



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

Développer des ressources en médecine familiale dans les pays à faible revenu et pays à revenu intermédiaire

Une réunion de consultation stratégique
internationale

sur le

Centre Sadok Besroun
Pour l'innovation en santé mondiale

Du 9 au 11 novembre 2012
Kingbridge Centre
Ontario, Canada

Table des matières

1. Sommaire.....	2
2. Généralités.....	4
3. Le contexte mondial	6
3.1 Discours d’ouverture.....	6
3.2 Partenariats internationaux en médecine familiale	9
4. Créer la vision.....	17
4.1 Renforcer la médecine familiale dans le monde.....	17
4.2 Énoncé de vision, de mission et de valeurs.....	19
5. Orientations stratégiques revisitées.....	21
6. Priorités d’implantation	24
7. Conclusion.....	26

1. Sommaire

Du 9 au 12 novembre 2012, le *Kingsbridge Conference Centre* a accueilli les délégués canadiens et internationaux à la Réunion de consultation stratégique sur le développement des ressources en médecine familiale dans les pays à faible revenu et dans les pays à revenu intermédiaire (PFR-PRI). Cette réunion, orchestrée par le Comité de la santé mondiale du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), avait pour objectif de concevoir un énoncé de mission et de vision, ainsi qu'un plan d'action pour le Centre Sadok Besroun pour l'innovation en santé mondiale.

Grâce à la générosité du Docteur Sadok Besroun, la réunion de consultation est la première d'une série de trois rencontres annuelles qui rassembleront les départements de médecine de famille des universités canadiennes et leurs partenaires des PFR-PRI afin de définir le rôle et les actions collectives du Centre Besroun.

Vision

Un catalyseur dans le développement mondial de collaborations novatrices en médecine familiale pour la meilleure santé de tous.

Des représentants du CMFC, des départements de médecine de famille des universités canadiennes et des délégués de dix PFR-PRI à des stades différents du développement de la médecine familiale étaient présents. Pendant la réunion, les participants ont mis au point les cinq orientations stratégiques suivantes pour le Centre Besroun :

1. **Établir la médecine familiale comme un élément efficace, viable et central des systèmes nationaux de santé.**
2. **Renforcer les programmes de formation continue et l'accès au savoir des médecins de famille pour l'exercice de soins complets et globaux, efficaces et sensibles aux collectivités.**
3. **Soutenir l'agrément de la médecine familiale et la certification des médecins de famille (en collaboration avec la communauté mondiale).**
4. **Former un corps enseignant efficace en médecine familiale.**
5. **Accroître le savoir en médecine familiale par l'entremise d'activités d'érudition et évaluer les effets de la médecine familiale sur la santé**

Mission

Le Centre Sadok Besroun pour l'innovation en santé mondiale réduira les inégalités en améliorant les répercussions positives sur l'état de santé des populations vulnérables d'ici et d'ailleurs grâce à l'apprentissage collectif.

Dans le contexte de la médecine familiale, nous allons :

- Partager le savoir afin de promouvoir des normes élevées en médecine familiale et en soins communautaires.
- Soutenir la formation et le développement de ressources.
- Encourager l'érudition et diffuser le savoir.
- Dialoguer avec tous les secteurs engagés dans les soins de première ligne.
- Favoriser les partenariats durables et multilatéraux.
- Promouvoir la convergence entre les soins de première ligne et la santé de la population.

Les énoncés de vision, de mission et des valeurs du Centre Besrou, un travail collaboratif des délégués, ont encadré les orientations stratégiques. Dans le cadre de discussions de groupe et de consultations plus vastes, les délégués ont précisé les fonctions du Centre Besrou en déterminant les priorités de mise en œuvre à court, à moyen et à long terme et ils ont défini les catalyseurs clés et les résultats visés.

Les échanges formels et informels d'idées, de connaissances et d'expériences se sont révélés très précieux pour renforcer les initiatives de développement des ressources mondiales en médecine familiale. Le Comité de la santé mondiale du CMFC présente un

compte rendu de la réunion et des discussions dans le présent rapport, qui servira de plan directeur au Centre Sadok Besrou pour l'innovation en santé mondiale.

Valeurs

- **Équité** – reconnaître la dignité inhérente à tout être humain et la juste répartition des ressources et de l'accès des groupes marginalisés et vulnérables.
- **Justice** – veiller à ce que les particuliers et les groupes aient un accès juste et impartial aux avantages de la société, y compris le droit à la santé.
- **Excellence** – chercher à atteindre et à respecter les normes les plus élevées en matière de qualité, d'intégrité, de professionnalisme, de leadership, de prise de décision éclairée et de soins centrés sur le patient.
- **Réciprocité** — favoriser les échanges collaboratifs et multidirectionnels portant sur l'expérience, le savoir et le développement des ressources entre les partenaires et leur communauté.
- **Respect** — prendre en considération les cultures, les normes et les points de vue de chacun.

2. Généralités

Dans son rapport publié en 2008 intitulé *Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) réitérait le rôle crucial des soins de santé primaires pour atteindre la *santé pour tous*, un objectif énoncé 30 ans plus tôt dans la Déclaration d'Alma-Ata. L'engagement de l'OMS envers le renforcement des soins de santé primaires, y compris le développement des soins primaires communautaires, cadre avec de nombreuses données probantes qui montrent que les systèmes de santé ancrés dans les soins primaires robustes et la médecine familiale produisent de meilleurs résultats pour la santé, le font à un coût réduit et avec une meilleure équité. (Starfield et collab. *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*).

Au Canada, la médecine familiale est reconnue comme le pilier de notre système de soins de santé. Sur la scène internationale, les médecins de famille canadiens sont perçus comme des praticiens hautement qualifiés et compétents. Le Collège des médecins de famille du Canada a grandement contribué à l'état actuel de la discipline en assurant la supervision du processus d'agrément et l'établissement de normes qui sous-tendent la qualité de notre discipline. Les dix-sept départements universitaires de médecine familiale ont traduit les normes du CMFC en programmes rigoureux et novateurs pour former les médecins de famille. Ils ont aussi grandement enrichi la discipline par l'entremise d'activités d'érudition et de recherche.

Extrêmement conscients du potentiel de la médecine familiale pour la santé et l'équité, et épaulés par un engagement commun envers la responsabilité sociale, de nombreux départements de médecine de famille canadiens ont appuyé le développement de la médecine familiale dans les pays à faibles et à moyens revenus en créant plusieurs types de partenariat. Le Collège a également répondu aux demandes d'information et d'appui de par le monde afin de développer et de renforcer la médecine familiale.

Conscient du besoin d'accroître la participation canadienne dans le développement des ressources en médecine familiale à l'échelle mondiale, le Docteur Sadok Besrouir a généreusement contribué à la création du Centre Besrouir pour l'innovation en santé mondiale. Les discussions initiales du Comité sur la santé mondiale du CMFC sur les activités pouvant être menées sous l'égide du Centre Besrouir se sont immédiatement centrées sur les universités canadiennes et leurs partenaires comme moyen de développer la médecine familiale sur le plan mondial.

Cette première réunion de consultation stratégique a permis de mieux saisir les besoins des partenariats pour le développement de ressources en médecine familiale et de

« Cette consultation internationale veut renforcer la médecine familiale dans son rôle de pilier des soins de santé primaires dans le contexte mondial. »

D^r Sadok Besrouir

définir des stratégies concrètes qui permettraient au Collège et au Centre Besrou de répondre à ces besoins. Cette réunion inaugurale était perçue comme la première de trois rencontres annuelles qui ont pour objectif d'identifier, de parfaire et d'établir des trajectoires collaboratives entre les départements de médecine familiale des universités canadiennes et leurs partenaires internationaux afin de développer la médecine familiale.

À la fin de la réunion inaugurale, les participants auront :

1. Identifié les besoins quant au développement de la médecine familiale dans les PFR-PRI afin d'orienter la stratégie du CMFC et de collaborer avec eux vers l'atteinte de leurs objectifs;
2. Tiré et échangé des leçons des partenariats établis et se seront engagés dans de nouveaux programmes de partenariat à mesure que la médecine familiale évolue dans leur pays respectif;
3. Confirmé une vision commune pour le Centre Sadok Besrou;
4. Identifié les orientations stratégiques, les objectifs et les activités prioritaires à court terme (12 à 18 mois) et à long terme, y compris des occasions de projets collaboratifs;
5. Établi une communauté de pratique internationale avec un intérêt commun pour le développement de la médecine familiale dans les PFR-PRI.

3. Le contexte mondial

3.1 Discours d'ouverture

Mots de bienvenue et présentations

D^{re} Katherine Rouleau, présidente du Comité sur la santé mondiale du CMFC, a souhaité la bienvenue aux délégués canadiens et internationaux et a remercié les organisateurs de la rencontre. Elle a souligné l'importance de garder les patients au centre de nos discussions.

D^r Sandy Buchman, président sortant du CMFC, a insisté sur l'importance de la rencontre et sur le remarquable rôle que le CMFC pourrait jouer pour développer les ressources en médecine familiale dans les PFR-PRI. Il a noté que le Centre Besrou est une occasion en or pour les médecins de famille de faire preuve de responsabilité sociale et de défendre les intérêts. D^r Buchman a remercié D^r Sadok Besrou et le Comité sur la santé mondiale du CMFC.

Malheureusement, D^r Sadok Besrou a dû se rendre d'urgence en Tunisie et n'a pu participer à la rencontre. Il a néanmoins rédigé une lettre aux délégués qui décrivait le Centre de santé mondiale comme l'occasion de renforcer la médecine familiale en tant que pilier des soins de santé primaires dans le contexte mondial.

Le contexte

D^{re} Francine Lemire, nouvelle directrice générale et chef de la direction, CMFC

D^{re} Lemire a donné un bref historique du Collège et a expliqué son rôle actuel en médecine familiale au Canada. Fondé en 1954 pour surmonter les défis associés à la formation des médecins de famille canadiens, le CMFC a été témoin de l'établissement de programmes de résidence en médecine familiale dans toutes les facultés de médecine du Canada avant 1974. Aujourd'hui, le CMFC compte plus de 27 000 membres et tient lieu d'organisme national d'agrément et de certification en médecine familiale.

À ce titre, le CMFC se concentre sur les domaines suivants : formation en médecine familiale; développement professionnel continu (DPC); soins cliniques; politiques en matière de santé et défense des droits. Par la voie de son programme d'agrément d'activités de DPC, le CMFC encourage et appuie l'apprentissage permanent des médecins de famille. Le Collège tient également lieu de catalyseur du développement des ressources en recherche en médecine familiale, reflétant ainsi notre devise : « L'étude est notre force ».

« Le CMFC défend les intérêts des médecins de famille et des populations qu'ils desservent. »

D^{re} Francine Lemire

Le CMFC agit également en tant que « famille » professionnelle des médecins de famille et de tous ceux qui contribuent à la discipline. Il entretient l'identité professionnelle et le rôle des médecins de famille en défendant leurs intérêts et ceux des populations qu'ils desservent.

Après avoir donné un aperçu des pionniers de la médecine familiale et des documents de base, D^{re} Lemire a brossé un tableau des leçons tirées par le CMFC depuis sa création. Pour établir et promouvoir la médecine familiale au Canada, il était essentiel de se doter d'un groupe d'ambassadeurs capables d'expliquer clairement la discipline; de former des alliances stratégiques; de maintenir l'engagement envers l'éducation et l'érudition; et de demeurer actif dans les sphères de la politique en matière de santé, de la défense des intérêts et de la création de politiques.

Comme les activités mondiales en médecine familiale s'intensifient, le Comité sur la santé mondiale du CMFC a discuté du potentiel de coopération entre les départements de médecine de famille canadiens et leurs partenaires internationaux pour la promotion d'initiatives mondiales de développement de ressources en médecine familiale. D^{re} Lemire a invité les délégués à explorer ce potentiel en leur lançant le défi suivant : « Pouvons-nous, tous ensemble, accomplir quelque chose de plus remarquable qui serait impossible de faire si nous agissions seuls? »

L'apport du Canada en médecine familiale : Un cadre conceptuel

D^{re} Katherine Rouleau, présidente, Comité sur la santé mondiale du CMFC

D^{re} Rouleau a présenté les grandes lignes des éléments fondamentaux de la médecine familiale au Canada (voir Figure 1). Elle a encouragé les délégués à modifier le cadre pour refléter leur propre contexte.

Figure 1

Fondements de la médecine familiale efficace au Canada		
Politique, systèmes et structures	Processus facilitateurs	Formation
Politique : Le rôle de la médecine familiale au sein du système de santé	Développement professoral (inaugural/continu) <ul style="list-style-type: none"> • Enseignement • Leadership • Mentorat • Érudition 	Études postdoctorales <ul style="list-style-type: none"> • Coursus • Évaluation
Associations professionnelles	Création du savoir et recherche basée sur la pratique	FC transitionnelle (Pratique générale à médecine familiale)
Normes et agrément	Soutien du savoir et communautés de pratique	Programme d'études prédoctorales – Médecine familiale
Interdisciplinarité	Amélioration de la qualité	Formation continue

Objectifs et aspirations pour cette rencontre

D^{re} Lemire a réitéré que cette réunion avait pour but de concevoir un plan d'action initial pour le Centre Sadok Besrou. Elle a posé les questions suivantes qui ont fait l'objet de discussions durant la rencontre :

- Le CMFC devrait-il s'impliquer dans ses domaines de compétence dans d'autres pays?
- Comment réaliser une synergie parmi les facultés de médecine familiale qui développent déjà des ressources en médecine familiale dans les PFR-PRI?
- Quelles sont, ou seraient, les étapes préparatoires pour adapter les leçons canadiennes afin de répondre aux besoins dans d'autres pays?
- Quels obstacles et défis nous empêchent d'établir ou de renforcer la médecine familiale dans certains PFR-PRI?
- Comment le Centre Besrou simplifie-t-il le développement et l'essor de la médecine familiale dans les PFR-PRI?
- Quelles pourraient être les priorités du Centre Besrou à cet effet au cours des prochains 12 à 18 mois, et à plus long terme?

3.2 Partenariats internationaux en médecine familiale

L'objectif du premier groupe de discussion était de partager les succès, les défis, les occasions et les leçons tirées des partenariats mondiaux en médecine familiale établis, et de suggérer les interventions possibles pour le Centre Besrour.

Animateurs : D^{re} Lynda Redwood-Campbell et D^r Rosariah Indah

D^{re} Lynda Redwood-Campbell de l'Université McMaster et D^r Rosariah Indah d'Aceh (Indonésie) sont partenaires pour le développement de la médecine familiale en Indonésie. Ils ont donné leur point de vue sur les programmes de partenariats en médecine familiale émergents qui souhaitent ardemment apprendre des leçons et du vécu des partenariats de plus longue date.

Voici les faits saillants de quatre programmes de partenariat distincts :

Mali – Université de Sherbrooke

- D^r François Couturier – Université de Sherbrooke; D^r Mahamane Maïga – Bamako (Mali)

Généralités

- L'Université de Sherbrooke participe depuis 15 ans à des programmes de formation dans les centres de santé communautaire à Bamako, au Mali. Le partenariat a découlé des cours facultatifs en santé internationale au Mali offerts aux résidents de l'Université de Sherbrooke depuis 1997.
- Projet DÉCLIC : Développement de l'enseignement clinique basé sur la communauté. Ce projet de sept ans s'appuie sur le financement de l'ACDI pour accomplir les objectifs suivants :
 - Aider à créer une spécialité en médecine familiale au Mali
 - Appuyer l'Institut des sciences de la santé au Mali
 - Créer un réseau universitaire de centres de santé communautaires (pour les résidents en médecine familiale maliens et de Sherbrooke)
- Diplôme d'études spécialisées en médecine familiale
 - les centres de santé communautaires en milieu rural et urbain sont des centres de formation
 - axés sur les compétences
 - axés sur la pratique clinique
 - basés sur la communauté
 - intégrés dans un plan de formation interprofessionnelle plus vaste
- Les centres universitaires de santé communautaire ont permis d'améliorer l'infrastructure et le perfectionnement professionnel du personnel
- Objectifs éducatifs : Préparer les résidents en médecine familiale pour la prestation de soins primaires au Mali. Les diplômés devraient être plus attentifs aux besoins des communautés en matière de santé et plus enclins à pratiquer à l'extérieur des centres urbains.

Défis et occasions

- L'absence de formation communautaire dans les facultés de médecine crée une lacune dans la préparation et la confiance dans les soins primaires et communautaires parmi

les généralistes.
<p><i>Leçons apprises</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsabilité sociale : la communauté est le principal intervenant • Après le coup d'État de mars 2012, il est plus important que jamais d'appuyer les soins de santé primaires au Mali.
<p>Laos – Calgary</p> <ul style="list-style-type: none"> • D^{re} Christine Gibson – Université de Calgary; D^r Phetvilay Senavong (Laos)
<p><i>Généralités</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectifs et stratégies : <ul style="list-style-type: none"> ○ Réforme du programme d'études prédoctorales ○ Développement professoral ○ Développement des ressources (TI, bibliothèque, équipement) ○ Amélioration de la santé des populations rurales • Développement des compétences en médecine familiale en fonction d'une évaluation des besoins <ul style="list-style-type: none"> ○ Clinicien compétent; organisateur communautaire; gestionnaire des services sanitaires locaux; éducateur; chercheur ○ Les nouveaux médecins de famille devraient avoir les compétences et la confiance requises pour pratiquer dans les régions rurales du Laos • Objectifs du programme de médecine familiale <ul style="list-style-type: none"> ○ Acquérir les connaissances et les compétences pour pratiquer la médecine générale curative ○ Acquérir les connaissances et les compétences pour pratiquer en milieu communautaire ○ Spécialisation de troisième année en pédiatrie, MI, obstétrique, chirurgie, urgence... (nouveau) • La 3^e année de spécialisation sera obligatoire. Créée afin de mettre la formation en médecine familiale sur un pied d'égalité avec les autres spécialités et d'augmenter la confiance des médecins de famille pour travailler dans les communautés rurales • Principes de formation <ul style="list-style-type: none"> ○ Apprentissage par la pratique ○ Apprentissage clinique, au chevet des malades ○ Aptitudes générales dans tous les domaines ○ Apprentissage communautaire
<p><i>Défis et occasions</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Maintenir la FMC, le développement professoral du personnel qui travail en milieu rural • Sensibiliser les résidents à la médecine familiale, car ils ne sont pas toujours convaincus à cet égard; le recrutement est difficile • Supervision communautaire difficile, manque de ressources • Le ministère n'approuve pas toujours le financement annuel • Les ressources pédagogiques doivent être améliorées
<p><i>Rôle du Centre Besroul</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aider à développer le corps professoral

- Fournir du matériel de formation
- Coordonner la FMC
- Promouvoir la médecine familiale

Éthiopie – Toronto

- D^{re} Jane Philpott – Université de Toronto (Univ. de Toronto); D^r Dawit Wondimagegn – Université d’Addis-Abeba (UAA)

Généralités

- Le partenariat en médecine familiale est ressorti d’une coopération plus vaste en sciences de la santé entre l’Université d’Addis-Abeba (UAA) et l’Univ. de Toronto.
- La coopération visant à établir un programme de résidence en médecine familiale à l’UAA a débuté en 2008.
- Activités
 - Bourse de recherche pour le développement professoral en médecine familiale à Toronto remise à six professeurs de l’UAA
 - Nomination du chef du corps professoral pour le programme de résidence en médecine familiale de l’UAA
 - Conception du programme d’études en médecine familiale basée sur les statistiques et données épidémiologiques recueillies durant une étude d’évaluation des besoins menée conjointement par l’UAA et l’Univ. de Toronto.
- Le programme de médecine familiale bénéficie du soutien d’un médecin de famille de l’Univ. de Toronto et de deux autres médecins de famille canadiens, qui ont tous passé un an à Addis-Abeba.
- Chaque année, un professeur torontois se rend en Éthiopie pendant quelques mois afin d’organiser des activités de FMC et d’appuyer l’enseignement et la supervision des résidents.
- Le programme de résidence débutera en janvier 2013.

Défis et occasions

- Recrutement est difficile; expliquer la médecine familiale et son importance
- Pénurie de médecins de famille pouvant tenir lieu de modèles
- Inclusion d’autres partenaires internationaux dans l’initiative de médecine familiale
- L’UAA sera soumise à une réforme du programme d’études médicales prédoctorales

Leçons apprises

- La collaboration avec les partenaires est essentielle au progrès
- Les contributions en nature ont été essentielles à l’initiative
- Confiance et respect mutuel sont au cœur du partenariat
- La flexibilité et la vision à long terme sont cruciales

Rôle du Centre Besrou

- Fournir des ressources pour la FMC
- Appuyer l’intégration de la médecine familiale au programme d’études prédoctorales
- Ultiment, appuyer l’établissement d’une association de médecins de famille en Éthiopie

Forces et faiblesses du programme de santé familiale au Brésil

- Sœur Monique Bourget, São Paolo (Brésil)

Généralités

- Au Brésil, le système public de soins de santé existe depuis 20 ans
 - Comprend 62 000 centres de soins primaires
 - Les soins primaires relèvent des municipalités
 - Le système existe en parallèle avec un système privé
- Programme de santé familiale (depuis 1994)
 - 32 000 équipes de médecine familiale desservent 50 % de la population brésilienne
 - L'objectif consiste à doubler ce chiffre dans les 10 prochaines années
 - Les équipes comptent un généraliste ou médecin de famille, une infirmière, une aide-infirmière, un agent de santé communautaire
 - Une équipe de médecine familiale dessert une population de 2400 à 4000 personnes
- Le Programme de médecine familiale a considérablement réduit le taux de mortalité infantile et a augmenté les taux d'allaitement et d'immunisation
- Les agents de santé communautaire travaillent auprès des familles dans leur communauté et connaissent les problèmes de santé précis de chaque personne
- L'hôpital Santa Marcelina à São Paolo a ouvert une nouvelle école de médecine dont le programme d'études met l'accent sur les soins primaires et la médecine familiale
 - L'Université de Toronto collabore au développement des superviseurs et des enseignants en médecine familiale prédoctorale

Défis et occasions

- Les gouvernements provinciaux et fédéral interviennent peu dans les soins primaires
- Les équipes de médecine familiale sont réparties géographiquement, ce qui signifie que les patients ne peuvent pas choisir leur médecin de famille
- Les généralistes des équipes de médecine familiale sont souvent mal formés
- La médecine préventive est fermement ancrée dans les programmes universitaires et entrave l'expansion de la médecine familiale à l'université
- Les soins de santé primaires et la médecine familiale ne sont pas une priorité pour le programme de médecine

Questions des participants

Comment préparer un système de santé pour la médecine familiale?

- Laos
 - Il y avait une lacune, et personne d'autre dans le système de santé n'offrait ce service.
- Brésil
 - Au Brésil, les soins primaires sont encore perçus comme une « médecine pauvre pour les pauvres ». Les spécialistes hésitent à les adopter.
 - Avec 25 000 généralistes dans les équipes de médecine familiale, le ministère de l'Éducation doit mettre en place une politique mandatant la création de facultés de médecine familiale dans les universités.
- Mali
 - Le défi consiste à obtenir une rémunération adéquate pour les médecins de famille.
 - Les centres de santé communautaires doivent s'autofinancer et il est difficile de payer les médecins.
 - Le gouvernement et les bailleurs de fonds internationaux doivent investir dans les centres de santé communautaires.
- Éthiopie
 - Le ministère a accompli un travail extraordinaire en termes de travailleurs en soins primaires de bas et de moyens niveaux. Cependant, les médecins en soins primaires sont exclus de cette vision, même si le ministère de la Santé a officiellement soutenu la médecine familiale.
 - En Ontario, les universitaires et décideurs ont collaboré pour réformer les soins primaires. Nous pourrions inviter les décideurs canadiens et internationaux à notre prochaine rencontre du Centre Besroul.
 - Le défi consiste à démontrer que les médecins de famille ajoutent de la valeur au système de santé. Il est essentiel de continuer de militer à tous les niveaux.

Le Centre Besroul pourrait-il coordonner la triangulation des partenariats?

- Mali
 - Il n'y a pas d'autres initiatives en médecine familiale dans les pays francophones d'Afrique.
 - Nous avons invité des professeurs du Burkina Faso pour observer la formation sur le terrain au Mali, cependant, les ressources humaines et financières en santé sont insuffisantes pour organiser d'autres échanges.
- Calgary
 - L'initiative en médecine familiale en Afrique de l'Est regroupe des départements locaux de médecine familiale pour discuter de son développement.
 - On peut aussi chercher des partenariats à l'extérieur des universités, auprès des ONG. Le Centre Besroul pourrait aider à établir ces connexions.

Quels sont les plus gros obstacles dressés par les décideurs des sphères politique et économique? Vous êtes-vous heurtés à d'autres obstacles dressés par d'autres spécialités?

- Mali
 - Le coup d'État de mars 2012. La situation politique est instable. Sherbrooke a annulé sa bourse d'études en santé internationale au Mali.
 - Problèmes organisationnels internes également, y compris les querelles entre spécialités.
 - Les projets puisent leur force de l'approche ascendante – autrement dit, de la base. Convaincre le leadership demande beaucoup de temps et de crédibilité.
- Laos
 - Le gouvernement approuve le financement sur une base annuelle, ce qui signifie qu'il est très difficile de prévoir et de planifier.
 - Il faut du temps pour éduquer les personnes qui ne font pas partie de l'initiative.

Quels étaient les principaux éléments du processus d'élaboration des partenariats qui ont contribué à leur succès? Le Centre Besroul pourrait-il faciliter les nouveaux partenariats et renforcer ceux qui existent déjà?

- Brésil
 - Ressorti d'une coopération antérieure en soins primaires avec des médecins de famille de l'Université de Toronto dans les années 1990.
 - Le gouvernement brésilien est maintenant beaucoup plus ouvert à la formation de partenariats internationaux.
- Mali
 - Le facteur humain est fondamental, le partenariat est né d'une relation entre deux personnes.
 - D'abord, on poursuit des objectifs; la réalité suit.
 - Il est important de former des alliances et d'accumuler des ressources.
 - Le CMFC pourrait établir des normes ou un cadre pour la formation de partenariats, tout en veillant à ne pas être trop rigide et risquer d'étouffer dans l'œuf d'éventuelles collaborations.
- Éthiopie
 - Un partenariat naît d'une ou de deux personnes, qui travaillent à l'intérieur d'un système.
 - Les principaux éléments sont les avantages mutuels pour les partenaires et la patience.

Dans une séance subséquente intitulée « Harmonisation de multiples partenariats en médecine familiale vers un but commun » qui a eu lieu samedi, les D^{rs} Neil Arya et Felix Li ont présenté leur point de vue sur la formation et le maintien de partenariats mondiaux complexes.

D^r Neil Arya – Partenariats mondiaux en santé

Le D^r Neil Arya est médecin de famille et directeur du Bureau de santé mondiale à l'Université Western.

- Lors de l'établissement du Bureau de santé mondiale, l'Université Western a analysé le contexte afin de définir les forces, les faiblesses et les possibilités de partenariats.
- La planification stratégique est importante; il est important de profiter des occasions lorsqu'elles se présentent.
- Les partenariats peuvent se heurter à certaines menaces et à certains défis : ressources limitées, changements de personnel, manque de compréhension de la part des institutions.
- Partenariats sud-sud-nord et nord-nord-sud : Il est important de déterminer si toute la collaboration donnera des résultats positifs et viables.
- Les ententes institutionnelles formelles, telles qu'un protocole d'entente, ne sont pas toujours nécessaires.
- La Coalition canadienne pour la recherche en santé mondiale (CCRSM) a un projet d'harmonisation qui aide à coordonner les initiatives mondiales.
- Le Centre Besroul pourrait jouer un rôle de coordination des activités de développement des ressources en médecine familiale.

D^r Felix Li — Harmonisation de multiples partenariats en médecine familiale universitaires vers un but commun : L'expérience de la Chine

Le D^r Felix Li est le ministre conseiller (Santé) à l'ambassade du Canada à Beijing.

- La Chine a entrepris une réforme des soins de santé afin d'offrir des services de base sûrs, efficaces, accessibles et abordables aux régions urbaines et rurales d'ici 2020. La réforme inclut la formation de 300 000 nouveaux généralistes et médecins de famille et l'amélioration des soins primaires.
- Un symposium Canada-Chine sur la médecine familiale a eu lieu en mars 2012 et a rassemblé neuf départements de médecine familiale canadiens, le CMFC, les IRSC et des délégués de 25 provinces chinoises. Les thèmes suivants ont été évoqués : le développement d'un système de médecine familiale/générale (formation nationale, normes de certification et champs de pratique); développement d'un corps professoral en médecine familiale/générale interuniversité; recherche et développement d'une politique en matière de soins de santé primaires.
- Le modèle « formation des formateurs » sera beaucoup plus efficace pour un projet de cette envergure. Les universités canadiennes seront jumelées à des facultés de médecine chinoises et les professeurs observeront les programmes de médecine familiale respectifs pour cerner les besoins. Une partie de la formation professorale aura lieu en Chine; certains professeurs chinois recevront leur formation au Canada.

Dans une dernière présentation de mise en contexte, D^r Jamie Meuser a fait le point sur les leçons que le Canada a tirées dans le domaine du développement professionnel continu pour les médecins de famille. Il a aussi commenté les progrès accomplis en communication et en coopération sur la scène locale et mondiale.

Développement professionnel continu des médecins de famille; cinq leçons à tirer du Canada

D^r Jamie Meuser est directeur du Développement professionnel continu au CMFC

Leçon n° 1 : Ne pas ignorer ce qui saute aux yeux

- Les médecins de famille doivent (et veulent) poursuivre leur apprentissage tout au long de leur carrière afin de s'adapter aux changements et fournir les meilleurs soins qui soient.

Leçon n° 2 : Ne pas oublier qu'il s'agit d'un continuum

- Les techniques comme l'apprentissage par problèmes ne surmontent que partiellement les différences entre ce qui motive un étudiant ou un stagiaire et ce qui motive un praticien.
- Intégrer les aptitudes à l'égard de la formation continue et les connaissances dans la formation médicale dès le départ.
- Les « connaissances scientifiques » des résidents pourraient être intégrées dans les besoins d'apprentissage des praticiens.

Leçon n° 3 : Garder l'esprit ouvert

- ... en ce qui concerne la matière à enseigner et à apprendre en faisant appel à une série de compétences précises et à une conception élargie de la compétence dans la pratique.
- ... en ce qui concerne le public : les soins primaires sont fondés sur le travail d'équipe, et lorsque les membres de l'équipe apprennent ensemble, ils pratiquent mieux ensemble.

Leçon n° 4 : La qualité des soins est le seul point de départ logique

- ... en ce qui concerne les soins axés sur le travail d'équipe, pour traiter presque tous les sujets cliniques, pour déterminer les besoins d'apprentissage passés inaperçus.

Leçon n° 5 : Reconnaître et développer l'expertise des praticiens

- Les collègues sont la source par excellence d'apprentissage.
- Une plateforme virtuelle peut permettre aux médecins de famille de mobiliser leur savoir collectif pour répondre aux questions des uns et des autres et développer une base de connaissances, selon le contexte.

Le centre du savoir collaboratif en ligne du CMFC

- Donne aux médecins de famille l'accès immédiat à l'information par la voie du service de recherche et de demandes et des espaces de collaboration.

Questions des participants

- Comment pourrait-on adapter ce type de communauté de pratique à un contexte de coopération internationale?
 - Création d'un répertoire virtuel du savoir pour les partenaires des PFR-PRI
 - Les départements canadiens et leurs partenaires qui participent au développement des ressources en médecine familiale pourraient partager les ressources
 - Les médecins de famille peuvent être des sources de connaissances pour leurs pairs dans une région donnée, et réciproquement, recevoir du soutien de l'étranger

Conclusions

Quelques thèmes importants liés aux partenariats pour le développement des ressources en médecine familiale sont ressortis des présentations : l'évolution et le renforcement des relations, les stratégies pour l'établissement de partenariats socialement responsables et les défis connexes liés au développement de la médecine familiale. En outre, on a proposé des rôles que le Centre Besrour pourrait éventuellement jouer.

4. Créer la vision

4.1 Renforcer la médecine familiale dans le monde : trajectoires communes pour la santé de tous

Conférencier principal : D^r Roger Strasser

D^r Roger Strasser est médecin de famille et doyen de l'École de médecine du Nord de l'Ontario (ÉMNO). En plus d'être membre du groupe de travail Wonca sur la pratique en milieu rural (Wonca Working Party on Rural Practice), le D^r Strasser siège aux conseils de l'ÉMNO, du Centre régional des sciences de santé de Thunder Bay, de l'Advanced Medical Research Institute of Canada et du Thunder Bay Regional Research Institute.

D^r Strasser a décrit la médecine familiale comme basée sur les 3 P et les 3 C :

- Soins **p**rimaires; soins axés sur le **p**atient; soins **p**réventifs
- Soins **c**ontinus; soins **c**omplets; soins mettant la communauté à contribution

Les médecins de famille sont des spécialistes hautement qualifiés qui occupent une place exceptionnellement complexe au sein du système de santé. De l'expérience des praticiens en milieu rural, on peut tirer des leçons pour renforcer la médecine familiale puisqu'ils offrent généralement une vaste gamme de services et ont une très grande responsabilité clinique. Ils vivent dans la communauté qu'ils desservent, ce qui leur permet de jouer un rôle plus important dans la santé de la communauté.

L'École de médecine du Nord de l'Ontario (ÉMNO) a été fondée pour améliorer la santé des populations du Nord de la province. Elle s'est dotée d'un mandat d'imputabilité sociale explicite, qui consiste à répondre aux besoins de la communauté et à s'engager à promouvoir la santé de la communauté.

Fidèle à son mandat, l'ÉMNO favorise « l'enseignement régionalisé en milieu communautaire », un modèle qui permet d'utiliser des ressources humaines et pédagogiques, sans égard à l'heure et au lieu, réparties parmi des partenaires communautaires de tout le Nord. Le modèle repose sur l'engagement communautaire. L'ÉMNO compte quelque 70 sites de formation et une multitude de partenariats interdépendants avec les communautés de Nord de l'Ontario. La participation communautaire active dans les activités d'apprentissage facilite la bonne compréhension des déterminants sociaux de la santé à l'échelle locale, ce qui permet à l'ÉMNO de mieux répondre aux besoins de la communauté.

Parmi les avantages de ce modèle, citons une très grande proportion d'étudiants qui choisissent la médecine familiale ou générale comme spécialité, un taux élevé de rétention en milieu rural, la collaboration interprofessionnelle, un meilleur accès aux soins de santé pour les populations rurales, éloignées et mal desservies.

D^r Strasser a terminé sa présentation ainsi : « Pour que la santé soit équitable, le monde a besoin de médecins de famille qui s'occupent des gens dans leur domicile et leur communauté et qui contribuent

« Le contexte est au cœur de la médecine familiale. »

D^r Roger Strasser

activement à des systèmes de santé qui sont développés par l'entremise de l'engagement communautaire. »

Questions et commentaires des participants

En Tunisie depuis la révolution, on réclame une réforme de l'éducation sanitaire. La Tunisie a l'occasion d'ancrer le système de santé dans le droit à la santé et les besoins communautaires.

- Il est important de faire la distinction entre ce qu'une communauté souhaite et ce dont elle a besoin. Il est alors utile de fonder la discussion sur les issus de la santé et de faire participer les gens dans la conception des indicateurs de développement.

Comment pourrait-on incorporer les valeurs d'engagement communautaire préconisées par l'ÉMNO dans des centres urbains déjà établis?

- Les principes d'engagement sont essentiellement les mêmes : les individus des régions plus peuplées appartiennent également à une communauté. Les communautés urbaines sont plus complexes, mais les principes pour impliquer les individus là où ils vivent restent les mêmes.

À Aceh, en Indonésie, il existe des initiatives visant à faire évoluer la formation basée sur la communauté. Cependant, ce n'est qu'une petite proportion de la formation et on craint que ces initiatives se transforment en tourisme médical. Il est coûteux d'élargir la formation basée sur les communautés. Comment surmonter les obstacles financiers associés à ce modèle de formation?

- La notion d'éducation communautaire a évolué. De l'approche « orientée sur la communauté » (c.-à-d. dans les universités), elle est devenue « basée sur la communauté » où la communauté est un receveur passif, puis elle a « engagé la communauté ». Dans le Nord de l'Ontario, on a effectué une analyse de l'impact socio-économique de l'ÉMNO. Le coût est plus élevé par apprenant, mais les retombées sont le double en termes d'impact économique dans les communautés. Les communautés ont aussi une attitude plus positive face à l'avenir, en général. Les sources innovatrices de financement ont également leur importance : gouvernement local, agences de développement, participation des communautés aux collectes de fonds.

Au Canada, les médecins de famille sont formés afin d'être prêts à exercer dans n'importe quelle communauté canadienne. Comment se doter d'un corps professoral capable d'enseigner la médecine familiale en fonction du contexte?

- Il faut que les travailleurs de la santé communautaire deviennent les enseignants des futurs médecins de famille. Il n'est pas nécessaire que les enseignants soient eux-mêmes des médecins de famille.

Le gouvernement canadien vient tout juste d'annoncer un plan pour lancer une nouvelle politique musclée en matière d'immigration. Comment pouvons-nous en tenir compte dans les soins de santé?

- Les personnes ont le choix, mais les pays riches peuvent améliorer la qualité de l'éducation et des services dans les PFR-PRI pour que les professionnels restent au pays.

La présentation du D' Strasser a fait germer des idées précieuses sur les possibilités de créer des programmes de médecine familiale basés sur les besoins communautaires et qui répondent à ces besoins. Consulter l'Annexe pour la présentation intégrale et la liste des références.

4.2 Énoncé de vision, de mission et de valeurs Centre Besroul pour l'innovation en santé mondiale

Ensemble, les délégués ont formulé la vision, la mission et les valeurs qui encadreront le Centre Besroul en se fondant sur les thèmes qui sont ressortis des présentations et des discussions durant la rencontre.

Vision Un catalyseur mondial pour le développement de collaborations novatrices en médecine familiale pour une meilleure santé pour tous.

Mission Le Centre Sadok Besroul pour l'innovation en santé mondiale réduira les inégalités et améliorera l'impact sur l'état de santé des populations vulnérables d'ici et d'ailleurs grâce à l'apprentissage collectif.

Dans le contexte de la médecine familiale, nous allons :

- Partager le savoir afin de promouvoir des normes élevées pour l'éducation et les soins communautaires.
- Soutenir la formation et le développement des ressources.
- Encourager l'érudition et diffuser le savoir.
- Dialoguer avec tous les secteurs engagés dans les soins primaires.
- Favoriser les partenariats durables et multilatéraux.
- Promouvoir la convergence entre les soins primaires et la santé des populations.

Valeurs

- **Équité** – Reconnaître la dignité inhérente à tout être humain et la juste répartition des ressources et de l'accès des groupes marginalisés et vulnérables.
- **Justice** – Veiller à ce que les particuliers et les groupes aient un accès juste et impartial aux avantages de la société, y compris le droit à la santé.
- **Excellence** – Chercher à atteindre et à respecter des normes les plus élevées en matière de qualité, d'intégrité, de professionnalisme, de leadership, et de soins fondés sur les données probantes et centrés sur le patient.
- **Réciprocité** — Favoriser les échanges collaboratifs et multidirectionnels portant sur l'expérience, le savoir et le développement des ressources entre les partenaires et leur communauté.
- **Respect** — Respecter les cultures, les normes et les points de vue de chacun.

5. Orientations stratégiques revisitées

Durant la rencontre, les délégués ont formulé, en petits groupes, les cinq orientations stratégiques suivantes pour le Centre Besrour pour l'innovation en santé mondiale. Chaque orientation stratégique est accompagnée des initiatives et des objectifs correspondants.

Orientation stratégique n° 1 :

Établir la médecine familiale comme un élément efficace, viable et central des systèmes nationaux de santé.

Objectifs	Initiatives proposées
1.1 Aider à définir le rôle des médecins de famille dans divers contextes internationaux	À court terme Créer une feuille de route, qui comprend les processus et les outils pour : <ul style="list-style-type: none"> • Définir le rôle des médecins de famille dans un système de santé donné (champ de pratique, relations avec les autres prestataires de soins primaires et spécialistes). Décrire les trajectoires d'accès, de coordination et de continuité • Impliquer les divers intervenants • Démontrer que la médecine familiale est une façon importante de répondre aux besoins en soins primaires (élément prioritaire pour les activités d'érudition) • Créer et distribuer un module de formation qui améliore les compétences requises pour évaluer les besoins communautaires
1.2 Appuyer le processus d'évaluation des besoins communautaires comme un indicateur clé de l'implantation de la médecine familiale dans un contexte donné	
1.3 Appuyer la mise sur pied de facultés de médecine familiale dans les universités	

Orientation stratégique n° 2 :

Renforcer les programmes de formation continue et l'accès au savoir des médecins de famille pour l'exercice de soins complets et globaux, efficaces et sensibles aux collectivités.

Pour promouvoir le développement de la médecine familiale, les délégués ont reconnu le besoin d'appuyer le développement professionnel des praticiens existants qui font la transition vers la médecine familiale. Les délégués ont également reconnu qu'il faut distinguer la médecine familiale de la pratique générale non différenciée en définissant clairement le champ de pratique lié au contexte et en positionnant le médecin dans l'équipe de soins primaires.

Objectifs	Initiatives proposées
2.1 Améliorer l'accès à l'information clinique pertinente	À court terme <ul style="list-style-type: none"> • Outiller les praticiens pour qu'ils cernent les lacunes dans les connaissances à l'aide de diverses méthodes

2.2 Améliorer les compétences en pratique réflexive	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir une formation en amélioration de la qualité (AQ)
2.3 Appuyer la formation médicale continue qui tient compte des communautés et créer un milieu favorable à l'apprentissage basé sur la communauté	<ul style="list-style-type: none"> • Concevoir un atelier de formation des formateurs sur la façon d'élaborer une formation médicale continue (FMC) de qualité, en collaboration avec divers partenaires canadiens et internationaux • Fournir des ressources et de l'information sur le site Web
	<p>À long terme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appuyer l'enseignement de la médecine factuelle • Fournir des ressources/de l'information sur la création de connaissances à l'échelle locale • Fournir des ressources pour le transfert des connaissances • Créer des communautés de pratique « d'essai » sur l'espace WIKI du CMFC afin d'alimenter l'application du modèle à plus grande échelle dans les milieux émergents de médecine familiale dans les PFR-PRI

Orientation stratégique n° 3 :

Soutenir l'agrément de la médecine familiale et la certification des médecins de famille (en collaboration avec la communauté mondiale)

Le Centre Besrou, qui évolue sous l'égide du CMFC, est bien placé pour soutenir la création de normes d'agrément et de certification en médecine familiale dans les PFR-PRI. Les délégués ont insisté sur l'importance de formuler des normes qui reflètent le contexte local.

Objectifs	Initiatives proposées
3.1 Se doter de normes d'agrément (universitaires/certification) pouvant être adaptées au contexte des différents pays	<p>À court terme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participer au processus continu de WONCA et combler les lacunes, au besoin
3.2 Créer des processus d'examen des normes dans différents pays	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre au point une « guide » pour le développement des normes et de la certification
3.3 Participer à un collectif mondial pour appliquer les normes de formation et d'agrément	<p>À long terme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collaborer avec d'autres pays pour élaborer un cadre international pour l'examen des normes • Créer des outils/cadres/ressources pour élaborer un examen/un processus de certification pertinent au palier local • Soutenir l'établissement d'un organisme professionnel de supervision de la surveillance des normes

Orientation stratégique n° 4 :

Former un corps d'enseignants efficaces en médecine familiale

Le développement des ressources en médecine familiale s'appuie sur la création d'un groupe d'enseignants en médecine familiale à l'échelle locale. Les délégués ont exposé les outils et les stratégies qui pourraient attirer et appuyer les professeurs de haut calibre vers la discipline.

Objectifs	Initiatives proposées
4.1 Favoriser l'identification des besoins en matière de développement du corps professoral	À court terme Créer un modèle de développement professoral en médecine familiale, dont : <ul style="list-style-type: none">• Des outils d'évaluation des besoins en matière de développement professoral• Une trousse d'outils modulaire pour le développement professoral en médecine familiale (virtuelle ou en direct) À long terme Créer un modèle de développement du corps professoral en médecine familiale, dont : <ul style="list-style-type: none">• un module/atelier de leadership dans le développement professoral en médecine familiale collaborative, national et international• un espace Wiki sur le développement professoral en médecine familiale dans les milieux émergents
4.2 Appuyer l'élaboration d'un programme adapté de développement professoral — de base et avancé	
4.3 Fournir aux enseignants des occasions d'apprentissage (virtuelles et en direct) dans le monde entier	
4.4 Identifier les ressources et les experts mondiaux et créer des façons de communiquer entre eux	

Orientation stratégique n° 5 :

Accroître le savoir en médecine familiale par l'entremise d'activités d'érudition, et évaluer les effets de la médecine familiale sur la santé.

Souvent, le manque de connaissances et de compréhension de la médecine familiale entrave son développement dans les pays où elle n'est pas bien établie. Les délégués ont donné les grandes lignes des stratégies qui pourraient fournir et produire des connaissances favorisant la promotion de la médecine familiale dans un contexte donné.

Cette stratégie doit être mise en œuvre par l'entremise des quatre stratégies susmentionnées au moyen des activités suivantes :

Objectifs	Initiatives proposées
5.1 Promouvoir l'érudition pour provoquer le développement ou l'enrichissement des soins primaires et de la médecine familiale lors des échanges sur la scène politique ou universitaire	À court terme <ul style="list-style-type: none">• Établir une communauté Wiki ou en ligne À long terme <ul style="list-style-type: none">• Étudier la possibilité de créer une bourse du Centre Besrou qui serait remise à un leader en médecine familiale d'un PFR-PRI• Étudier la possibilité de créer une bourse du
5.2 Partager les ressources et les connaissances, relier l'information pertinente aux contextes et aux besoins particuliers	

5.3 Cerner les lacunes dans la recherche	<p>Centre Besroul qui serait remise à un leader canadien en médecine familiale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Établir une communauté Wiki ou en ligne • Établir un collectif d'érudits : Une réunion scientifique tous les 3 ou 4 ans regroupant jusqu'à 10 chercheurs en médecine familiale du monde entier autour d'un sujet d'intérêt.
--	---

6. Priorités d'implantation

Lors de la dernière journée de la rencontre, un groupe de discussion a réfléchi sur la vision et sur les orientations stratégiques du Centre Besroul. Les priorités à court et à long terme sont définies à la section 5 « Orientations stratégiques revisitées ».

Animatrice : D^{re} Ruth Wilson, Université Queen's

Panélistes : D^r Bob Woolard, Université de la Colombie-Britannique
D^{re} Mahlet Yigeremu, Université d'Addis-Abeba, Éthiopie
D^r Sihem Safi, Tunisie
D^{re} Lynn Wilson, Université de Toronto

D^r Bob Woolard a ouvert la séance en proposant que le Centre Besroul puisse permettre au groupe de devenir un tout plus important que la somme de ses parties en assurant que la médecine familiale ait un l'impact positif dans le monde. Il a constaté que les relations individuelles étaient essentielles au fonctionnement des partenariats existants et que le Centre Besroul pouvait faciliter la création de relations au niveau institutionnel au-delà des frontières et des systèmes. D^r Woolard a aussi mentionné que la pratique réflexive jouait un rôle important dans la création d'un système de soins de santé efficace et approprié. Il a suggéré que l'éducation médicale prédoctorale soit imprégnée des principes de la pratique réflexive, de la médecine familiale, d'apprentissage par le service et du développement professionnel continu.

D^{re} Mahlet Yigeremu a expliqué que l'Éthiopie n'a pas les ressources communautaires pour aborder les problèmes de santé. Elle a remarqué que la médecine familiale pourrait combler le vide entre la santé publique et les soins cliniques primaires. Comme la médecine familiale est mal comprise, le Centre Besroul pourrait appuyer les efforts de promotion en Éthiopie. Le Centre pourrait également appuyer des initiatives de formation des formateurs, de même que l'évaluation de l'impact des soins primaires sur les issues de la santé.

D^r Sihem Safi a indiqué que le système de santé tunisien était bien structuré, mais qu'il ne répondait plus aux besoins de la population. Une réforme de l'éducation en médecine et un renouvellement des soins de santé ont été lancés depuis la révolution. La formation en médecine familiale est en cours et la formation continue, quoique déjà établie, n'est pas encore

« La médecine familiale pourrait combler le vide entre la santé publique et les soins cliniques primaires en Éthiopie. »

D^{re} Mahlet Yigeremu

normalisée. Le Centre Besrour pourrait contribuer à l'évaluation et à l'agrément des centres de formation.

D^{re} Lynn Wilson a soutenu qu'il existe actuellement une occasion de renforcer les soins primaires et qu'on ne doit pas fermer les yeux. Le Centre Besrour peut faciliter l'échange de connaissances et d'expérience et encourager les activités d'érudition qui répondent aux besoins d'apprentissage. Pour ce faire, le leadership du CMFC est crucial puisque le Collège jouit d'une crédibilité tant sur la scène nationale et qu'internationale. D^{re} Wilson a proposé que durant la première ou deuxième année du Centre Besrour, les objectifs principaux soient établis par les partenaires des PFR-PRI pour l'avancement de la médecine familiale.

Discussion

Après les présentations du groupe de discussion, l'animatrice et l'auditoire ont posé des questions, ce qui a donné lieu à la discussion ci-dessous.

L'intégration de la médecine familiale dans le programme d'études prédoctorales est un défi courant puisque la spécialisation et la sous-spécialisation ont nui aux programmes dans une certaine mesure. Or, il faut faire de l'espace dans le programme d'études pour la médecine familiale. On peut y arriver en présentant la médecine familiale dans le cadre de la médecine générale, puisque tous les médecins ont besoin de ces connaissances. Il serait également utile de créer des relations longitudinales dans le programme d'études. À l'ÉMNO, l'introduction des étudiants à l'éducation intensive sur les spécialités a lieu à la quatrième année. Durant les trois premières années, les étudiants se concentrent sur la médecine familiale.

Les communautés ont tendance à s'organiser autour des soins primaires. Ce qui est difficile est de démontrer la valeur ajoutée de l'exercice de la médecine familiale et comment elle peut s'adapter à sa communauté. Le champ de pratique du médecin de famille peut aller au-delà des soins primaires de manière à répondre aux besoins de la communauté.

La discussion a ensuite porté sur les politiques en matière de santé. Quelqu'un a suggéré de faire de la politique un engagement réciproque, étant donné les vastes connaissances que les partenaires peuvent échanger.

Enfin, les délégués ont mentionné qu'il pourrait être possible d'utiliser des ressources du Canada pour soutenir les PFR-PRI. Par exemple, les séances de développement professoral pour l'apprentissage par problèmes ont déjà eu lieu par vidéoconférence.

7. Conclusion : Plus fort ensemble

À la fin de la réunion de consultation stratégique internationale, les délégués ont extrait des messages clés sur le projet du Centre Besroul pour l'innovation en santé mondiale. D'abord, le Centre Besroul présente une occasion unique pour les leaders mondiaux de la médecine familiale de collaborer dans le champ d'expertise du CMFC. Les délégués ont insisté sur le fait que cette rencontre inaugurale n'est qu'un premier regard d'une vision vaste et soutenue qui impliquera d'autres parties intéressées du CMFC et d'ailleurs.

Ensuite, le Centre Besroul représente la possibilité d'améliorer les issues de la santé dans le monde en renforçant et en donnant un nouvel élan à médecine familiale sur la scène mondiale. Enfin, une plus grande collaboration entre les partenariats mondiaux en médecine familiale, et entre eux, peut encourager l'innovation requise pour relever les défis posés par la prestation des soins primaires au Canada et à l'étranger.

Les remarques de D^{re} Francine Lemire ont conclu la rencontre. Elle a insisté sur le besoin pour tous les délégués de s'engager et d'accepter la responsabilité pour établir le Centre Besroul. D^{re} Lemire a réitéré que nous sommes un tout plus important que la somme de nos parties et a résumé l'initiative du Centre Besroul par l'énoncé suivant : *Stronger Together – Plus fort ensemble*. Elle a noté la grande qualité des idées articulées durant la rencontre et a rappelé aux délégués que les bonnes idées trouvent toujours le moyen de se concrétiser.

« Nous avons la chance de renforcer les soins primaires dans le monde. »