



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

La 2^e Conférence internationale annuelle Sadok Besrouer sur la santé mondiale

**« Renforcer les fondations »
Rapport sommaire**

Du 5 au 8 novembre 2013
Hôtel Renaissance
Vancouver, Canada

Table des matières

Sommaire.....	3
Introduction.....	4
Remerciements.....	4
Jour 1 : Préparer le terrain – Présidente du Comité sur la santé mondiale du CMFC, D ^{re} Katherine Rouleau.....	5
Mot de bienvenue de la présidente et de la directrice générale et chef de la direction du CMFC – D ^{res} Marie-Dominique Beaulieu et Francine Lemire.....	5
Mise en contexte.....	5
Discours d’ouverture : « La médecine familiale : nouvelles perspectives » – D ^r Nulvio Lermen (Brésil).....	6
Jour 2 : Établir la médecine familiale comme un élément efficace, viable et central des systèmes nationaux de santé – D ^{re} Ruth Wilson, présidente.....	7
« La contribution unique de la médecine générale pour un système de santé efficace et équitable ? » – Animateur, D ^r Curtis Handford.....	7
Discussion.....	8
Panel du matin.....	9
« De la politique à la mise en œuvre : les leçons et les défis de la médecine familiale au Brésil. » – D ^r Nulvio Lerman.....	9
« La médecine familiale en Ontario : Une décennie de changement » – D ^r Josh Tepper....	11
Discussion du panel du matin.....	13
Travail en groupe, 1 ^{re} partie.....	14
Discussion du panel de l'après-midi.....	15
« La médecine familiale en Ouganda » - D ^r Innocent Besigye.....	15
« De l’engagement communautaire aux fondations universitaires : Miser sur l’expérience de l’École de médecine du Nord de l’Ontario » – D ^r Roger Strasser, doyen.....	17
Stratégies pour renforcer la médecine familiale : Leçons de la Tunisie » D ^r Ahmed Maherzi	19
Travail de groupe : 2 ^e partie.....	21
Mise sur pied des groupes de travail.....	22
Jours 3 et 4 - Définition de la feuille de route - D ^{re} Katherine Rouleau, présidente.....	23
La voie à suivre : Rapports des groupes de travail.....	23
Groupe 1 : Documents Besroun, dirigé par D ^r David Ponka.....	23
Groupe 2 : Troussets d'outils pour l'engagement communautaire, dirigé par D ^r Michael Dillon.....	25
Groupe 3 : Développement narratif, dirigé par D ^{re} Christine Gibson.....	28

Groupe 4 : Cadre pour la défense des intérêts, dirigé par D ^r François Couturier	31
Groupe 5 : Formation médicale continue et développement de la faculté pour les spécialistes qui enseignent la médecine familiale, dirigé par D ^{re} Lynda Redwood-Campbell	33
Réponse du panel	35
« Ce que j'ai vu et entendu » – D ^r Mulyadi (Indonésie)	35
« Ce que j'ai vu et entendu » – D ^r Robert Woollard (Canada)	35
Remarques finales.....	36

Sommaire

La 2^e Conférence Sadok Besrouer (du 5 au 8 novembre 2013) a poursuivi sur les efforts menés lors de la première édition de cette conférence. En novembre 2013, cette fondation d'intérêt pour la médecine familiale axée sur un réseau de santé mondiale a préparé le terrain pour trois jours de collaboration, qui ont abouti à des outils et stratégies tangibles visant non seulement à concrétiser la vision générale, mais aussi à concevoir des documents pour « plaider la cause » de la médecine familiale auprès des responsables des politiques et des doyens dans les pays représentés.

La conférence a réuni des professeurs de départements de médecine de famille et des délégués de 15 pays à revenu faible et intermédiaire. Les conférenciers ont offert leur perspective sur une vaste gamme de sujets, y compris la contribution unique des médecins généralistes, l'expérience du Brésil en soins primaires, les changements systémiques dans les soins primaires en Ontario au cours de la dernière décennie, les fondations académiques de l'École de médecine du Nord de l'Ontario et les leçons et expériences tirées de l'Ouganda et de la Tunisie. Ces séances ont été suivies de discussions animées qui ont permis aux délégués d'examiner les concepts critiques et les thèmes clés de manière plus générale.

Le principal objectif des séances était d'utiliser les renseignements fournis par les conférenciers et les connaissances issues des discussions pour cibler divers travaux prioritaires qui pourraient se traduire en produits à livrer tout au long de l'année.

À mesure que les thèmes se sont précisés, cinq groupes de travail ont été formés :

1. **Documents Besrouer** : Une série de documents qui pourraient contribuer à prouver la valeur de la médecine familiale.
2. **Trousse d'outils sur l'engagement communautaire** : Des outils comme des schémas/inventaires d'activités, des évaluations communautaires, des ateliers de formation pour les enseignants et des activités d'engagement communautaire conçues pour favoriser le partenariat avec la collectivité.
3. **Développement narratif** : La collecte d'études de cas qui ciblent les relations inhérentes qui sont un élément essentiel de la médecine familiale.
4. **Cadre pour la défense des intérêts** : Les outils qui aident à défendre les intérêts de la médecine familiale auprès des responsables des politiques.
5. **Ateliers de formation médicale continue et de développement professoral à l'intention des spécialistes qui enseignent la médecine familiale** : Le besoin de former les spécialistes chargés de former les premières cohortes de médecins de famille.

Le CMFC apportera son concours à ces groupes de travail pour les aider à parfaire les outils et stratégies qu'ils présenteront lors de la 3^e Conférence Besrouer à l'automne 2014.

Introduction

En 2008, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié son rapport pionnier intitulé *Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*.¹

Le rapport met en lumière le rôle central des soins de santé primaires dans la réalisation de l'objectif principal de « la Santé pour tous au 21^e siècle », établi à la Déclaration d'Alma Ata de 1978.²

En 2008, D^r Sadok Besrouer, médecin de famille montréalais, originaire de Tunisie, a eu l'idée d'explorer comment le CMFC pourrait contribuer à renforcer la médecine familiale à l'échelle mondiale. Plusieurs départements universitaires de médecine de famille canadiens participaient à des partenariats éducatifs avec des institutions de pays à revenu faible ou intermédiaire, mais, comme l'a observé D^r Besrouer, il y avait entre eux peu de communication ou d'échange. Il s'est mis à réfléchir non seulement à la façon dont ces liens pourraient être resserrés, mais au moyen de faire appel à des partenaires internationaux disposés à contribuer à un réseau de santé mondial centré sur la médecine familiale. D^r Besrouer a également posé une question très importante au Collège des médecins de famille du Canada (CMFC); s'il avait les ressources, que ferait le Collège pour aider à développer la médecine familiale à travers le monde?

« S'il avait les ressources, que ferait le Collège pour aider à développer la médecine familiale à travers le monde? »

C'est sur cette question que les Conférences Sadok Besrouer sur la santé mondiale ont commencé.

En novembre 2012, la première Conférence Besrouer a eu lieu à Toronto, Ontario, Canada. Bien que l'enthousiasme de la Conférence Besrouer 2012 ait été une précieuse source de validation, la prochaine question était de déterminer comment les participants à la conférence 2013 pourraient aborder l'objectif stratégique essentiel, défini en 2012. Comment les participants allaient-ils faire équipe pour collaborer et quel allait être l'objet de leur collaboration?

Cette 2^e Conférence Besrouer a été l'occasion pour les départements de médecine de famille canadiens et leurs partenaires de pays à faible et à moyen revenu (PFMR) de se rencontrer, d'échanger des idées et de collaborer. Près de 60 délégués représentant quinze pays se sont réunis pour transformer la vision de la Conférence Besrouer en outils et stratégies concrets afin de développer et de renforcer la médecine familiale à travers le monde, en ciblant particulièrement les dirigeants au sein du gouvernement et du milieu universitaire. Ce qui était clair en observant les délégués interagir dans un cadre informel et dans le cadre plus structuré d'une conférence, c'était qu'un esprit de collaboration et d'engagement profond animait tous les participants.

Ce qui suit est un résumé des travaux qui ont eu lieu sur trois jours en novembre 2013.

Remerciements

Merci à tous les délégués qui ont pris du temps et mis de côté le travail qu'ils font tous les jours pour y assister. Votre enthousiasme et votre engagement contribuent directement à la réussite de cette

¹Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2008. *Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé; 2008.

Consultable sur : www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf. Consulté le 12 mai 2014

²Organisation mondiale de la Santé [site Web]. Déclarations sur la santé dans le monde. Consultable sur : www.who.int/trade/glossary/story039/en/. Consulté le 12 mai 2014

conférence. Merci D^r Besrouer pour votre vision et votre soutien financier et moral afin de faire avancer ce travail essentiel.

Jour 1 : Préparer le terrain – Présidente du Comité sur la santé mondiale du CMFC, D^{re} Katherine Rouleau

Mot de bienvenue de la présidente, D^{re} Marie-Dominique Beaulieu, et de la directrice générale et chef de la direction du CMFC D^{re} Francine Lemire

La 2^e Conférence annuelle Sadok Besrouer a été amorcée par D^{res} Beaulieu et Lemire, qui ont souhaité la bienvenue aux délégués canadiens et internationaux. D^{re} Beaulieu a remercié la direction du CMFC, le Conseil d'administration du CMFC, et le Comité de la santé mondiale.

Pour donner le ton à l'événement, D^{re} Lemire a parlé de l'un des objectifs principaux du CMFC : la responsabilité sociale. Elle a souligné que le travail effectué lors des conférences Besrouer et la poursuite du développement des ressources cadrent bien avec cet objectif.

D^{re} Lemire a également parlé de relations, un thème qui met en relief la médecine familiale, la santé mondiale et les liens qui se tissent durant et en dehors de cette conférence. Elle a rappelé aux délégués que dans le cadre du processus de resserrement des relations, la collaboration ne devrait pas cesser à la fin de la conférence. On a encouragé les délégués à continuer de travailler ensemble pour poursuivre le travail initié durant cette conférence au cours de l'année qui vient.

« C'est formidable de voir les gens font la bise en se saluant. Je constate ainsi que l'esprit de « réunion de famille » dont nous avons parlé l'an dernier est toujours présent! »
D^{re} Katherine Rouleau

Mise en contexte

D^{re} Katherine Rouleau a fourni le contexte de la conférence de trois jours en soulignant son objectif principal : développer plusieurs sujets d'étude, qui pourront être approfondis au cours de l'année pour être ensuite téléchargés sur un espace virtuel pour servir de feuille de route à la médecine familiale à l'échelle mondiale.

D^{re} Rouleau a ensuite situé cette deuxième conférence dans le passé et dans l'avenir. La première conférence était centrée sur la consultation. Sa direction stratégique était d'établir la médecine familiale en tant qu'élément viable et essentiel des soins de santé dans le monde entier. La conférence de l'année prochaine, la troisième et dernière dans ce premier cycle de collaboration, sera centrée sur la communication et la diffusion d'outils et de stratégies. Ces outils incluront un espace virtuel qui permettra aux participants de se connecter les uns aux autres et avec leurs communautés, pour appuyer le développement de la médecine familiale en tant que discipline efficace et viable au sein de divers systèmes de santé.

Cette deuxième conférence lance l'initiative de collaboration ; le travail effectué au cours des trois jours aboutira d'ici un an. Les présentations, les outils proposés, et les groupes de travail créés élaboreront et guideront la création de matériel concret, qui pourra être utilisé non seulement par les délégués, mais par toute partie intéressée dans des stratégies mondiales sur la santé.

Discours d'ouverture : « La médecine familiale : nouvelles perspectives » – D^r Nulvio Lermen (Brésil)

Dans sa présentation, D^r Nulvio Lermen a donné des détails sur l'état de la médecine familiale dans son Brésil natal. Le Brésil est un grand pays, où la culture est diversifiée et la population répartie dans des régions vastes et parfois éloignées; c'est aussi un pays d'extrêmes de grande richesse et de grande pauvreté. L'argent dépensé sur les stades sportifs (soccer) et l'infrastructure des prochains Jeux olympiques a dépassé les dépenses des soins en santé au Brésil.

Malgré ces difficultés géographiques et financières, des équipes de santé familiale ont été mises sur pied pour fournir des services essentiels à la population. Les équipes comptent habituellement un médecin, une infirmière, un aide infirmier et entre quatre à dix agents de santé communautaire qui doivent vivre dans la communauté qu'ils aident à servir. Ce sont les agents de santé communautaires qui servent de lien entre l'équipe de soins de santé et la population. Chaque équipe de santé familiale est chargée d'un territoire et responsable non seulement de la santé de la population, mais de surveiller les conditions, comme l'hygiène, qui pourraient avoir une incidence sur la santé des membres de la communauté.

En comprenant très bien les conditions et la structure de la médecine familiale au Brésil, D^r Lermen a parlé de changements sur le plan de la santé mondiale et des conséquences de ces changements pour la médecine familiale. Il a mentionné des changements aux services sociaux et de santé qui influent sur la façon dont le médecin de famille interagit avec ses patients. Ces changements concernent deux secteurs clés : le premier, un « patient mieux branché » qui a accès à Internet et à ses réseaux de communication associés, comme Facebook, est plus exigeant d'une variété de services de santé et de mesures préventives et le deuxième, les médecins ont accès à de nouvelles technologies dont ils peuvent faire l'apprentissage pour le mieux-être des patients.

En plus des changements aux services sociaux et de santé, il y a aussi toute une gamme de changements démographiques auxquels les médecins doivent s'adapter, y compris la migration, la mondialisation, le vieillissement de la population, de plus grandes inégalités sociales, le déplacement des structures familiales, l'omniprésence croissante de sites de réseautage en ligne, et l'augmentation de distinctions culturelles et de barrières linguistiques. Parmi les changements au secteur de la santé, on compte une hausse de la comorbidité, de l'invalidité et de l'exclusion sociale.

Dans le contexte brésilien, D^r Lermen a parlé de certains des objectifs clés que les médecins de famille doivent viser afin de mieux répondre aux besoins de santé de la population. Au Brésil, la structure entière de la médecine familiale doit être renforcée par les responsables des politiques et les universitaires, les services de santé doivent être mieux promus à travers le monde, la preuve de la nécessité de la médecine familiale doit être présentée et la prise de décision doit être facilitée.

En mettant en évidence le travail accompli au Brésil par ces équipes de santé familiale dans le contexte plus large d'une culture de changement en médecine familiale, D^r Lermen a aidé à donner le ton pour les prochains jours de travail en positionnant le médecin de famille au centre de l'équipe de soins primaires.

Jour 2 : Établir la médecine familiale comme un élément efficace, viable et central des systèmes nationaux de santé – D^{re} Ruth Wilson, présidente

« La contribution unique de la médecine générale à un système de santé efficace et équitable » – Animateur, D^r Curtis Handford

D^r Curtis Handford est médecin de famille affilié à l'Université de Toronto et à St. Michael's Hospital, hôpital d'enseignement urbain qui dessert des populations urbaines défavorisées, à Toronto, (Ontario). D^r Handford s'intéresse surtout au traitement de la toxicomanie.

D^r Handford a donné le coup d'envoi à la deuxième journée de la Conférence Besrour en exprimant ce qu'il pense du rôle unique du généraliste en soins primaires. Il a exploré le concept du généralisme et du médecin (de famille) généraliste et discuté de la façon dont le médecin de famille sert de point d'ancrage au système de santé canadien.

« L'essence des compétences du généraliste est de s'occuper de « patients non sélectionnés présentant des conditions non sélectionnées ».

Les généralistes composent avec des populations entières, de la petite enfance au troisième âge. Ils pratiquent dans un ou plusieurs milieux, dont de milieux ambulatoires, domiciliaires et hospitaliers ou autres établissements de soins, en fonction des besoins de la communauté. Ils font face à des problèmes aigus courants, prennent en charge les soins de longue durée de leurs patients et gèrent souvent des problèmes psychosociaux.

D^r Handford a présenté l'étude souvent citée de Green et coll.³ et fait remarquer que les trois quarts de la population présenteront un certain type de symptôme médical à un moment donné, au cours d'un mois donné. De ce nombre, environ 200 consulteront un médecin, et de ces 200, un plus petit nombre visitera un hôpital ambulatoire et un nombre encore plus petit se rendra à l'urgence. De ceux qui se rendent à l'urgence, environ 1 sur 1000 sera admis à l'hôpital.

Si nous retenons de cette information qu'un volet du rôle du médecin de famille est de maintenir les gens en bonne santé et dans leur communauté, enseigner la médecine familiale dans les hôpitaux ne reflète donc pas ce que verra le médecin de famille dans une pratique familiale typique. Étant donné que l'essentiel des compétences du généraliste consiste en son caractère d'ensemble acquis en traitant « des patients non sélectionnés présentant des conditions non sélectionnées », l'identification de maladies au tout premier stade ne s'apprend pas facilement en milieu hospitalier, où la maladie des patients est généralement plus avancée.

Les médecins de famille ont à relever le défi d'avoir à traduire et à intégrer de nombreuses sources de données pour répondre aux besoins de leurs patients souffrant d'affections multiples. La majorité des lignes directrices s'adressent à une seule maladie et non pas à l'occurrence combinée de plusieurs maladies. Le généraliste mise sur la connaissance cumulée qu'il a de son patient pour offrir des recommandations pour le traitement de plusieurs affections. Cette accumulation de connaissances n'est pas le simple résultat d'une expertise technique quelconque, mais de la relation que le généraliste doit cultiver avec son patient. Ces principes de généralisme doivent être enseignés aux stagiaires en médecine familiale. Si leur formation se limitait à ce qu'ils apprennent dans les hôpitaux

³Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 2001;344:2021-2025.

d'enseignement universitaire, ils manqueraient des éléments essentiels inhérents à la formation d'un médecin de famille qui offre des soins complets et globaux.

Même si la documentation qui définit la valeur du rôle de généraliste va en augmentant, et même si dans des pays comme le Canada, le médecin de famille est un élément essentiel bien établi de la structure des soins de santé primaires, il reste des défis et d'autres possibilités. Il est impératif que les médecins de famille continuent d'expliquer aux responsables des politiques la nature de leurs compétences afin de faire comprendre le rôle du généraliste comme point d'ancrage de la structure des soins de santé primaires.

Discussion

Le débat qui a suivi l'exposé du D^r Hanford a été animé, surtout entourant deux points importants : 1) les outils de mesure pour comprendre le travail du médecin de famille; et 2) la façon dont la médecine familiale est enseignée.

La discussion sur les outils de mesure était centrée sur les aspects non mesurables de la médecine familiale. Dans le cas de la médecine familiale, comment peut-on mesurer la qualité des soins ou le temps requis pour établir le traitement du patient? De même, comment peut-on établir une mesure de la capacité des médecins à discerner si un symptôme mérite d'être étudié plus à fond? Enfin, comment les médecins de famille peuvent-ils quantifier le temps qu'il faut pour établir un rapport de confiance avec un patient?

Au fur et à mesure de la discussion, on a pu voir que la partie non quantifiable du travail effectué par le médecin de famille est considérable, et qu'il n'y a pas de réponse facile sur la façon de mesurer ce travail avec les outils courants. Il est important de noter que même si les sondages sur la satisfaction des patients servent souvent d'indicateur clé de la réussite du médecin, ils sont parfois peu fiables.

Intrinsèquement, les techniques de mesure normalisées des médecins, comme les techniques centrées sur les résultats, l'impact et la qualité, ne peuvent pas être facilement appliquées au médecin de famille. Ceci peut aussi influencer le paiement. Il n'y a pas de réponse facile à ces questions; il faut plutôt de meilleurs outils de mesure en médecine familiale pour apprécier pleinement le rôle que joue le médecin de famille. Le groupe a reconnu que le processus de mesure du travail non quantifiable du médecin de famille est un « art ».

Le deuxième sujet de discussion portait sur l'apprentissage de la médecine familiale. Comme D^r Hanford l'a mentionné dans son discours, la formation des médecins a généralement lieu en milieu hospitalier. Comme un répondant l'a souligné, l'apprentissage de la médecine familiale dans un hôpital s'apparente à l'étude de la foresterie dans une cour à bois. En d'autres termes, sans pouvoir enseigner la médecine familiale dans un cadre communautaire, l'enseignement de la médecine familiale ne sera pas adéquat. On a convenu que veiller à ce que la médecine familiale soit enseignée à l'extérieur du milieu hospitalier est tout à fait essentiel.

Panel du matin

Animateur, D^r Curtis Handford

Membres du panel : D^r Nulvio Lerman (Brésil) et D^r Joshua Tepper (Canada)

« De la politique à la mise en œuvre : les leçons et les défis de la médecine familiale au Brésil. » –

D^r Nulvio Lerman

Au cours des années 1980, le système de santé brésilien était basé sur la structure de l'hôpital. Au cours des années 1990, ce système a commencé à changer, passant d'un système basé sur l'hôpital à un système d'équipe de santé familiale comptant un médecin, une infirmière, un aide infirmier et entre quatre à dix agents de santé communautaire (cinq à six étant la norme).

Ces équipes travaillent dans les unités de soins de santé primaires et ont accès à un système de soutien plus étendu formé de psychologues, travailleurs sociaux, physiothérapeutes, nutritionnistes, etc.

Chaque équipe travaille à l'intérieur d'une région géographique et elle est responsable des patients de ce territoire. Chaque territoire compte en général de 3 000 à 4 000 personnes. La tâche principale de l'équipe est de surveiller et d'examiner l'état de santé des patients de la région. Il est essentiel de comprendre les structures sociales et communautaires pour dispenser les soins appropriés. La santé publique, la promotion de la santé et la prévention sont les principaux objectifs de chaque équipe de santé familiale.

« Aujourd'hui, 30 000 équipes de santé familiale travaillent avec plus de 230 000 agents de santé communautaire. Les soins de santé primaires au Brésil ne représentent pas seulement un énorme progrès pour la santé de la population, mais aussi une plus grande inclusion sociale ».

Les agents de santé communautaires de chaque équipe doivent vivre dans la région qu'ils desservent de sorte à connaître les problèmes et les défis de la collectivité. Ces équipes fournissent les compétences en facilitation et en communication nécessaires entre les prestataires de soins de santé et les membres de la communauté, et sont le cœur de la stratégie des soins de santé primaires du Brésil.

Avant l'institution de ces équipes au cours des années 1990 (après une période de mise en œuvre de trois ans), le Brésil a en 1988 adopté un système de couverture universelle des soins de santé. Entre 1998 et 2008, la couverture s'est considérablement améliorée; les équipes de santé familiale ayant pris racine et commencé à répondre aux besoins de la population.

Aujourd'hui, il y a plus de 30 000 équipes de santé familiale qui travaillent avec plus de 230 000 travailleurs de la santé communautaire. Les soins de santé primaires au Brésil ne représentent pas seulement un énorme progrès pour la santé de la population, mais aussi une plus grande inclusion sociale.

Au cours de la dernière décennie, les ressources en soins primaires ont augmenté et on a vu des preuves mesurables que ces équipes de santé familiale ont fait une différence. La recherche démontre que chaque augmentation de 10 pour cent de la couverture des soins de santé primaires réduit de 0,6 pour cent la mortalité infantile. Cela démontre que les équipes de santé familiale ont un impact positif. De plus, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) attribue la baisse de mortalité infantile au Brésil à la décision de passer d'un modèle basé sur l'hôpital à un modèle communautaire. Ces chiffres ne sont pas uniquement attribuables à la mise sur pied de l'équipe de soins de santé familiale; l'alphabétisation, l'accès à l'eau potable, des revenus familiaux plus élevés et une augmentation du nombre de fournisseurs de soins de santé ont tous contribué à la baisse du taux de mortalité infantile.

La recherche dans le nord-ouest du Brésil, la région la plus pauvre du pays, révèle qu'avec la mise sur pied des équipes de soins de santé familiale, cette région a réduit son taux d'hospitalisation dû à la malnutrition à un niveau correspondant à celui du reste du pays.

Ces changements positifs au Brésil depuis 1988 sont attribuables à la mise sur pied de l'équipe de santé familiale, aux responsabilités accrues des équipes, au soutien des patients, et à une plus grande importance politique accordée aux soins de santé primaires.

Malgré des changements positifs, il reste des défis à relever. Par exemple, la mauvaise gestion du système de santé familiale en général, un taux élevé de roulement du personnel, une pénurie de professionnels de la santé familiale qualifiés et le monde universitaire, qui a tardé à apporter les changements nécessaires pour soutenir les médecins de famille, restent des défis à relever. D^r Lerman a souligné la nécessité de développer les capacités de soutien de la gestion et de l'infrastructure des soins primaires, d'acheminer les fonds aux universités qui appuient les soins primaires, et d'améliorer l'intégration entre l'équipe de santé familiale et le reste du système.

Discussion

Le discours de D^r Lerman a également suscité un dialogue animé; de nombreux délégués ont été très intéressés par le travail qui se fait en médecine familiale au Brésil. Les délégués ont partagé leurs points de vue, dans les contextes canadien et international.

Un délégué canadien a fait remarquer qu'il y a un manque de considération inhérent du rôle du médecin généraliste au Canada, tout comme D^r Lerman l'a souligné pour le Brésil. Au Canada, la source de ce manque de compréhension fondamental du rôle essentiel du médecin de famille est patronnée dans les universités, où jusqu'à récemment, on ne considérait pas la médecine familiale comme une option viable. Ce préjugé pédagogique a alimenté une perception culturelle déjà profondément enracinée, que le médecin de famille est essentiellement un spécialiste manqué. Bien que le groupe reconnaisse qu'au Canada, cette situation est en train de changer, on a demandé à D^r Lerman ce que Brésil fait pour traiter de cette question.

D^r Lerman a fait remarquer que les changements à l'éducation étaient des précurseurs de changements à la culture. Il est bien connu que les systèmes d'éducation sont lents à changer. Par conséquent, apporter des changements dans ce domaine va d'abord aider à ouvrir la voie à un changement culturel plus étendu, qui tend à se produire plus rapidement. À l'heure actuelle, au Brésil, les stagiaires ne passent que trois à quatre mois de stages en médecine familiale. Toutefois, de nouvelles règles ont été établies pour augmenter à 1,5 an la durée des stages en médecine familiale. On espère que cette approche, même si elle n'est pas parfaite, contribuera à changer la perception culturelle.

Un délégué a fait remarquer qu'en Ouganda, il y a des pratiquants sans aucune formation en résidence; il a demandé quels sont les incitatifs dont le Brésil se sert pour faire augmenter la participation aux programmes de résidence en médecine familiale. D^r Lerman a expliqué qu'au Brésil, des incitations financières seront offertes aux universités qui changent leur programme pour inclure une formation en résidence en médecine familiale.

La conversation s'est ensuite détournée de certains des côtés plus pratiques de la formation en médecine familiale vers la prestation des soins primaires. Il y a eu discussion sur le pourcentage de

temps qu'un médecin de famille consacre à la consultation des patients au Brésil, et D^r Lerman a noté que les médecins de famille passent près de 80 pour cent de leur temps à la prestation directe de soins aux patients.

La conversation a ensuite passé à l'étendue selon laquelle la réforme des soins de santé primaires au Brésil repose sur l'inclusion du médecin de famille dans l'équipe de soins de santé. La mesure dans laquelle le médecin de famille fait partie de l'équipe de santé familiale a-t-elle une influence sur la santé de la population? Parmi les mesures clés dont on a discuté dans la matinée, en existe-t-il qui appuient la nécessité d'inclure le médecin de famille dans l'équipe de santé primaire?

Ce qui rend le cas du Brésil si intéressant, c'est l'existence de statistiques qui appuient l'importance du médecin de famille au sein de l'équipe de santé familiale. Comme Dr Lerman l'a souligné, les équipes dirigées par des infirmières fonctionnent bien, mais il est prouvé que l'équipe de santé familiale est plus forte et que les patients sont gagnants lorsqu'un médecin de famille fait partie de l'équipe (un médecin de famille qui consacre près de 80 % de son temps aux patients). Le groupe s'entend pour affirmer que cette recherche en provenance du Brésil gagnerait à être partagée non seulement avec le groupe, mais avec les responsables des politiques à tous les niveaux à travers le monde entier.

« *La médecine familiale en Ontario : Une décennie de changement* » – D^r Josh Tepper

D^r Tepper a entamé sa présentation par une question clé : quelle est l'importance du médecin de famille? Si la réponse toute simple est que le rôle du médecin de famille est essentiel, pourquoi il y a vingt ans, les étudiants en médecine ne choisissaient-ils pas la médecine familiale comme spécialité?

Il y a plusieurs années, le *magazine Maclean* a publié un reportage sur le médecin de famille et a rapporté que plusieurs estimaient que leur statut avait été diminué, qu'ils n'étaient pas au diapason des patients, et qu'ils travaillaient très fort pour peu de gain. Les questions de morale abondaient et, du point de vue du système de santé, il s'agissait d'une crise d'accès aux soins.

C'est sur cet historique qu'entre 1995 et 2005, l'Ontario a consciemment commencé à modifier sa politique en vue de passer du cadre de la médecine familiale à celui des soins primaires. En Ontario, les soins de santé primaires ont été définis par le gouvernement pour signifier le premier point de contact entre le patient et le système de soins de santé. Le prestataire de soins primaires est le navigateur du système de soins de santé et s'occupe de la prévention des maladies et de la promotion de la santé. La notion de soins 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, de relier les patients aux médecins, d'aider les médecins à cibler la population qu'il servira, du financement basé sur les soins aux patients, et des soins préventifs et complets a été élaborée dans le contexte de ce virage.

Une évolution graduelle entre les modèles de paiement à l'acte et un modèle de soins complets et globaux a commencé à prendre forme. Les patients étaient davantage impliqués et ces nouveaux modèles de soins sont devenus la norme. Ceux qui travaillaient à ce changement de politique ont également compris qu'il n'existait pas de modèle unique pouvant convenir à toute la population. Il n'y avait pas de solution miracle; les modèles devaient être différents, mais devaient tous s'appuyer sur les principes clés des soins de santé primaires.

Bien qu'il semble y avoir eu un changement linéaire et clair dans l'approche de l'Ontario à l'égard des soins primaires, D^r Tepper a

« Les résidents en médecine familiale sont maintenant acceptés par les groupes de pratique clinique, la capacité a été élargie, et les cursus ont été innovés. Résultat : une augmentation de 70 pour cent du nombre de médecins de famille depuis 1995 »

précisé que ce changement n'avait été ni facile, ni linéaire. Il y a eu nombre de tentatives et d'erreurs avant d'atteindre ce stade.

D^r Tepper a également fait remarquer que ce nouveau système présentait des défis. Il fallait dispenser des soins à des populations diversifiées, réparties sur une zone géographique étendue, et aucune solution toute faite n'allait faire l'affaire. Il fallait aussi se pencher sur la question de l'accès aux soins après les heures régulières. Bien que les soins 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 se veuillent d'être la norme, cela ne signifie pas que le médecin devait perpétuellement être enchaîné à son téléavertisseur; il fallait plutôt créer des systèmes et des structures pour mettre en place un système de soins 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

La rémunération s'est éloignée d'un modèle de paiement à l'acte, ce qui a porté le revenu moyen d'un médecin de famille plus près de la fourchette de celui des autres médecins. Des modèles interdisciplinaires et interprofessionnels de soins ont également été explorés afin de renforcer les capacités du système de cette nouvelle structure basée sur les soins primaires.

Il fallait aussi adapter les programmes de médecine familiale. Les résidents en médecine familiale sont maintenant acceptés par les groupes de pratique clinique, la capacité a été élargie, et les cursus ont été innovés. En conséquence, le nombre de médecins de famille a augmenté de 70 pour cent depuis 1995. Selon D^r Tepper, les établissements universitaires ont relevé le défi de la restructuration du système et jouent aujourd'hui un rôle essentiel dans l'histoire de l'Ontario.

D^r Tepper a également rappelé aux délégués que bien qu'il ait fallu ce changement pour promouvoir les soins primaires, il s'est produit à une époque où les ressources étaient abondantes pour appuyer un changement systémique d'une telle envergure.

Discussion

La conversation soulevée par l'exposé de D^r Tepper a commencé par un rappel de la part d'un délégué qui estime que, même si beaucoup de travail d'intégration de la médecine familiale aux structures de soins primaires a été accompli au cours des vingt dernières années, les médecins de famille avaient déjà fait beaucoup de travail durant les années 1960 et 1970. D^r Tepper a précisé que même si des innovations en médecine familiale avaient été réalisées en dehors de la période dont il a parlé, ce n'est que depuis les vingt dernières années que des modèles de pratiques avaient été déployés à plus grande échelle.

C'est dans ce cadre et le contexte de ce rappel que le reste du discours suivit. Tout comme cela s'est produit après la présentation de D^r Hanford sur le rôle du généraliste, la nécessité de meilleurs outils de mesure des résultats des patients a été soulevée. D^r Tepper a réitéré les remarques énoncées plus tôt et indiqué que la preuve de l'impact de la médecine familiale n'est pas encore claire au Canada. Le moral du médecin de famille est meilleur, mais la preuve de l'impact n'est pas encore là.

Le groupe s'est entendu qu'il fallait aborder un plan de développement de la médecine familiale. Les problèmes de qualité des soins doivent être abordés et il fallait plus de données pour « plaider la cause » de la médecine familiale. En discutant des outils de mesure, le groupe s'est penché sur la nature du système de santé en tant que système biologique complexe et la nécessité d'une unité d'analyse qui pourrait prendre en compte la relation entre ce système complexe et les patients.

Ce manque de clarté quant à l'unité d'analyse signifie souvent que le rôle des relations en médecine familiale n'est souvent pas adéquatement étudié. Comme pour la discussion qui a eu lieu plus tôt, le groupe a déterminé qu'il est essentiel de mieux adapter les techniques de mesure et prendre en compte le rôle unique du médecin de famille.

Discussion du panel du matin

Le premier sujet de conversation abordait deux questions : la première à savoir si le nombre d'équipes de santé familiale en Ontario avait été bloqué, et la deuxième était centrée sur des résultats de qualité et les outils de mesure mentionnés plus haut. Comme les délégués l'ont fait remarquer, on s'était efforcé surtout de saisir le nombre d'heures où les équipes de soins primaires étaient accessibles pour les patients et le nombre de patients accueillis en consultation, mais il y avait peu de données pour mesurer la qualité de cette interaction.

Le groupe a déclaré qu'il est important de considérer que l'imposition d'une limite au nombre d'équipes de santé familiale en Ontario ne soit pas vue comme négative. Le simple processus de déployer des équipes n'est pas une réponse appropriée à cette question complexe. L'objectif est de déterminer les besoins dans une région et d'appliquer la solution efficace, qui dans certains cas, pourrait ne pas être une équipe de soins de santé primaires, mais possiblement d'autres professionnels de la santé. Il faut aussi noter que l'Ontario est en récession et que les budgets ne sont pas aussi généreux qu'ils l'ont peut-être déjà été. Ces facteurs doivent également être pris en compte avant le déploiement des équipes de soins de santé primaires.

Les données sur la qualité de l'interaction médecin-patient sont rares et les outils de mesure utilisés dans ce domaine sont fondamentalement defectueux. Il faut plus de travail pour garantir que ce que nous entendons par qualité puisse être mesuré plus adéquatement dans le contexte du médecin de famille. On a aussi discuté de l'unité d'analyse dans un système de soins de santé complexe. Une meilleure compréhension de l'unité d'analyse donnera de meilleurs résultats.

D'autres questions ont été soulevées sur les systèmes d'éducation au Canada et au Brésil, et la façon dont ces systèmes pourraient servir dans d'autres pays où il y a pénurie de médecins de famille. Comme noté auparavant, le Brésil utilise une méthode d'incitatif financier pour encourager les universités à améliorer leur formation en médecine familiale. Bien que le Canada n'offre pas d'incitatif financier, l'infrastructure canadienne est à la fois bien développée et bien établie, permettant une adaptation variée des systèmes d'éducation.

Pour terminer, le groupe a réitéré que la preuve présentée par D^r Lerman sur l'avantage du médecin de famille au sein de l'équipe de santé familiale aurait beaucoup de poids pour plaider la cause du rôle du médecin de famille auprès des responsables des politiques et autres parties.

Principaux thèmes

D'après les discussions qui ont suivi chaque présentation et dans le contexte plus général du panel du matin, plusieurs thèmes ont été dégagés et étudiés sous l'optique de chaque conférencier :

- Les outils de mesure qui enregistrent adéquatement les nuances et les aspects du développement des relations de la médecine familiale doivent être améliorés
- Des fondations universitaires solides en médecine familiale sont essentielles non seulement pour assurer la formation des médecins de famille, mais aussi pour promouvoir un changement culturel entourant la façon de percevoir des médecins de famille

- Les données qui appuient la nécessité d'inclure le médecin de famille dans l'équipe de soins de santé primaires auront beaucoup de poids pour plaider la cause de la médecine familiale auprès des instances politiques.

Travail en groupe, 1^{re} partie

On a demandé aux délégués de former des petits groupes et, en tenant compte de l'information présentée par les conférenciers et leur propre expérience, déterminer de un à trois sujets d'étude pour les groupes de travail Besrour. Cinq petits groupes ont participé à une discussion.

Au fur et à mesure que les groupes ont fait rapport à la délégation, une série de thèmes communs se sont dégagés.

Ces thèmes étaient axés sur le développement de documents et de données probantes dans les domaines suivants :

1. **Définitions :** Il faut définir *médecin généraliste*? Qu'entend-on par médecin de famille efficace qui offre des soins complets et globaux? Comment l'a-t-on opérationnalisé dans des contextes différents? Que signifie globalité?
2. **Données probantes :** Fournir une justification fondée sur des données probantes pour le généraliste expert, qui offre des soins complets et globaux, en tant que partie intégrante d'un système de santé. La preuve doit inclure une revue systématique dans ce domaine. Quelles méthodes de recherche ont servi pour déterminer les données probantes?
 - a) Des études de cas et l'élaboration d'un récit authentique
 - b) Mesurer l'impact de la médecine familiale compétente qui offre des soins complets et globaux (utiliser les partenariats mis en place pour le faire)
 - c) Protocoles de recherche et d'évaluation
 - d) Réussite et, tout aussi important, échec de mettre en pratique les leçons apprises
 - e) Outils démographiques
 - f) Outils de mesure de l'accès aux soins
3. **Représentation :** Outils pour aider ceux qui plaident la cause auprès des instances politiques :
 - a) L'argumentaire éclair, ou argument de 30 secondes qui fera mieux comprendre l'importance du médecin de famille
 - b) Une liste de contrôle, une trousse d'outils ou du matériel qui pourraient être utilisés comme modèles pour la représentation
 - c) Utiliser les données probantes pour plaider la cause
4. **Éducation et cursus :**

Objectifs : Les groupes s'appuient sur leur propre expérience et sur l'information présentée par les conférenciers pour générer des idées sur :

- Ce qu'il faut inclure dans une feuille de route en réponse aux questions posées lors du panel du matin?
- Ce qu'il faut clarifier pour qu'un groupe de travail puisse aborder ces questions?
- Les meilleures possibilités pour qu'une collaboration internationale aide à répondre à ces deux questions?

- a) Intégration précoce de la médecine familiale au cursus en utilisant des normes d'accréditation
- b) Outils pour aider à soutenir les programmes adaptés
- c) Les outils et stratégies pour accroître l'enseignement de la médecine familiale au niveau prédoctoral sous forme de leçons apprises, listes de contrôle, etc.
- d) Méthodes pour accroître le recrutement au niveau postdoctoral
- e) Outils qui facilitent l'apprentissage et l'enseignement à distance

5. Occasion de financement :

- a) Inventaire simplifié des possibilités de financement

Discussion du panel de l'après-midi

Animateur, D^r Howard Bergman

Membres du panel : D^r Innocent Besigye (Ouganda), D^r Roger Strasser (Canada) et D^r Ahmed Maherzi (Tunisie)

D^r Howard Bergman est président et professeur de médecine familiale à l'Université McGill à Montréal (Québec). Il s'intéresse aux soins des personnes âgées sur le plan de la pratique clinique et de la recherche. Il participe à une variété d'initiatives en santé mondiale depuis nombre d'années.

D^r Bergman a ouvert la séance de l'après-midi en discutant de la médecine familiale dans le contexte de la santé mondiale. Il a souligné que, malgré les difficultés, les choses se sont améliorées, particulièrement au cours de la dernière décennie. La médecine familiale a gagné le respect des gouvernements et du public. On a pris davantage conscience que la maladie chronique est le moteur du système de soins de santé et que ce n'est qu'en basant le système sur la médecine familiale et les soins de santé primaires qu'il peut être durable.

On a également largement pris conscience de ce changement sur le plan académique, où la médecine familiale s'est développée en discipline académique viable, qui aujourd'hui contribue considérablement à la formation médicale.

« La médecine familiale en Ouganda » - D^r Innocent Besigye

D^r Besigye a commencé son exposé en rappelant aux délégués que l'Ouganda est tout à fait différent des autres pays dont on a discuté jusqu'à présent.

En 1989, la formation en médecine familiale a commencé lorsque Professeur Ross, de l'Université Memorial de Terre-Neuve, s'est rendu à l'Université Makerere en Ouganda. Bien que le programme ait pris forme durant une ère de financement, une fois les fonds épuisés, l'appui du programme s'est éteint.

Le département de médecine familiale existait toujours depuis sa création, mais il y avait très peu d'activité jusqu'en 2008, quand D^r

« Pour la majorité des Ougandais, le guérisseur traditionnel et non pas le médecin de famille est le premier point de contact pour les soins. C'est dans ce contexte de médecine traditionnelle que la médecine familiale se développe. »

Besigye et un collègue ont collaboré pour relancer le département. Aujourd'hui, dix personnes y travaillent. La médecine familiale est également enseignée dans un nouveau collège de médecine, centré sur la médecine familiale, à Kampala.

D^r Besigye a rappelé aux délégués les structures culturelles qui encadrent l'évolution de la médecine familiale en Ouganda. Pour la majorité des Ougandais, le guérisseur traditionnel reste le premier point de contact pour les soins, et non pas le médecin de famille. C'est dans ce contexte de médecine traditionnelle que la médecine familiale se développe.

Il a également mentionné une série d'efforts de collaboration pour développer la médecine familiale en Ouganda, y compris le travail et le financement par les organismes suivants :

- Agence canadienne de développement international (ACDI)
- Services et occasions de bénévolat à l'étranger qui sont en cours de mise en œuvre
- *Global Health through Education, Training and Service* (GHETS) (Santé mondiale à travers l'éducation, la formation et le service)
- Réseau PRIMAFAMED
- *Friends of Family Medicine in Uganda* (Amis de la médecine familiale en Ouganda)
- *Hillman Medical Education Fund* (Fonds Hillman pour l'éducation médicale)
- *East Africa Family Medicine Initiative* (Initiative de médecine familiale de l'Afrique de l'Est)

Parmi les réalisations en Ouganda jusqu'ici, on compte la reconnaissance de la spécialité en médecine familiale par le gouvernement en 1989, l'augmentation de l'activité des départements de médecine familiale et du nombre de stagiaires en médecine familiale et le développement de la formation de premier cycle en médecine familiale. Les principaux enjeux et défis demeurent, dont la nécessité de définir la médecine familiale dans le contexte africain, l'exigence d'une intégration et orientation communautaire plus poussée, la nécessité de s'éloigner des programmes en milieu hospitalier, un manque de preuves à l'appui de la médecine familiale, et des changements de politique plus nombreux à l'appui des médecins de famille.

D^r Besigye a conclu son discours sur une note d'espoir. Bien qu'il reste du travail à faire, le rapport de l'OMS de 2008 sur le rôle des soins de santé primaires dans la prestation de « la santé pour tous »⁴, le soutien de la médecine familiale par le gouvernement et ce qu'il a appelé une « vague régionale » d'appui de la médecine familiale qui s'étend en Afrique de l'Est, jumelée à l'augmentation du nombre de conférences, a apporté un changement positif à la médecine familiale en Ouganda.

Discussion

Les délégués ont manifesté un fort intérêt à l'égard de l'information présentée par D^r Besigye. Le groupe a été profondément intéressé par les défis à relever en Afrique de l'Est et l'étape où en est le

⁴Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2008. *Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé; 2008. Consultable sur : www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf. Consulté le 12 mai 2014

développement de la médecine familiale dans la région. Les délégués ont reconnu le travail accompli par D^r Besigye et ses collègues en médecine familiale en Ouganda.

Une question a été posée concernant les guérisseurs traditionnels dans la culture ougandaise. D^r Besigye a noté que les Ougandais sont profondément enracinés dans leurs formes traditionnelles de guérison et le guérisseur traditionnel est au centre. Ce guérisseur traditionnel fait partie de la communauté et en fait, parle aux gens dans une langue de culture et de tradition qu'ils comprennent et qui les touche. Comme le guérisseur est intégré à la communauté, c'est une excellente source d'information sur la communauté pour le médecin de famille. Par conséquent, les médecins de famille en Ouganda ont intérêt à travailler avec ces guérisseurs traditionnels afin de traiter adéquatement la population.

« De l'engagement communautaire aux fondations universitaires : Miser sur l'expérience de l'École de médecine du Nord de l'Ontario » – D^r Roger Strasser, doyen

D^r Strasser a commencé par peindre un tableau des services de santé au 20^e siècle, en discutant d'un siècle de spécialisation avec l'accent sur les hôpitaux et la technologie. Il a également mentionné l'émergence de la norme de l'hôpital d'enseignement.

D^r Strasser a ensuite discuté de l'orientation de la médecine familiale en décrivant l'âme de la pratique familiale, soit les gens, leur communauté, et la capacité d'évaluer les problèmes de santé non différenciés. La pratique familiale exige un degré profond d'engagement et de responsabilité envers le patient; il a cité à l'appui la définition des soins primaires de Starfield.⁵

De plus, les pays prestataires de soins de santé primaires de qualité et complets ont de meilleurs résultats de santé à moindre coût. Les pays dotés d'un taux plus élevé de spécialistes ont des résultats de santé inférieurs.

Il a cité le rapport de l'OMS de 2008⁶ et s'en est appuyé pour souligner que le moment est opportun pour mettre l'accent sur les soins primaires. L'OMS souligne également la part de responsabilité sociale des facultés de médecine dans l'orientation de l'éducation, pour répondre aux besoins de la région et du pays que l'établissement d'enseignement a le mandat de servir.

D^r Strasser a aussi fait référence au rapport de l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC), *L'avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC) : une vision collective pour les études*

« L'EMNO a obtenu des résultats impressionnants avec ses diplômés. Contrairement à toute autre école de médecine au Canada, des résidences ont été apparées à 100 pour cent. En outre, les étudiants de l'EMNO réussissent mieux que ceux d'autres écoles de médecine dans leurs examens normalisés. Soixante-deux pour cent des diplômés ont choisi la médecine familiale en milieu rural comme carrière. Cela représente le double de la moyenne nationale du Canada. Finalement, environ 70 pour cent des diplômés restent dans le nord de l'Ontario ».

⁵Starfield B. Citation sur : Université d'Ottawa [site Web]. Primary Care: Definitions and Historical Developments. Août 2013.

Publié au : www.med.uottawa.ca/sim/data/Primary_Care.htm. Consulté le 14 mai 2014

⁶Organisation mondiale de la Santé Rapport sur la santé dans le monde 2008. *Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé, 2008

Publié au : www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf. Consulté le 12 mai 2014

médicales prédoctorales⁷, dans laquelle la valeur du généraliste est mise en évidence. Il met également en lumière la nécessité d'intégrer la médecine familiale à tous les stades de l'enseignement de premier cycle.

Cette fondation a ouvert la voie à la compréhension de la méthodologie et des pratiques à l'École de médecine du Nord de l'Ontario (EMNO). Le nord de l'Ontario est une zone géographique étendue, peuplée de seulement 800 000 habitants. Du point de vue de la santé, l'état de santé la population du nord de l'Ontario est très variable et nettement pire que celle du sud de l'Ontario.

En 2001, l'EMNO a été créée pour répondre à l'état de santé des citoyens du nord de l'Ontario et pour aider à remédier à la pénurie de médecins. L'école a pour mandat la responsabilité sociale, et celui de veiller à ce que les habitants de la région reçoivent le maximum de leurs professionnels de la santé.

Les résultats des diplômés de l'EMNO ont été impressionnants. Contrairement à toute autre école de médecine au Canada, des résidences ont été appariées à 100 pour cent. En outre, les étudiants de l'EMNO réussissent mieux que ceux d'autres écoles de médecine dans leurs examens normalisés. Soixante-deux pour cent des diplômés ont choisi la médecine familiale en milieu rural comme carrière. Essentiellement le double de la moyenne nationale pour le Canada. Finalement, environ 70 pour cent des diplômés choisissent de rester dans le nord de l'Ontario.

La question clé est de savoir comment ces résultats ont-ils été obtenus? Pour y répondre, D^r Strasser a présenté plusieurs facteurs qui ont contribué au succès de l'EMNO. On compte notamment la formation répartie et l'apprentissage engagé, l'enseignement et les activités à plusieurs endroits, des partenariats avec les communautés où l'apprentissage clinique est offert, et l'utilisation de méthodes de communication électronique.

C'est le principe de l'apprentissage actif au sein de la communauté de l'EMNO réparti sur 70 sites dans tout le nord de l'Ontario qui permet d'assurer la continuité des relations et un profond degré d'engagement de la part de la collectivité, ce qui améliore l'expérience de formation des étudiants. Selon D^r Strasser, l'avantage des études cliniques communautaires : « Le programme franchit le seuil de la porte. »

En conséquence, l'EMNO forme plus de médecins généralistes, a amélioré l'accès aux soins de santé dans le nord de l'Ontario et a contribué à mieux répondre aux besoins de santé des Autochtones, des francophones et des populations de régions rurales et éloignées. De l'avis de D^r Strasser, un programme de médecine familiale réussi est surtout réalisé par un processus d'authenticité et en apprenant à connaître et en écoutant la communauté au sein de laquelle les soins sont dispensés.

Discussion

D^r Strasser a peint un tableau de réussite vibrant du travail accompli par l'EMNO sur une période de temps relativement courte. Comme il a noté, l'un des ingrédients clés de ce succès a été l'engagement et la participation de la communauté. Après l'exposé de D^r Strasser, et en comprenant le caractère essentiel de l'engagement communautaire, des questions ont été soulevées sur *comment* la participation

⁷L'association des facultés de médecine du Canada. *L'avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC) : une vision collective pour les études médicales prédoctorales*. Ottawa, ON: L'association des facultés de médecine du Canada. Publié au :

www.afmc.ca/fmec/pdf/collective_vision.pdf.

Consulté le 14 mai 2014

de la communauté a été obtenue. Quelles sont les méthodes que l'EMNO a utilisées afin d'obtenir le soutien des collectivités qui allaient accueillir les étudiants durant leurs études cliniques?

La réponse était simple : se rendre dans la communauté et parler à ses dirigeants. D^r Strasser a fait remarquer qu'il est impératif que les dirigeants de la communauté participent activement au processus et comprennent la valeur et les avantages pour la communauté d'accueillir des étudiants engagés dans des études cliniques à court et à long terme. D^r Strasser a souligné que de prendre le temps de parler aux dirigeants de la communauté et de les inclure dans les comités exige beaucoup d'effort, et que le développement et le maintien de ces relations nécessitent une promotion constante afin de maintenir le niveau d'engagement requis. Par contre, les avantages valent bien la récompense; un solide engagement communautaire a été essentiel au succès de l'EMNO.

D'autres questions adressées à D^r Strasser portaient sur les étudiants et comment l'EMNO a garanti qu'ils respectaient toutes les exigences de leur programme d'études dans les communautés. Les étudiants de l'EMNO enregistrent tous les cas qu'ils voient. Ce registre est alors remis aux éducateurs qui examinent et garantissent que les exigences critiques du programme d'études sont respectées. Si, pour une raison quelconque, il est clair que des domaines importants ne sont pas couverts, les éducateurs changent alors la structure de l'étude clinique pour veiller à ce que tous les programmes nécessaires soient couverts.

Ce qui était clair en écoutant D^r Strasser parler, c'est que l'engagement communautaire et l'engagement des étudiants exigent de grands efforts de communication et de collaboration délibérés et soigneusement planifiés. L'institution ne peut exister dans le néant, pas plus que les communautés ni les étudiants qu'elle accueille. La communication et la collaboration sont essentielles pour garantir que les étudiants de l'EMNO, le programme et les communautés contribuent tous à l'éducation des médecins de famille.

On a ensuite parlé de la distinction entre les *soins de santé primaires* et les *soins primaires*. Nul doute, ces distinctions ont été, et seront probablement, l'objet de discussions pendant de nombreuses années. Toutefois, on a noté qu'aux fins des délégués et du groupe que les soins de santé primaires sont plus largement centrés sur le système et représentent une approche de la politique et de la prestation de services de santé aux personnes et à l'ensemble de la population, tandis que les soins primaires sont un concept plus étroit centré sur la notion de soins au point de consultation principal, par exemple, les soins dispensés par un médecin de famille. Les délégués conviennent qu'une compréhension claire des distinctions importantes entre les soins de santé primaires et les soins primaires est très importante.

« Stratégies pour renforcer la médecine familiale : Leçons de la Tunisie »

D^r Ahmed Maherzi

D^r Maherzi a déclaré qu'il est important de reconnaître dès le départ les conditions politiques et socioéconomiques difficiles en Tunisie. C'est à travers le prisme de cette transformation politique que D^r Maherzi a cité Gandhi : « *La grandeur d'une nation devrait être jugée à la façon dont elle prend soin de ses populations les plus vulnérables.* »

« *La grandeur d'une nation devrait être jugée à la façon dont elle prend soin de ses populations les plus vulnérables.* »
Mahatma Gandhi

En Tunisie, des inégalités régionales existent en matière d'accès aux soins. Les quatre écoles de médecine sont toutes situées sur la côte, ce qui aggrave les problèmes régionaux. Par ailleurs, les régions qui ont le plus besoin de médecins ont le plus petit nombre de médecins disponibles pour la population. Comment cette inégalité peut-elle être réduite et comment les écoles de médecine de la Tunisie peuvent-elles aider à relever ce défi?

Jusqu'à récemment, les facultés d'éducation médicale n'existaient que pour former des médecins et non pas pour contrôler l'impact de la formation. Cela va contre les principes établis par l'OMS selon lesquels l'établissement d'enseignement a la responsabilité de servir la communauté où il est situé.

D^r Maherzi et ses collègues ont été confrontés à des questions importantes, notamment, l'enseignement de la médecine doit-il faire l'objet d'une réforme? Est-ce que la réponse est simplement d'établir un plus grand nombre d'établissements d'enseignement de la médecine dans les régions plus pauvres? Comment les objectifs de responsabilité sociale des facultés de médecine peuvent-ils être atteints compte tenu des défis? Comment la qualité et l'équité des soins peuvent-elles être assurées pour tous les Tunisiens?

Pour répondre à ces questions, il faut à tout prix faire appel aux responsables de l'élaboration des politiques. Il a été difficile de convaincre ces décideurs que le travail de l'éducateur ne vise pas seulement à former des médecins, mais à promouvoir la santé publique. Plusieurs réunions avec le ministre de la Santé ont été amorcées dans le but d'entamer ce dialogue.

En dépit du climat politique difficile, D^r Maherzi et ses collègues tunisiens ont déjà fait beaucoup de progrès. La médecine familiale est une spécialité qui est de plus en plus promue. Auparavant, pour être généraliste, il fallait d'abord devenir spécialiste, et jamais durant toute la période de résidence l'accent était-il mis sur la pratique générale. Le résultat? Les étudiants qui ont échoué à leurs examens de spécialité sont devenus généralistes. Cette situation a aujourd'hui changé, grâce à de nouvelles réformes de l'éducation, qui prescrivent deux ans de pratique de la médecine familiale.

En outre, depuis 2006, on a gagné du terrain dans le monde universitaire par la création d'associations de médecine familiale et de groupes interfacultés. De plus, cent médecins de première ligne ont été formés pour superviser le travail des étudiants. L'approbation a été donnée afin de créer un projet de partenariat pour travailler dans les régions pauvres afin que les populations mal desservies puissent elles aussi obtenir les soins nécessaires. Les écoles de médecine superviseront cette formation dans les régions pauvres. On discute aussi des politiques et des stratégies dans les plans de santé nationaux. L'objectif est de réformer les soins de santé afin d'en rendre l'accès universel.

La Tunisie participe aussi à un projet de recherche d'action francophone qui vise à améliorer l'impact des écoles de médecine sur les soins de santé. Ce projet sera mis en œuvre en trois phases : applicabilité, expérimentation et évaluation. La faculté se penchera sur les soins de santé primaires, les programmes et l'évaluation et chaque pays choisira un thème. Tous les objectifs de ce projet sont centrés sur la responsabilité sociale. Deux concepts doivent être bien compris : tout programme de formation doit être adapté aux priorités pertinentes aux soins de santé primaires et la médecine familiale est un élément efficace et essentiel des systèmes de santé nationaux.

Discussion

Il était clair que les délégués avaient beaucoup d'admiration pour D^r Maherzi et ses collègues, pour leur concentration sur la médecine familiale au cours d'une période de grands bouleversements politiques.

Plutôt que de poser des questions, les délégués ont offert des félicitations et reconnu que le travail en provenance de la Tunisie était très valable dans le contexte de la médecine familiale à l'échelle mondiale.

Principaux thèmes

Malgré la diversité des présentations lors de la séance de l'après-midi, des thèmes principaux ont été dégagés :

- La médecine familiale existe à différents niveaux selon l'endroit où nous sommes dans le monde. Ceci dit, en dépit des défis, qu'ils soient de nature politique, culturelle, sociale ou économique, les programmes de médecine familiale sont en plein essor
- Des programmes de médecine familiale à succès ont réussi à intégrer la communauté et sont hautement collaboratifs
- Le travail est en cours, mais doit être poursuivi pour renforcer les fondations de l'enseignement de la médecine familiale à l'échelle mondiale

Travail de groupe : 2^e partie

On a demandé aux délégués de retourner dans leurs groupes, de préciser et de mettre l'accent sur les questions soulevées dans la matinée à travers le prisme de l'information académique fournie par le panel de l'après-midi.

Bien que de grands thèmes restent essentiellement inchangés, quelques détails ont été ajoutés pendant que les délégués travaillaient à élaborer des groupes de travail.

- *Quel contenu devrait être inclus dans une feuille de route en réponse aux questions du panel de l'après-midi? Est-ce que les propos de l'après-midi changent ce les discussions que nous avons eues ce matin?*
- *Qu'est-ce qui doit être clarifié pour qu'un groupe de travail puisse se pencher sur ces questions?*
- *Où sont les meilleures possibilités de collaboration internationale pour contribuer à répondre aux deux questions ci-dessus?*

Voici les grands thèmes de la séance de l'après-midi :

1. Le développement d'une trousse d'outils qui servira principalement à l'engagement communautaire authentique
2. Le développement de ressources, notamment :
 - a) Schéma/inventaire des activités
 - b) Ateliers de formation professorale
 - c) Engagement communautaire
 - d) Facilitation des partenariats
3. La nécessité d'appuyer l'enseignement de la médecine familiale et d'y être exposé tôt
4. L'élaboration de récits de relations qui décrivent les relations intrinsèques inhérentes à la médecine familiale

5. La préparation des « Documents Besroun », en réponse aux questions suivantes :
- a) Études de la littérature, y compris la littérature grise, pour scanner les fichiers et pour établir la preuve de l'impact de la médecine familiale
 - b) Un document ou une étude qui met en évidence les différentes conditions de la médecine familiale en milieu rural et urbain
 - c) Une analyse approfondie des données probantes pour adapter les programmes de formation en médecine familiale
 - d) Les partenariats inhérents et importants du domaine de la médecine familiale (patient/professionnel de la santé et communauté/professionnel de la santé)

Mise sur pied des groupes de travail

Les principaux thèmes ont été abordés à la fois durant les séances du matin et de l'après-midi. Ce sont les thèmes communs qui ont donné lieu à la mise sur pied d'une série de groupes de travail informels alors que les délégués entamaient leur troisième jour (les groupes de travail ont été formalisés le quatrième jour).

Toutes les personnes intéressées à participer à un groupe ont été invitées à assister à des réunions en petits groupes afin d'élaborer un plan de travail, y compris les objectifs et les activités proposées par chaque groupe de travail pour l'année. Alors que l'attente initiale du comité organisateur était d'instituer deux ou trois groupes de travail, un fort consensus sur les priorités et le dévouement avec lequel les participants ont choisi de s'engager avec un groupe de travail a abouti à l'adoption de cinq groupes :

1. Documents Besroun, dirigé par D^r David Ponka
2. Trousses d'outils pour l'engagement communautaire, dirigé par D^r Michael Dillon
3. Développement narratif, dirigé par D^{re} Christine Gibson
4. Cadre pour la défense des intérêts, dirigé par D^r François Couturier
5. Formation médicale continue et développement de la faculté pour les spécialistes qui enseignent la médecine familiale, dirigé par D^{re} Lynda Redwood-Campbell

L'ébauche des plans de travail proposés par ces groupes se trouve à la section suivante.

Jours 3 et 4 - Définition de la feuille de route - D^{re} Katherine Rouleau, présidente

Le dernier jour de la 2^e Conférence Sadok Besrouer a débuté avec un mot de la directrice générale et chef de la direction du CMFC, D^{re} Francine Lemire. Elle a présenté un bref exposé qui a contribué à incorporer le travail des jours précédents aux grands objectifs du CMFC et du Centre Besrouer.

Si le but ultime est d'établir la médecine familiale en tant qu'élément viable et efficace des systèmes de santé, quel travail pourrait être entrepris cette année dans chacun de ces domaines de base?

D^{re} Lemire a d'abord mentionné que le Centre Besrouer commence à rendre opérationnel le travail qui doit être accompli. D^r Besrouer a joué un rôle important pour faire avancer le Centre à son stade actuel. C'est sa vision qui est en cours de réalisation dans la progression du travail des délégués en 2014.

En parlant de leçons apprises, D^{re} Lemire a dit qu'elle a pris conscience que les relations personnelles sont importantes et que c'est l'étroitesse de ces relations qui définit la voie à suivre. Elle a également noté qu'elle a appris qu'il existe certains éléments clés auxquels on peut s'attaquer en premier, qui contribueront à générer le plus grand changement : la formation professionnelle continue et le développement professoral.

Dans l'année à venir, la dotation en personnel et la planification de la conférence Besrouer de novembre 2014 iront de l'avant à plein régime. En janvier 2014, le Centre Besrouer embauchera un coordonnateur à temps plein. Ce coordonnateur aidera à mettre en œuvre le travail de cette conférence et aidera le CMFC à coordonner d'autres sources de financement afin de poursuivre le travail commencé grâce au don de D^r Besrouer. Le parcours comportera sans doute des obstacles, mais le groupe les surmontera ensemble.

La voie à suivre : Rapports des groupes de travail

Groupe 1 : Documents Besrouer, dirigé par D^r David Ponka

1. Écart, obstacle, défi ou question ouverte :

Le manque de preuves de l'influence de la formation en médecine familiale sur la santé de la population.

2. Qu'est-ce qui pourrait être inclus dans une feuille de route virtuelle pour résoudre ou aider à résoudre le problème?

Publier une série d'articles (« les documents Besrouer ») qui traitent des questions suivantes : le où, quoi, pourquoi, qui et comment de la formation en médecine familiale dans le monde.

3. Méthode/plan :

Publier un article de synthèse de l'évaluation initiale qui traite de la question, « Est-ce que la formation universitaire en médecine familiale dans les pays à faible et à moyen revenu a un impact sur la santé de la population? »

Collecte des données

- *En provenance de divers pays :*
 - *Brésil (clinique avec GP comparé à clinique sans GP) (publié), Uruguay*
 - *Ouganda (données du groupe de recherche britannique sur les indicateurs de santé de la médecine familiale à Gulu), Tunisie, Chine*
 - *En provenance d'organismes, WONCA*

Revue de la littérature

- *Question de recherche : Est-ce que la formation universitaire en médecine familiale dans les pays à faible et à moyen revenu a un impact sur la santé de la population?*
- *Définir les indicateurs de santé de la population*

Sélection d'articles

Rédiger l'étude de détermination de la portée

4. Membres du groupe de travail :

D^r David Ponka (rédaction)

D^{re} Lynda Redwood Campbell

D^r Neil Arya (rédaction)

D^r Videsh Kapoor

D^{re} Anahi Barrios (révision)

D^r Stephen Pomedli

D^r Nulvio Lermen (révision)

D^{re} Katherine Rouleau (rédaction)

D^{re} Basia Siedlecki (méthodologie, rédaction)

D^{re} Jessica Lee (revue de la littérature, rédaction)

D^{re} Mandi Irwin (revue de la littérature, rédaction)

D^{re} Heather Baxter (révisseuse)

5. Échéancier :

Novembre 2013 :	Préciser la méthodologie
Mensuellement :	Réunions Skype
De déc. 2013 à févr. 2014 :	Collecte de données, revue de la littérature
Printemps 2014 :	Réunion en personne
2014 :	Publication d'articles

6. Ressources nécessaires :

Financement pour la réunion en personne des membres des groupes de travail (printemps 2014?)
Assistant de recherche / étudiant diplômé / D^{re} Paula Godoy-Paizl (Université de Toronto, Département de médecine familiale et communautaire)
Le CMFC pourrait-il aider à faciliter la publication d'articles en 2014?

Groupe 2 : Trousses d'outils pour l'engagement communautaire, dirigé par D^r Michael Dillon

1. Écart, obstacle, défi ou question ouverte :

Nécessité d'élaborer des trousses d'outils pour évaluer les besoins communautaires : des outils pratiques et concrets pour faciliter l'engagement pratique avec preuves sur mesure et soutien de modèle d'affaires.

2. Qu'est-ce qui pourrait être inclus dans une feuille de route virtuelle pour résoudre ou aider à résoudre le problème?

- Elle doit fournir la définition des concepts clés (par exemple, la médecine familiale, alias « soins primaires » tel que défini par D^{re} Barbara Starfield)
- Les définitions doivent être :
 - En langage clair et commun (sans jargon du métier)
 - Définitions non spécifiques à une région ou à un système
 - Définitions adaptées au « niveau » d'intérêt. Les niveaux d'intérêt comprennent :
 - Communauté/client /famille/groupes confessionnels et culturels
 - Médecins/ autres fournisseurs de soins de premier contact existants
 - Administrateurs/gestionnaires de services de santé
 - Gouvernement/bailleurs de fonds/personnel administratif

3. Méthodes/Plan :

- Développement des ressources de la trousse d'outils et éléments de preuve :
 - Pour soutenir et renforcer les avantages de la médecine familiale, adaptée à chaque niveau d'engagement de la collectivité
- Mise au point physique de la trousse :
 - Outils pour obtenir des récits et stimuler l'imagination
- Modéliser des scénarios possibles; modèles de partenaires internationaux avec des idées pour la pratique
- Obtenir de courtes vidéos pertinentes téléchargées sur YouTube décrivant des éléments de pratique clés de partenaires WONCA
- Qu'est-ce qui démontre :
 - l'engagement/la participation communautaire?
 - l'essence même des soins primaires complets (par exemple, la médecine familiale?)
- Obtenir des récits de la communauté :
 - « De votre expérience des soins de santé, dites-nous ce qui a donné de bons résultats »
 - « Pourquoi pensez-vous que cela a donné de bons résultats? »
- Mise au point de dioramas :
 - « Bâissez votre clinique /centre de santé de rêve » (fournissez la pâte à modeler, autres fournitures de sculpture)
 - Ajouter des personnages (poupées, mannequins) :
 - « Que font les professionnels de la santé ? »
 - « Quelle est l'expérience du patient/client? »
- Repérer les obstacles et les défis : dans quels secteurs le système actuel ne répond-il pas aux besoins? Comment ces lacunes doivent-elles être comblées?
- Plaider la cause : rassembler les récits, élaborer un modèle, et le présenter aux quatre paliers de la communauté

4. Membres du groupe de travail :

Roger Strasser, École de médecine du Nord de l'Ontario
Sarah Strasser, École de médecine du Nord de l'Ontario
Robert Miller, Université Memorial de Terre-Neuve
Michael Dillon, Université du Manitoba/Comité pour la santé mondiale
Videsh Vapour, Université de la Colombie-Britannique/Comité pour la santé mondiale

5. Échéancier :

À déterminer

6. Ressources nécessaires :

Soutien complet pour naviguer d'avant le début jusqu'à après la fin de chaque processus d'évaluation des besoins :

- Soutien pour l'utilisation de la trousse d'outils
- Pièges à éviter
- Compétence culturelle/sécurité
- Comment savez-vous que vous parlez à la bonne personne?
- Comment faire pour capturer les « voix silencieuses » :
 - Vieille école : « Bâton d'orateur »
 - Technologie de pointe : messages textes, Twitter, interaction en temps réel

Groupe 3 : Développement narratif, dirigé par D^{re} Christine Gibson

1. Écart, obstacle, défi ou question ouverte :

Il y a de nombreux exemples de réussites parmi nos partenariats, mais pas de moyen de trouver activement comment en savoir plus à leur sujet.

2. *Qu'est-ce qui pourrait être inclus dans une feuille de route virtuelle pour résoudre ou aider à résoudre le problème?*

La collecte et l'analyse qualitative de récits ont été lancées l'année dernière; il faut continuer à bâtir sur ce que nous avons appris.

3. *Méthodes/Plan :*

Nous allons améliorer le processus de collecte de récits et élaborer une méthode de gestion et de partage interactif, d'une façon qui profite à nos partenaires canadiens et internationaux.

4. Membres du groupe de travail :

D^r Bob Woollard, Dr Videsh Kapoor, D^{re} Christine Gibson (Canada)

D^{re} Katrina Butterworth (Patan Academy of Health Sciences, Népal)

D^r Innocent Besigye (Université Makerere, Kampala, Ouganda)

D^r Wilmoth (Andy) Shillingford (Caribbean College of Family Physicians)

5. Échéancier :

Nous espérons une progression plus poussée de la collection d'ici l'année prochaine, idéalement suffisante pour produire un dépliant ou une autre publication semblable. Cette information devrait être disponible en ligne et devrait être consultable par mot-clé (notamment l'école et le pays).

6. Ressources nécessaires :

- *Une administration centrale pour maintenir le document vivant*
- *La pleine participation des partenaires dans la composition de leurs récits*
- *Un site en ligne pour le partage de l'information à travers le monde*
- *Inventaire des ressources de partenariat du Collège*

Groupe 4 : Cadre pour la défense des intérêts, dirigé par D^r François Couturier

1. Écart, obstacle, défi, question ouverte :

Force : Reconnaissance de la responsabilité sociale, rôle de la médecine familiale dans les collèges de médecine canadiens, force du CMFC, médecine familiale au Canada à titre de spécialité établie

Obstacle : Manque de connaissances sur la position des parties prenantes influentes à l'égard de la médecine familiale (en particulier les parties prenantes de la scène politique et financière)

Défis : Le besoin de preuves solides de l'impact à court et à long terme de la médecine familiale dans les pays à faible et à moyen revenu (PFMR); le besoin d'études de cas bien présentées et de récits qui ciblent des publics pour les activités de plaidoyer; le besoin de plans stratégiques solides, tout en restant adaptables et souples.

2. Qu'est-ce qui pourrait être inclus dans une feuille de route virtuelle pour résoudre ou pour aider à résoudre le problème?

- Revue systématique de la littérature existante
- Rassembler une bonne connaissance des questions qui touchent à la médecine familiale et aux soins de santé primaire à travers le monde
- Collection de stratégies et d'activités de plaidoyer utilisées (et les résultats) par les partenaires de Besrour
- Stratégie pour l'élaboration et le déploiement d'activités de **plaidoyer** en soutien au développement, à la valorisation et à la pérennité de la médecine familiale
- Des activités de plaidoyer sont nécessaires pour obtenir les appuis, le financement, les ressources matérielles, humaines et financières nécessaires à l'implantation, au développement et au maintien et à la croissance de toute activité de partenariat en médecine familiale
- Ces activités de **plaidoyer** sont essentielles et doivent être menées à toutes les étapes du développement d'un tel projet. Elles doivent être prévues dans leur grande ligne et budgétées au moment même de la conception des projets
 - Identifier à qui s'adresse ces activités (public cible)
 - Préciser la démarche initiée pour aborder ces différents groupes

En se basant sur des exemples concrets et des arguments porteurs

3. Méthodes/Plan :

- Collecte et analyse de données (qualitative et quantitative), création d'un observatoire sur la médecine familiale dans le monde entier
- Aider à la transformation du plan stratégique de plaidoyer générique en plan stratégique adapté aux situations individuelles et spécifiques
- Organiser des groupes de discussion avec tous les intervenants (exemple : méthode de Delbeque) : il est important que le public cible s'approprie le projet
- Adapter les argumentaires et les exemples en fonction du public cible
- Échanges réguliers entre les membres du groupe (téléconférence par Skype...)
- Coordonner les actions avec les autres groupes de travail

Établir un agenda finalisant la feuille de route

4. Membres du groupe de travail :

Cecil Canteenwalla (Université de Toronto)

Sadok Besrouer (Centre Besrouer)

Ahmed Meharzi (Université de Tunis)

François Couturier (Université de Sherbrooke)

Janie Giard (Université Laval)

Martine Morin (Université de Sherbrooke)

Katherine Rouleau (Université de Toronto)

5. Échéancier :

À déterminer

6. Ressources nécessaires :

- Bibliothécaire pour revue ponctuelle de la littérature
- Consultant(e) en planification stratégique, coordonnateur/coordonnatrice du plaidoyer
- Aide d'autres groupes de travail pour des récits, données, arguments, etc.
- Obtention par le Centre Besroun du titre Davos et Porto Alegre sur les soins primaires et la médecine familiale

Groupe 5 : Formation médicale continue et développement professoral pour les spécialistes qui enseignent la médecine familiale, dirigé par D^{re} Lynda Redwood-Campbell

1. Écart, obstacle, défi ou question ouverte :

Les PFMR ont besoin de ressources pour aider à éduquer les spécialistes sur la médecine familiale et aider à préparer les spécialistes en vue de former de nouveaux médecins de famille.

2. Qu'est-ce qui pourrait être inclus dans une feuille de route virtuelle pour résoudre ou aider à résoudre le problème?

- Revue de la littérature pour trouver des expériences précédentes dans la formation de spécialistes pour former les médecins de famille, et partager cette information en ligne
- Élaborer un atelier de deux jours à l'aide des ressources disponibles en ligne

3. Méthodes/Plan :

- Revue de la littérature : « former des spécialistes pour former les médecins de famille dans les PFMR »
- Élaboration du contenu de l'atelier
- Contenu de l'atelier pilote parmi les partenaires du groupe
- Publication des résultats/expériences, documents Besroun?

4. Membres du groupe de travail :

D^r Mulyadi, Université Syiah Kuala (Indonésie)
D^r Tita, Université Syiah Kuala (Indonésie)
D^r Nurjannah (MPH), Université Syiah Kuala (Indonésie)
D^r Jing Ding, Université Capital Medical (Chine)
D^r Clayton Dyck, Université du Manitoba (Canada)
D^{re} Lynda Redwood-Campbell, Université McMaster (Canada)
D^r Ryan McKee, Université McMaster (Canada)

5. Échéancier :

1. Le 16 décembre 2013 : Téléconférence, 21 h, HNE
2. Le 16 décembre 2013: Revue de la littérature - réalisée avec les ressources de technologie informatique canadiennes du CMFC
3. Mars 2014 : Ébauche du contenu de l'atelier
4. Juin 2014 : Atelier pilote en Indonésie
5. Septembre 2014 : Ébauche des découvertes et expériences consignées

6. Ressources nécessaires :

Systeme informatisé de bibliothèque pour l'étude de la documentation

- Soutien administratif pour la coordination des réunions, la liaison avec les services de bibliothèque
- Espace en ligne pour le partage des ressources et l'interaction entre les partenaires
- Soutien d'experts pour le développement de modules en ligne
- Financement de réunion du groupe de travail en personne (printemps 2014? pour partager et mettre au point le contenu avant le pilote)

Réponse du panel

Le panel a condensé les plans des groupes de travail en cinq documents à livrer. Ce qui était clair; les cinq groupes se sont concentrés sur un seul point essentiel : *prouver la valeur du médecin de famille pour le système de santé.*

Documents à livrer :

1. Un document sur l'impact de la formation en médecine familiale
2. Le développement d'outils qui recueillent les voix de la communauté et expriment les récits de patients
3. Le développement d'une série de récits et un outil de recherche
4. Un outil pour informer, éduquer et conseiller les publics cibles sur les avantages et la nécessité de la médecine familiale. Ces outils pourraient varier pour répondre aux besoins des différents publics
5. Un atelier pour enseigner aux spécialistes comment enseigner la médecine familiale

Ce qui était clair, c'est que les cinq groupes se sont focalisés sur un seul point essentiel : prouver la valeur du médecin de famille pour le système de santé

On a parlé de la possibilité de fusionner les groupes à ce stade, compte tenu du chevauchement des travaux. Toutefois, les délégués ont décidé que les chefs de groupe seraient invités à se réunir régulièrement pour assurer l'harmonisation et tirer profit des synergies au sein des groupes de travail.

Il a également été noté que tous les groupes devraient disposer d'espace sur le site Igloo, et qu'on enverrait des instructions pour accéder au site à tous les participants.

Les participants ont convenu de commencer graduellement, et que les délégués et la section du CMFC avec intérêts particuliers ou pratiques ciblées (IPPC) seraient les auditoires initiaux du travail en cours d'élaboration. On a aussi discuté du niveau auquel WONCA pourrait être intégré. Alors que la plupart des gens ont approuvé l'idée, le groupe a décidé de commencer lentement et d'accélérer le rythme au fur et à mesure de l'évolution des travaux.

« Ce que j'ai vu et entendu » – D^r Mulyadi (Indonésie)

Au cours des trois derniers jours, on a beaucoup appris sur la médecine familiale. Une image claire de la médecine familiale a pris forme, une image que D^r Mulyadi espère utiliser pour commencer à élaborer des programmes de médecine familiale en Indonésie. Il a noté qu'il a hâte de continuer à collaborer et il a remercié le Centre Besrouer et le CMFC pour leur soutien passé et continu du travail accompli.

« Ce que j'ai vu et entendu » – D^r Robert Woollard (Canada)

D^r Woollard a commencé son exposé en soulignant que l'idée du Centre Besrouer est une œuvre puissante, qui, si elle avait été facile à réaliser, l'aurait été il y a longtemps. Il a poursuivi en soulignant la complexité de l'œuvre et les relations qui ont été établies par ces conférences Besrouer.

D^r Woollard a fait remarquer que ces dernières journées d'information sur les compétences des médecins de famille généralistes ont renforcé la confiance des membres du groupe et les a inspirés à

travailler ensemble. Sans se faire confiance les uns les autres, les tâches difficiles qu'exige la création de groupes de travail et l'élaboration d'un plan pour aller de l'avant n'auraient pas été possibles.

Remarques finales

Les délégués se sont avérés très ambitieux et ont compris que le travail qu'ils accomplissent s'appuie sur une base solide. C'est avec cette base solide qu'ils ont également été en mesure de reconnaître et de respecter les différences d'approche présentées par des collègues internationaux.

Le groupe a également appris que les relations et les récits sont d'une importance primordiale. Les récits de succès ont été partagés en provenance du Brésil et de l'École de médecine du Nord de l'Ontario; et l'Ouganda et la Tunisie ont présenté des récits de progrès. C'est le partage de ces récits qui a permis aux délégués de comprendre les expériences des uns et des autres et la diversité des cultures à la Conférence Besrour.

Les délégués se sont concentrés en grande partie sur les éléments de preuve nécessaires pour soutenir la médecine familiale comme élément principal des soins primaires. Ils ont appris la base communautaire de la discipline et l'importance de la participation de la communauté au programme.

Les tâches communes ont été définies à la fois du point de vue que l'avenir de la médecine familiale est complexe et de la volonté de construire et de travailler ensemble. Les cinq groupes de travail issus de cette conférence jetteront les bases pour l'année prochaine en mettant l'accent sur les éléments essentiels identifiés au cours des trois jours.

Pour conclure, chaque personne a pris l'engagement ferme d'aller de l'avant et d'accomplir le travail sans hésitation

Finalement, chaque délégué a fait preuve d'un engagement ferme pour aller de l'avant. Cet engagement fera avancer le Centre Besrour et les travaux de la 2^e Conférence Besrour.

Nous remercions sincèrement D^r Besrour, le CMFC et le Comité pour la santé mondiale de leur dévouement et de leur passion.