembre 2015

Le partenariat *Primary Health Care Performance Initiative*

Conférencière : Federica Secci

Federica Secci, spécialiste de la santé au sein du Groupe de la Banque mondiale (GBM), a fait une présentation sur le *Primary Health Care Performance Initiative* (PHCPI). Ce nouveau partenariat entre le GBM, la Fondation Bill et Melinda Gates et l'OMS réunit des responsables des politiques, des gestionnaires de système de santé, des praticiens, des avocats et d'autres partenaires du développement. Il vise à améliorer la prestation des soins de santé primaires dans les pays à revenu faible ou intermédiaire par une meilleure mesure des données et un plus grand partage de l'information. M^{me} Secci a posé la question suivante : Pourquoi a-t-on besoin d'une initiative comme le PHCIP ? Au moment où nous travaillons à réaliser les Objectifs de développement durable (ODD) des Nations-Unies et où les pays progressent dans leurs efforts pour offrir une couverture universelle des soins de santé, les soins primaires sont plus importants que jamais. M^{me} Secci a souligné qu'il y a une « zone grise » dans la prestation des services de soins primaires qui doit être comprise. Le PHCPI aidera les pays à contrôler les principaux indicateurs de performance de leurs systèmes de soins primaires afin d'en identifier les forces et les faiblesses. La responsabilité s'en trouvera améliorée et les décideurs disposeront de renseignements essentiels pour apporter des améliorations. M^{me} Secci a insisté sur le fait que pour rendre les données utilisables, le partenariat fournira également une plateforme où les pays pourront partager les enseignements tirés et les pratiques exemplaires.

Tableau 2 : Les quatre volets du partenariat *Primary Health Care Performance Initiative*

1. Renforcer la mesure du rendement
Le PHCPI utilisera les données actuelles et émergentes pour effectuer le suivi et rendre compte de la performance des soins de santé primaires, promouvoir la responsabilité et guider les efforts d'amélioration déployés par les pays. Un site Web du PHCPI assure un suivi de 25 « signes vitaux », des indicateurs qui présentent un instantané de la performance des services de santé primaires. Le PHCPI va également travailler avec les pays à élargir la disponibilité des données et à élaborer des indicateurs additionnels pour localiser précisément les défis sous-jacents.
2. Créer et partager des connaissances
Le PHCPI tirera des enseignements des modèles de prestation des soins primaires les plus efficaces et conseillera les pays sur la manière d'améliorer leurs propres systèmes.
3. Promouvoir l'amélioration au niveau des pays

Le PHCPI soutiendra les efforts d'amélioration déployés par les pays en travaillant avec le *Joint Learning Network for Universal Health Coverage* et d'autres réseaux de partenaires internationaux à concevoir en collaboration des outils pratiques destinés à l'amélioration des systèmes de soins primaires. Le PHCPI aidera les pays à utiliser ces outils de façon appropriée afin qu'ils puissent prendre des mesures concrètes pour renforcer leurs systèmes de soins primaires.

4. Mobiliser les partenaires pour créer une dynamique

Le PHCPI fera de soins primaires une priorité mondiale en constituant un réseau de responsables des politiques, d'avocats et autres partenaires de développement engagés dans leurs pays respectifs.

Source : PHCPI, 2015.

Signes vitaux des services de santé primaires : Le PHCPI effectuera des analyses comparatives entre 25 indicateurs de performance. Ces indicateurs évaluent si les soins primaires sont une priorité dans un système de santé. Les installations et les fournitures sont-elles suffisantes pour que le système produise des résultats ? L'objectif de ces indicateurs est de permettre de comprendre la source des faiblesses d'un système de soins de santé. D'après M^{me} Secci, seulement neuf pays ont été en mesure de faire rapport sur les 25 indicateurs. Elle a ajouté qu'un certain nombre de pays ont demandé de l'aide ; par exemple, le GBM travaillera avec l'Argentine dans le domaine des maladies non transmissibles. M^{me} Secci a indiqué que le PHCPI ne peut avoir une action tous azimuts ; son objectif consiste à coordonner et à harmoniser les efforts et réduire la duplication et la fragmentation.

Discussion de groupe

Les participants ont posé un certain nombre de questions :

1. Quelle est la place de la formation dans cette équation ? L'éducation et la formation de la main-d'œuvre en santé sont des éléments clés d'un système de soins primaires.

M^{me} Secci a indiqué que les efforts du PHCPI ne sont pas spécifiquement axés sur la formation, mais plutôt sur la disponibilité et l'absentéisme des travailleurs en santé.

2. D'autres participants ont posé des questions concernant les sources des données sur lesquelles se base le PHCPI. Ces données viennent-elles de gouvernements et/ou d'ONG ? Quelles sont les stratégies en place pour vérifier la qualité des données, en particulier celles qui proviennent des gouvernements ?

M^{me} Secci a indiqué que le PHCPI utilise plusieurs sources différentes, incluant les comptes nationaux de la santé. La qualité des données est vérifiée. Le gouvernement américain a mis en œuvre une initiative appelée *Consolidated Health Informatics* (CHI) pour promouvoir l'adoption de normes d'information sur la santé. Le CHI a travaillé avec le PHCPI à assurer la comparabilité et la validité des données.

3. Quels sont les mécanismes de financement du PHCIP ? Pour les universités qui démarrent un programme de médecine familiale et ont besoin d'infrastructures et de développement stratégique, quels sont les mécanismes de financement ? M^{me} Secci a indiqué que bien que le PHCPI n'en offre pas de possibilité de financement à l'heure actuelle, cette situation pourrait changer à l'avenir.

4. Trois des cinq mesures de résultats sont des mesures de la mortalité. Du point de vue des médecins de soins primaires, dans quelle mesure mettra-t-on l'accent sur la qualité des soins ? Devrait-on inclure les mesures de rentabilité et de satisfaction des patients ? Quels indicateurs du PHCPI le Centre Besrour peut-il aider à surveiller ?

M^{me} Secci a convenu que le PHCPI ne doit pas se contenter d'utiliser les seules données sur la mortalité infantile comme principal indicateur de la performance des systèmes de santé, ce qui est l'approche conventionnelle.

5. **D^{re} Anne Andermann de l'Université McGill de Montréal a partagé une importante conclusion d'une étude effectuée par son équipe de recherche. Les professionnels de la santé de première ligne jouent un rôle essentiel dans l'évaluation du statut socio-économique des gens souffrant de maladies. L'accès à la nourriture, à la sécurité et à un logement est inextricablement lié à l'état de santé. Vu l'occasion qui s'offre d'aligner le PHCPI avec d'autres initiatives visant à créer des indices sur la couverture universelle des soins de santé, tenir compte des facteurs multidimensionnels qui ont une incidence sur l'état de santé est important.**

M^{me} Secci a remarqué que l'équipe avait eu beaucoup de difficulté à définir les soins primaires. Tout en tentant d'expliquer les principes sur lesquels reposent les bons systèmes de soins primaires, l'équipe du PHCPI a essayé d'élaborer une définition qui soit la plus englobante possible.

6. **Comment le Centre Besrou et le PHCPI peuvent-ils travailler ensemble ?**

Une collaboration entre le PHCPI et le Centre Besrou reposerait sur le plaidoyer et des efforts concertés vers l'atteinte d'un même but, à partir d'angles différents. Selon M^{me} Secci, il serait utile que le Centre Besrou utilise le cadre conceptuel qui sous-tend le PHCPI et communique un message uniforme aux différents types d'intervenants, aux facultés de médecine et aux ministères de la Santé, car nous devons faire preuve d'une grande cohérence. L'équipe du PHCPI serait ravie que des participants acceptent de se charger de l'élaboration d'un indicateur ou d'un ensemble de données. M^{me} Secci a souligné qu'il y a pénurie de données pour certains des indicateurs sur les systèmes de santé. Il serait utile de discuter des indicateurs pour lesquels des efforts concertés de communication des données sont nécessaires.

7. **Comment le PHCPI fera-t-il pour obtenir des données plus fiables sur les indicateurs de santé ?**

À l'aide d'un indicateur sur les effectifs en soins de santé.

8. **Le PHCPI pourrait-il également examiner la qualité des soins dispensés ?**

Selon M^{me} Secci, le GBM consacre beaucoup d'efforts et de ressources aux soins primaires. Le PHCPI exige des données fiables et comparables d'un pays à l'autre.

9. **Le PHCPI s'intéresse tout particulièrement au nombre d'agents de santé communautaires, d'infirmières et de sages-femmes par rapport à la taille de la population d'un pays, mais ces données n'incluent pas le nombre de médecins. Les médecins doivent être considérés comme un indicateur de la qualité des soins. Les participants ont insisté pour que ce commentaire soit transmis au GBM.**

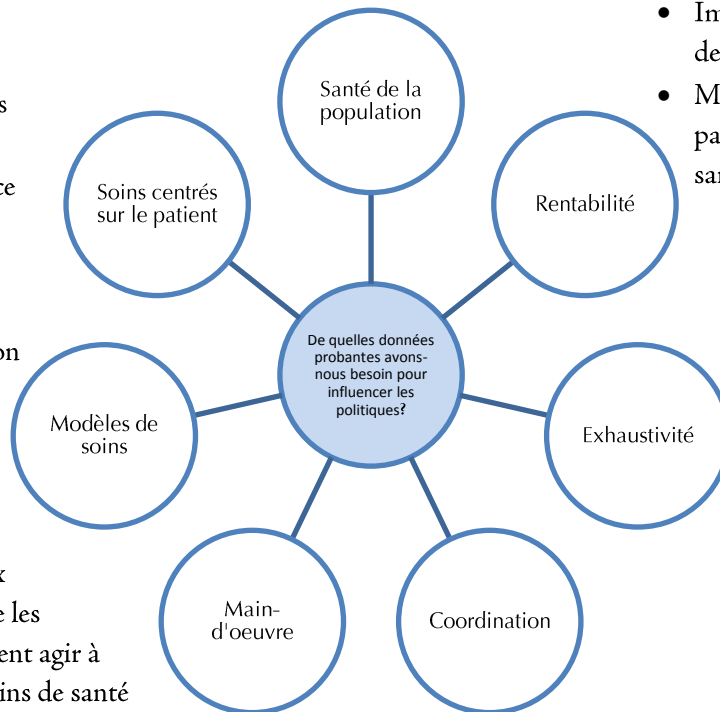
M^{me} Secci a indiqué que le PHCPI cherche à comprendre les situations où le premier point de contact avec le système de santé n'est pas un médecin, mais par exemple un pharmacien. L'objectif est de déterminer si les gens ont recours à des professionnels de la santé qualifiés pour obtenir des soins. Souvent dans les PRFI, le médecin n'est pas le premier point de contact des patients avec le système de soins.

Exercice Café mondial : Transformer les résultats de la recherche en politiques

L'exercice du Café mondial incluait un processus créatif visant à susciter des dialogues collaboratifs, à échanger des connaissances et à créer des possibilités d'action en petits groupes. Les délégués ont participé à des discussions en petits groupes et à une série de rondes de conversation de 20 minutes sur les questions suivantes : 1) — De quelles données probantes avons-nous besoin pour influencer les politiques ? 2) Comment incorporer ces données probantes dans le processus d'élaboration des politiques ? 3) Comment le Centre Besrou peut-il contribuer à la réalisation de cet objectif ? Les résultats de la discussion sont décrits ci-après.

Figure 1 : Collecte de concepts – De quelles données probantes avons-nous besoin pour influencer les politiques ?

- Données probantes pour persuader les patients de choisir les soins primaires
- Cartographier le cheminement/l'expérience des patients
- Recenser les dépenses engagées par les patients
- Données sur la satisfaction des patients
- Données comparatives sur les modèles de soins : médecine familiale par rapport aux soins primaires par rapport aux soins secondaires
- Données démontrant que les médecins de famille peuvent agir à titre de chefs de file en soins de santé familiale et contribuer au maintien en poste des agents de santé communautaire

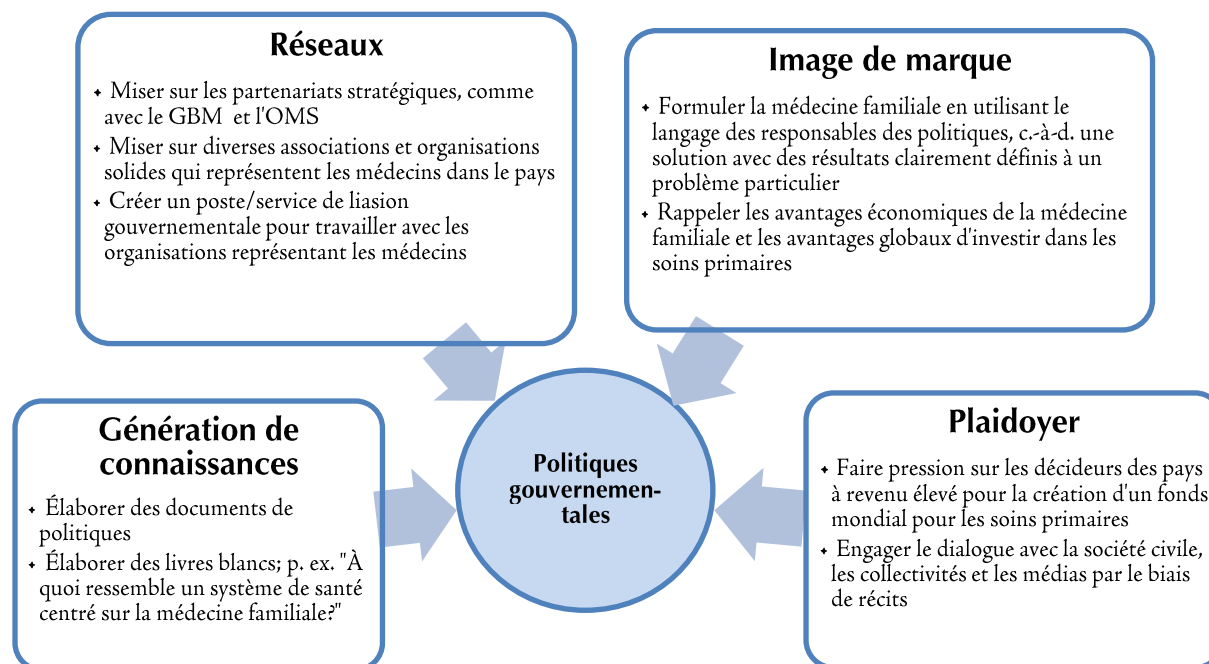


- Impact sur le fardeau de la maladie et le taux de mortalité
- Mettre l'accent sur des problèmes de santé particuliers ou un ensemble de problèmes de santé
 - Rentabilité de la médecine familiale par rapport au généralisme
 - Champ d'exercice
 - Efficacité des soins

Les méthodes pour générer ces données incluent :

- Études de cas qualitatives, approfondies et étoffées ; p. ex. réforme des soins primaires à Rio de Janeiro, Brésil
- Récits en médecine familiale
- Approche participative d'action rurale

Figure 2 : Collecte de concepts — Comment incorporer ces données probantes dans le processus d'élaboration des politiques ?



Comment le Centre Besrour peut-il contribuer à l'atteinte de cet objectif ?

- **Diffusion des connaissances**
 - Partager les expériences : les succès et les échecs. Qu'est-ce qui a fonctionné dans différents pays ? Comment a-t-on abordé les défis ?
 - Élaborer une série de documents de politiques : p. ex. Dengue : l'expérience de Rio
 - Fournir des données comparatives
 - Élaborer des approches personnalisées visant différents types de responsables des politiques
 - Utiliser les documents Besrour dans le cadre d'une stratégie de communication
 - Produire des nouvelles brèves sur les politiques et des vidéos YouTube percutantes
- **Renforcement des capacités**
 - Doter les médecins des outils nécessaires pour être des défenseurs des politiques
 - Organiser des ateliers ciblés sur les initiatives de plaidoyer
 - Appliquer l'expérience canadienne aux problèmes internationaux
- **Génération de connaissances**
 - Centraliser les données probantes et favoriser la production de nouvelles données probantes ; soutenir les collègues qui cherchent à produire des données probantes pour leurs propres programmes
 - Utiliser le site Web pour recueillir des idées et partager ce qui se passe dans les groupes de travail
 - Identifier des chefs de groupe plutôt que des groupes de travail
- **Image de marque**
 - Élaborer une définition claire de la médecine familiale et du médecin de famille
 - Obtenir l'aide du Centre Besrour pour l'élaboration de messages cohérents ciblant différents intervenants : chefs de file en matière de santé, patients et responsables des politiques
 - Contribuer au développement de l'image de marque de la médecine familiale dans différents pays avec les responsables des politiques et la société civile

- **Plaidoyer**
 - Déterminer le public cible
 - Cibler les décideurs et les leaders d'opinion

Ce que j'aime, ce que je me demande, ce que je suggère

Principaux auditeurs : D^{rs} Ruth Wilson et Enis Baris

Explorer le lien entre la médecine familiale et l'élaboration de politiques : D^r Enis Baris, directeur, Santé, nutrition et population, région de l'Europe et de l'Asie centrale, au GBM a présenté des idées et réflexions percutantes sur les thèmes et les questions soulevées par les participants durant la Conférence. Il a remarqué que les trois principales questions de la séance le touchaient parce qu'elles s'articulaient toutes les trois autour du mot « politiques ». D^r Baris a mentionné que même s'il y a beaucoup de praticiens compétents, la question est de savoir s'ils peuvent établir des relations avec les responsables des politiques. Il a en outre observé un changement dans le discours et l'analyse de la Conférence Besrou par rapport aux conférences précédentes. Il a félicité le Centre Besrou d'avoir élargi son approche, étroitement axée sur la médecine familiale, pour englober les liens entre les données probantes en médecine familiale, les politiques, les décideurs et le financement. Il a de plus souligné que le Centre Besrou consacre ses efforts à explorer une question cruciale : comment la médecine familiale peut-elle changer la réalité.

Définir les éléments constitutifs de la médecine familiale : D^r Baris a mentionné que le moment est opportun pour renforcer la médecine familiale étant donné l'harmonisation des efforts de l'OMS et du GBM pour faire progresser la couverture universelle des soins de santé. La synergie entre ces institutions multilatérales contribue à la mise en œuvre des soins primaires. Cependant, D^r Baris a remarqué que si de nombreux pays travaillent à la réalisation de la couverture universelle des soins de santé, la mise en œuvre est inégale, les établissements de santé de nombreux pays manquant de médecins qualifiés. Il a souligné le fait que la discussion est dorénavant axée sur l'objectif d'une « couverture efficace ». D^r Baris a proposé de se concentrer sur la médecine familiale comme partie intégrante des soins primaires. Comment la médecine familiale en contexte de soins primaires est-elle définie ? Par médecine familiale, entend-on la prestation de soins complets, globaux, coordonnés et continus, dans laquelle l'influence du statut socio-économique sur la santé est reconnue ? D^r Baris a insisté pour dire qu'essentiellement, la médecine familiale consiste à dispenser aux gens des soins de qualité. Il a remarqué que la médecine familiale va au-delà de la simple prestation de services ; elle implique également des relations avec des organisations comme les hôpitaux et les services de soins à domicile. La médecine familiale fait partie du système de soins de santé, au sein duquel les médecins de famille jouent un rôle central.

Expliquer l'utilité du Centre Besrou et du modèle canadien de soins primaires : D^r Baris a insisté auprès du Centre Besrou pour qu'il définisse la « valeur ajoutée » qu'il représente. Pourquoi les institutions voudraient-elles travailler avec le Centre ? Que gagnent les partenaires en s'associant au Centre ? D^r Baris a souligné le fait que le groupe Besrou est basé au Canada, un pays qui a constitué une base de données probantes en médecine familiale et qui a de nombreuses réussites à son actif. Le Centre Besrou pourrait faire part de l'expérience acquise au Canada dans les pays ciblés par le GBM et aider à faire connaître la mission de la médecine familiale et des soins de santé primaires. Le GBM investit dans les soins primaires depuis des décennies ; il a investi un milliard de dollars jusqu'ici. Selon M^{me} Secci, le Centre Besrou est idéalement positionné pour amener l'expérience canadienne au centre des discussions sur la médecine familiale, et contribuer à définir l'identité propre des médecins de famille et ses liens avec la satisfaction et le point de vue des patients. D^{re} Ruth Wilson a cité D^{re} Margaret Chan, directrice générale de l'OMS, qui soutient que la couverture universelle des soins de santé est l'intervention la plus efficace que les pays peuvent réaliser en matière de santé publique. La couverture universelle des soins de santé est la base des soins primaires. Le Centre Besrou pourrait aider à développer la capacité des associations nationales et des académies de médecine familiale, car ce sont des domaines où le Canada possède

d'importantes capacités. Les participants ont fait remarquer que les forces du Collège des médecins de famille du Canada se situent aux plans de l'enseignement, de la recherche et de l'élaboration de politiques. De telles forces peuvent être exploitées pour faire progresser le dossier de la médecine familiale dans les PRFI.

Les données sur la rentabilité ne suffisent pas pour faire avancer la médecine familiale : D^r Baris a indiqué que jamais un ministre des Finances ne lui a posé de questions sur la rentabilité de la médecine familiale. Les questions que ces ministres se posent souvent sont : « Est-ce que j'ai les moyens ? Comment vais-je convaincre les associations de spécialistes et les hôpitaux que je veux modifier le contrôle de l'accès aux soins de santé dans le pays ? Vais-je perdre toute crédibilité ? Y a-t-il un risque pour ma réputation ? Il y aura des élections dans deux ans. » D^r Baris a insisté sur le fait que la tâche ne consiste pas à fournir des données sur la rentabilité, mais bien à démontrer pourquoi la médecine familiale doit être implantée même si cela implique un fardeau à court terme pour réaliser des gains à long terme. Le Centre Besroul a-t-il des exemples d'implantations réussies dans le monde qui pourraient être diffusés ? Les données sur la rentabilité doivent être mises à disposition, mais telles quelles, ces preuves ne sont pas convaincantes. D^r Baris a observé qu'il est important de conceptualiser la notion de rentabilité et de déterminer dans quelle mesure ces données pourraient persuader les responsables des politiques lorsqu'ils doivent prendre des décisions. Certains participants ont fait remarquer que la rentabilité est un concept réductionniste.

Déterminer le « point charnière » en médecine familiale : D^r Baris a également encouragé les participants à prendre en considération le « point charnière » en médecine familiale. Il a partagé l'expérience qu'il a vécue lors d'une rencontre avec le ministre de la Santé du Bélarus. La mission impliquait la mise en place d'un nouveau système d'information sur la santé. Selon D^r Baris, la principale préoccupation du ministre était de contrer l'impact sanitaire négatif de la catastrophe nucléaire de Chernobyl sur la population. Sa motivation découlait d'une empathie émotionnelle et cognitive, et non de préoccupations de rentabilité. D^r Baris a insisté sur l'importance de comprendre les motivations et la mission des responsables des politiques et d'entrer en contact avec eux en tant que personne. D^{re} Wilson a posé la question suivante : Comment convaincre les responsables des politiques d'investir dans les soins primaires et la médecine familiale ?

Adopter une optique multidimensionnelle pour comprendre la médecine familiale : Certains participants ont reproché au PHCPI d'adopter essentiellement une approche verticale, dans laquelle les interventions sanitaires verticales sont considérées comme des interventions isolées, mais classées ensemble sous l'appellation « soins primaires ». Les participants étaient préoccupés pour le fait que l'on suppose que la médecine familiale équivaut à « la somme de ses parties ». Ils ont insisté pour dire que les soins primaires sont holistiques et que le Centre Besroul doit l'exprimer haut et fort. En outre, les participants ont remarqué la nécessité de prendre en considération le type de médecine familiale mis de l'avant. Souvent, on insiste sur une vision étroite, axée sur les aspects biomédicaux, et on accorde peu d'attention aux aspects psychosociaux. Comment la médecine familiale peut-elle adopter une approche des soins primaires axée sur la collectivité et pas simplement une approche biomédicale ?

D^r Baris a mentionné que le GBM se concentre sur les « soins intégrés » en Europe de l'Est. Selon lui, bien des gens présentent des pathologies multiples et complexes qui nécessitent une approche intégrée, car les systèmes actuellement en place dans la plupart des pays ne peuvent répondre d'une manière holistique aux besoins des patients qui présentent des comorbidités complexes. D^r Baris a encouragé le groupe à réfléchir aux soins intégrés au niveau conceptuel et au niveau pratique. L'OMS, par exemple, se concentre sur les soins intégrés centrés sur la personne. D^r Baris a remarqué que le développement des systèmes de santé est également influencé par la dépendance à la démarche établie : une fois qu'un pays a adopté une approche ou un système particulier, il est difficile de transformer le système sous-jacent.

Discussion de groupe

- D^r Bob Woollard a noté que les médecins de famille sont particulièrement influents en raison de leur crédibilité au plan clinique.
- M^{me} Secci a encouragé le groupe Besroul à envisager le rôle des médecins de famille dans des contextes où le secteur privé joue un rôle, souvent un rôle important, dans les milieux particulièrement démunis.

Les prochaines étapes

Modératrice : D^{re} Katherine Rouleau

D^{re} Rouleau a conclu les travaux de la Conférence et noté que pour le Centre Besroul, les prochaines étapes consisteront à se demander comment effectuer des recherches rigoureuses, qualitatives et quantitatives, à l'aide d'un Plan de recherche unifié.

Les participants ont discuté des orientations des futurs travaux du Centre Besroul. Les discussions ont permis de dégager plusieurs pôles qui aideront à modeler le Plan de recherche Besroul et contribueront, en fin de compte, à l'avenir de la médecine familiale.

Les pôles de recherche potentiels du Centre Besroul incluent :

Renforcement des capacités de recherche : Le renforcement des capacités s'est imposé comme thème prédominant tout au long de la Conférence. On a discuté du renforcement des capacités dans les PRFI et on a demandé aux partenaires internationaux comment le Centre Besroul pourrait aider ces pays à répondre à leurs besoins et à remplir leurs mandats. D^r Innocent Besigye (Ouganda) a insisté sur le fait que son pays a vraiment besoin de soutien sur le plan du renforcement des capacités. Bien qu'il soit nécessaire de recueillir des données, recueillir ces renseignements et ces données probantes demeure un défi, car les capacités sont insuffisantes. On a remarqué que compte tenu de son histoire, l'EMNO a un rôle important à jouer dans le renforcement des capacités et l'avancement de l'éducation en médecine familiale.

Efficacité des modèles de soins : Tout au long des travaux de la Conférence, on a discuté en long et en large de l'utilisation de modèles de soins pour démontrer la « valeur ajoutée » de la médecine familiale. D^{re} Rouleau a souligné que le modèle de médecine familiale canadien est efficace et que ce modèle pourrait être promu à l'échelle mondiale avec d'autres modèles de soins attestés ailleurs dans le monde.

Génération du savoir : Les délégués ont bien précisé que la communauté Besroul doit examiner comment elle peut contribuer à la génération du savoir et, au bout du compte, à l'avancement de la discipline de médecine familiale. Les points à examiner pourraient inclure :

- À quoi ressemble un système centré sur la médecine familiale ?
- Développement professionnel continu : Quelle est l'efficacité du DPC pour une cohorte de généralistes ? Dans quelle mesure est-il efficace d'instaurer le DPC dans tous les contextes ? La communauté du Centre Besroul pourrait-elle générer des données probantes comparatives sur le DPC ?
- Identification de cinq à six indicateurs de priorité à partir du cadre du PHCPI
- Engagement communautaire par l'éventuelle création d'un autre (sous—)groupe de travail Besroul
- Thèmes ou domaines cliniques particuliers
- Points de vue des patients et de la collectivité
- Déterminants sociaux de la santé
- Rôle des travailleurs de la santé

On a également abordé la question de la collecte des données. D^{re} Basia Siedlecki (EMNO) a proposé de profiter de la Conférence WONCA pour recueillir des données auprès de groupes de discussion et présenter des travaux de recherche. Cet événement attire des médecins de famille de partout dans le monde et offre au Centre Besroun un public des plus attentifs. Elle a également suggéré de recueillir des données auprès des patients et des chercheurs.

Stratégie d'application des connaissances : L'importance de l'application des connaissances pendant toute la durée du processus Besroun a été un thème récurrent chez les délégués. Comment le Centre Besroun peut-il utiliser une stratégie d'application des connaissances pour diffuser des messages clés ? Des participants ont suggéré de se pencher sur l'expérience des patients dans les PRFI, ce qui est souvent un moyen très efficace d'intégrer les points de vue et perspectives des patients relativement à l'accès à la médecine familiale.

D^{re} Katherine Rouleau a fait part d'une suggestion de D^r Steini Brown (Université de Toronto) selon laquelle le Centre Besroun doit intégrer du marketing à sa stratégie d'application des connaissances.

Plateforme de partage du savoir : Les délégués estimaient que le Centre Besroun devait fournir une plateforme de collaboration pour promouvoir le partage du savoir entre les partenaires et les intervenants. Comment nous y prenons-nous, en tant que communauté Besroun, pour offrir un processus et un lieu d'échange pour faire progresser le partage du savoir ? Les partenaires des pays du Sud ont insisté sur la nécessité de disposer de données probantes spécifiques au contexte et au pays, des données dont ils pourraient tirer parti dans leurs discussions et négociations avec les responsables des politiques. Le Centre Besroun pourrait fournir un éventail d'options parmi lesquelles les pays pourraient choisir divers types de données probantes : p. ex. études de cas, comportement des collectivités ou des familles en tant que microcosme, résultats sur la santé, rentabilité et satisfaction des patients.

Au moment où le Centre Besroun travaille à créer une structure permettant de relier divers groupes un peu partout dans le monde, une première approche pourrait consister à se concentrer sur les régions relevant de multiples partenaires, car le Centre ne peut répondre aux besoins individuels. C'est par l'intermédiaire des responsables des groupes de travail que se produit une part importante de la coordination et de la communication. Il pourrait être nécessaire à l'avenir d'identifier des sous-responsables pour les groupes de travail.

Ressource de recherche de financement : C'est D^{re} Anne Andermann (Université McGill) qui la première a lancé l'idée d'explorer le rôle que pourrait jouer le Centre Besroun en tant que ressource de recherche de financement. Elle a demandé s'il serait possible de mettre des micro-subsidies à la disposition des programmes pour mener des projets. À l'échelle locale, pourrait-on développer et mettre en œuvre un portail de type « rencontres express » où les participants Besroun pourraient présenter leurs projets à différents publics ? Le portail pourrait jumeler les programmes et leur permettre de présenter des demandes de financement. Les participants ont souligné qu'il était difficile de chercher du financement tout en faisant de la recherche sur les systèmes de santé.

Plaidoyer : Les délégués ont également exploré les outils et stratégies que le centre Besroun pourrait élaborer pour plaider la cause de la médecine familiale auprès des responsables des politiques. Comme outil potentiel à cet égard, les délégués ont suggéré d'effectuer une analyse des forces, faiblesses, possibilités et menaces (SWOT) des programmes et des approches dans le but de persuader les responsables des politiques.

Développement du personnel et recherche sur l'éducation médicale : Les délégués ont parlé de la nécessité de considérer la recherche sur le DPC comme un élément clé du Plan de recherche Besroun et comme un moyen de mobiliser les diplômés en médecine. Ils ont souligné l'importance d'assurer le suivi des étudiants en médecine et des résidents qui optent pour la médecine familiale. « Que font les diplômés en médecine familiale après leur formation ? » et « Où se retrouvent-ils ? » sont des questions souvent posées par les responsables des politiques. Le Centre Besroun doit contribuer à répondre à ces questions.

Aller de l'avant

Basé sur les commentaires des partenaires à la Conférence Besroux 2015 et tout au long de l'année, un Plan de recherche plus détaillé sera élaboré au cours des prochains mois. Ce plan orientera les contributions du Centre Besroux à la recherche sur la médecine familiale et les soins primaires.

Par les efforts soutenus de ses groupes de travail et une révision de son Plan stratégique, le Centre Besroux veillera également à ce que ses priorités et ses initiatives soient à l'écoute des membres de la communauté Besroux, aussi bien dans le Nord que dans le Sud.

À l'issue de la Conférence, les participants ont collectivement voté pour que la 5^e Conférence annuelle Besroux se tienne à Rio de Janeiro, au Brésil, à l'invitation des partenaires brésiliens du Centre, immédiatement avant la Conférence mondiale WONCA en novembre 2016.