

**LES 30 ET 31 OCTOBRE 2019
VANCOUVER, CANADA**

RAPPORT DU 8^e FORUM BESROUR ANNUEL

**LA MÉDECINE FAMILIALE :
PORTEUSE DE L'AVENIR DE LA SANTÉ MONDIALE**



© 2020 Le Collège des médecins de famille du Canada

Tous droits réservés. Ce contenu peut être reproduit en entier à des fins éducatives, personnelles et non commerciales seulement, avec mention conformément à la citation ci-après. Toute autre utilisation requiert la permission du Collège des médecins de famille du Canada.

Comment citer ce document : Collège des médecins de famille du Canada. *Rapport du 8^e Forum Besrou* annuel. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada ; 2020.

Pour nous joindre :

https://www.cfpc.ca/Centre_Besrou/

besroucentre@cfpc.ca

twitter.com/CFPCBesrou

TABLE DES MATIÈRES



- 2** Résumé du rapport
- 3** Contexte : Le Centre Besrour

 Priorités stratégiques
- 4** La médecine familiale : porteuse de l'avenir de la santé mondiale

 L'éducation médicale axée sur la communauté :
 Le point de vue des doyens
- 8** Café Besrour : Établir des liens en temps réel en médecine familiale mondiale
- 10** Compétences en innovation collaborative au sein de
 l'effectif mondial des soins primaires
- 12** Mondialisation : Une consultation sur la médecine familiale
 et les soins primaires en Argentine
- 14** Des SP sélectifs aux SP globaux : L'atelier du Centre Besrour pour la recherche
 visant à favoriser le développement des soins primaires dans les pays à faibles
 revenus et à revenus intermédiaires (PFRRRI)
- 15** Séance d'affiches Besrour : Encourager les discussions scientifiques, la
 collaboration et le partage de connaissances
- 17** Séance de planification stratégique du Centre Besrour

RÉSUMÉ DU RAPPORT

Organisé sous le thème « La médecine familiale : porteuse de l'avenir de la santé mondiale », le 8^e Forum Besroul annuel s'est tenu pendant une journée et demie à Vancouver, Colombie-Britannique, Canada. Soixante-huit participants représentant 12 pays, dont 50 étaient présents en personne et 18 en ligne, ont assisté aux six séances qui ont abordé des thèmes allant du point de vue des doyens des facultés de médecine sur les stratégies d'engagement communautaire de leurs établissements à un fructueux partenariat de consultation du Centre Besroul en Argentine. Chaque séance prévoyait une période de discussions en petits groupes et de comptes rendus, au cours de laquelle les participants pouvaient soumettre les divers sujets de leur propre contexte pour discussion et partager leurs expériences et apprentissages avec leurs groupes respectifs.

Nouveau cette année : la démonstration en direct du Café Besroul. Conçu pour favoriser le renforcement des capacités en matière d'éducation en médecine familiale partout dans le monde, le Café est une plateforme numérique permettant de tenir des discussions régulières en temps réel. Dans les commentaires qu'ils ont formulés à la suite de la démonstration, certains participants ont insisté sur l'importance d'axer ces espaces de co-apprentissage sur des solutions. D'autres ont ajouté que l'enregistrement des séances permettrait à ceux qui ne peuvent se joindre aux événements en direct d'en bénéficier eux aussi en y participant de façon asynchrone. Les participants ont également reconnu que la technologie peut favoriser — mais pas remplacer — les relations interpersonnelles qui ouvrent la voie au co-apprentissage et à un réel engagement.

- 68 participants représentant 12 pays
- Première démonstration en direct du Café Besroul
- Émergence de valeurs communes bien ancrées (co-apprentissage, collaboration, innovation et durabilité)

Le Comité scientifique du Forum Besroul a tenu sa séance d'affiches annuelle afin d'encourager les discussions scientifiques, la collaboration et l'échange du savoir entre participants. Notons que les gagnants cette année sont Amanda Marcinowska, D^r Tibor Schuster, D^r Yves Bergevin et D^{re} Isabelle Vedel de l'Université McGill ainsi que D^r Alex Cassenote du Réseau de soins de première ligne de Santa Marcelina de Sao Paulo, Brésil, pour leur recherche intitulée « Identifying primary health care research priorities in underserved regions of Sao Paulo, Brazil ».

Enfin, la séance de planification stratégique d'une heure a réuni 25 participants (19 en personne et six via Zoom) de neuf pays : Argentine, Brésil, Canada, Haïti, Indonésie, Kenya, Nigéria, Rwanda et Ouganda. À l'aide de l'outil Slido, la séance était axée sur les réponses des participants aux trois questions suivantes :

1. Imaginez le Centre Besroul d'ici trois à cinq ans. Quels trois mots spécifiques pourraient décrire son succès ? Comment devrions-nous évaluer notre succès ?
2. Quels sont les changements dans les besoins de nos communautés et de nos partenaires ; existe-t-il des occasions dont nous pourrions tirer parti ?
3. Compte tenu des besoins et des forces de notre communauté, sur quoi devrions-nous concentrer notre attention au cours des trois à cinq années qui viennent ?

Des valeurs communes sont ressorties des discussions des participants en ligne et en personne, notamment le co-apprentissage, la collaboration, l'innovation et la durabilité.

D^r Sadok Besroul a prononcé le mot de clôture du Forum 2019, soulignant qu'il avait bon espoir que nous continuerions de poursuivre sur cette lancée.

CONTEXTE : LE CENTRE BESROUR

Le Centre Besroure est hébergé au sein du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). Sa mission est de promouvoir l'équité en santé partout dans le monde en cultivant des collaborations en santé mondiale qui favorisent l'établissement de la médecine familiale comme fondation des systèmes de santé. Officiellement inauguré en 2015, le Centre Besroure est le fruit d'une invitation lancée au CMFC par D^r Sadok Besroure (Canada). Combiner l'expérience acquise par D^r Besroure dans sa Tunisie natale aux quelque 60 ans d'histoire du CMFC a permis d'explorer des moyens de faire progresser la médecine familiale à l'échelle mondiale en tant que voie vers l'équité en santé. Depuis sa fondation, le Centre Besroure a réuni des collaborateurs de 22 pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires et a soutenu, en faisant preuve d'adaptabilité, une gamme diversifiée de systèmes de médecine familiale émergents.

VISION

Montrer la voie vers un monde où tous ont accès à des soins de santé primaires de grande qualité

MISSION

Encourager la collaboration en vue de faire avancer la médecine familiale à l'échelle mondiale

VALEURS

Équité, justice, excellence, réciprocité, respect

PRIORITÉS STRATÉGIQUES

Plaidoyer, partenariats et engagement communautaire

Le Centre Besroure encourage ses partenaires canadiens et internationaux à militer pour une médecine familiale et de soins de santé primaires robustes partout dans le monde.

Éducation et formation médicales

Le Centre Besroure soutient l'innovation en matière d'éducation pour former des professionnels en soins primaires et des médecins de famille efficaces dans les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires.

Recherche, érudition et amélioration continue de la qualité

Le Centre Besroure partage le savoir pour renforcer les systèmes de santé à l'échelle mondiale. Il dirige également l'élaboration d'un programme international et mutuellement pertinent de recherche sur la médecine familiale et les soins de santé primaires, mettant l'accent sur la création de données probantes dans le but d'améliorer l'accès à une médecine familiale et à des soins primaires de grande qualité dans les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires.

LA MÉDECINE FAMILIALE : PORTEUSE DE L'AVENIR DE LA SANTÉ MONDIALE

Le 8^e Forum Besrouer annuel s'est articulé autour du thème « : La médecine familiale : porteuse de l'avenir de la santé mondiale ». Tenu pendant une journée et demie à Vancouver, Colombie-Britannique, Canada, le Forum a réuni 68 participants représentant 12 pays, dont 50 étaient présents en personne et 18 en ligne.

PROCESSUS DE PRODUCTION DES RAPPORTS

Les participants ont participé activement à toutes les séances et discussions. Les présentations formelles ont souvent été suivies de discussions en petits groupes et de périodes de questions-réponses.

Une rédactrice externe qui assistait au Forum a fait des enregistrements et pris des notes à toutes les séances. Avec le personnel du Centre Besrouer, elle les a ensuite compilées pour produire le présent rapport, qui est organisé sous forme de résumés de séances dans l'ordre où elles ont été présentées.

L'ÉDUCATION MÉDICALE AXÉE SUR LA COMMUNAUTÉ : LE POINT DE VUE DES DOYENS

Ahmed Maherzi, MD, et Alain Pavilanis, MD CM, CCMF, FCMF

De plus en plus, les établissements d'enseignement et les organismes de santé publique partout dans le monde centrent leurs stratégies sur l'engagement communautaire. Celui-ci constitue un jalon essentiel de l'amélioration de l'équité en santé parce qu'il influence les mesures axées sur les déterminants sociaux de la santé. Dans ce contexte, les facultés de médecine doivent orienter leurs activités d'éducation, de recherche et de service de manière à répondre aux principales préoccupations des communautés qu'elles servent, conformément à leur mission de responsabilité sociale. Lors de cette séance, un panel de doyens canadiens et internationaux réunis en table ronde a discuté des stratégies d'engagement communautaire élaborées par leurs établissements respectifs afin de s'acquitter de leur mission de responsabilité sociale à l'égard des populations mal desservies. Le panel était composé de six doyens et leaders universitaires représentant six facultés de médecine de cinq pays. Quatre panélistes ont fait leur présentation en personne et deux se sont joints par vidéoconférence. Outre les 50 personnes présentes dans la salle, 18 participants de partout dans le monde se sont joints à la séance en ligne.

1. Quelle stratégie vous a permis d'éliminer les obstacles à l'engagement communautaire et à la promotion de la responsabilité sociale dans votre faculté ?
2. Comment priorisez-vous les enjeux identifiés par les communautés dans votre faculté ?

D^r Preston Smith, doyen de médecine, Faculté de médecine, Université de la Saskatchewan, Canada, a présenté l'approche de l'Université de la Saskatchewan. Cette approche, qui « vise à faire de nous des chefs de file en matière de responsabilité sociale », repose sur un engagement authentique auprès des communautés par l'éducation et la recherche. Plusieurs programmes clés mettent l'accent sur la responsabilité sociale au sein de l'établissement, dont les suivants : *Making the Links*, *SWITCH (Student Wellness Initiative Toward Community Health)*, *SEARCH (Student Energy in Action for Regina Community Health)* et le *St. Mary's Wellness and Education Centre*. De plus, la Division de la responsabilité sociale de la faculté de médecine de l'Université administre certains de ces programmes. Elle facilite également l'élaboration de cursus centrés sur la communauté et la création d'un fonds de réciprocité communautaire. Ce fonds sert à aplanir les déséquilibres en matière de pouvoirs, de temps et de ressources qui existent souvent entre les établissements d'enseignement et les organisations communautaires.

D^r Rado Ramanampamonjy, vice-doyen, Faculté de médecine, Université d'Antananarivo, Madagascar, a abordé la question de l'éducation médicale axée sur la communauté dans le contexte malgache. L'île de Madagascar couvre une vaste superficie ; une forte proportion de sa population vit en milieu rural. Deux cent cinquante médecins de famille sont diplômés chaque année de ses six facultés de médecine. Depuis quelques années, Madagascar collabore avec l'UNICEF et la Banque mondiale pour recenser les enjeux du système de santé communautaire. Ces consultations ont permis d'identifier les obstacles politiques et institutionnels, incluant le manque de ressources pour la santé et la santé communautaire (la santé représente huit p. cent du budget du gouvernement) et la coordination fragmentée entre les programmes de santé et les programmes communautaires.

Le manque de services de santé est attribué à une pénurie de professionnels de la santé et à l'inégalité dans la distribution de ces professionnels. Les solutions identifiées incluent des incitatifs financiers et non financiers pour les travailleurs de la santé ainsi que des priorités clairement formulées en matière de santé communautaire.

D^r Khaled Al Kattan, doyen de médecine, Université Alfaisal, Arabie saoudite, (en ligne) a parlé du plan à trois volets de son établissement. Le plan vise à transformer le secteur de la santé et à améliorer les soins primaires en Arabie saoudite. D'abord, au niveau de l'éducation médicale, l'objectif consiste à encourager les étudiants à apprendre dans des milieux communautaires dans le but de stimuler l'intérêt pour la santé communautaire et les compétences connexes. Ensuite, au niveau de la résidence en médecine, on s'efforce d'augmenter le nombre de stages en médecine familiale et à les rendre plus attrayants grâce à des mesures incitatives. Enfin, au niveau de la faculté, on travaille à affecter les enseignants à des initiatives communautaires avec les étudiants pour augmenter leur intérêt pour les milieux communautaires. D^r Al Kattan a en outre reconnu qu'il fallait un changement de culture afin de convaincre la population de recourir en premier lieu aux soins primaires avant de se tourner vers les soins secondaires et tertiaires.

1. Quelle stratégie vous a permis d'éliminer les obstacles à l'engagement communautaire et à la promotion de la responsabilité sociale dans votre faculté ?
2. Comment priorisez-vous les enjeux identifiés par les communautés dans votre faculté ?

D^{re} Hélène Boisjoly, doyenne, Faculté de médecine, Université de Montréal, Canada, a décrit le contexte géographique de son établissement. Établie à Montréal, l'Université compte un campus situé à une centaine de kilomètres de la ville et une population de patients de quelque quatre millions de personnes. Les soins primaires ayant été considérés comme prioritaires pour la population, l'établissement compte 18 cliniques dispersées sur le territoire géographique desservi par la Faculté. Plus de 55 p. cent des diplômés optent pour la médecine familiale. Pendant l'externat, l'Université a mis en place un programme qui prévoit un stage dans la communauté (p. ex. stage en médecine carcérale ou en médecine de rue). Nous considérons que ce programme est important pour augmenter la sensibilisation aux besoins et priorités de la société et notre capacité d'y répondre. En collaboration avec la population autochtone locale, la Faculté de médecine souhaite organiser un forum afin de cerner les priorités communautaires en contexte autochtone.

Selon **D^r Safrizal Rahman, vice-doyen, Université Syiah Kuala, Indonésie**, la santé et l'éducation sont reconnues comme des enjeux majeurs en Indonésie — un pays de plus de 250 millions d'habitants. La stratégie de sa faculté en matière d'éducation médicale communautaire vise à remédier à la faiblesse du système de santé communautaire en élaborant un curriculum de médecine familiale et en offrant aux étudiants en médecine des occasions de participer à des programmes de santé communautaire. L'Indonésie a tenu cette année son premier Forum en médecine familiale (non affilié à la conférence du CMFC portant le même nom). Cet événement représente une étape décisive du renforcement des soins primaires dans le pays. Les prochaines étapes incluent l'établissement d'un programme de résidence en médecine familiale.

D^{re} Sarita Verma, doyenne, École de médecine du Nord de l'Ontario (EMNO), Canada, a présenté la mission et les valeurs de l'EMNO en matière de responsabilité sociale. En soi, l'EMNO est le fruit d'une stratégie de responsabilité sociale. Créée pour répondre aux besoins de santé des habitants du Nord de l'Ontario, elle met l'accent sur les populations rurales, éloignées, francophones et autochtones. L'éducation médicale est profondément ancrée dans la communauté, conçue expressément pour elle et axée sur ses besoins. À ce jour, l'EMNO a diplômé 655 médecins. Parmi ceux qui ont fait leur résidence dans le Nord de l'Ontario, 94 p. cent sont restés dans la région après l'obtention de leur diplôme. Les principaux facteurs de succès du partenariat de l'EMNO avec les communautés sont la patience, la tolérance et la capacité de s'adapter aux besoins des communautés.

Après la table ronde, les participants ont été invités à poser des questions et à participer à un débat ouvert sur l'éducation médicale communautaire. Dans leurs commentaires, les participants ont reconnu qu'il est difficile au palier local (au Canada) et dans le monde d'éliminer les obstacles — dont on admet qu'ils sont en grande partie politiques — qui empêchent de valoriser et de faire progresser le rôle des médecins de famille dans le système de santé. L'initiative canadienne du Centre de médecine de famille, que certains participants voyaient comme une possibilité pour les stagiaires en médecine familiale des pays d'outre-mer, a fait l'objet d'une brève discussion. D'autres craignaient que l'initiative soit trop axée sur le milieu

urbain. Un participant indonésien a indiqué qu'il serait utile de tirer des leçons de l'expérience canadienne dans le développement d'un système de santé, de contourner certaines difficultés qu'a connues le Canada et d'appliquer uniquement les aspects qui fonctionnent au contexte indonésien. En résumé, les participants se sont montrés enthousiastes et voyaient avec espoir les actuels progrès de la médecine et de l'éducation médicale axées sur les communautés.

CAFÉ BESROUR : ÉTABLIR DES LIENS EN TEMPS RÉEL EN MÉDECINE FAMILIALE MONDIALE

Françoise Guigné, MD, CCMF ; Kenneth Yakubu, MPhil (Médecine familiale), FWACP (Médecine familiale), et Clayton Dyck, MD, CCMF, FCMF

En collaboration avec ses partenaires, le Centre Besrour met sur pied le Café Besrour — un forum de discussion en ligne régulier et synchrone pour renforcer davantage les capacités en éducation en médecine familiale partout dans le monde. Cet outil de communication peut être utilisé pour favoriser la collaboration entre les partenaires dans les différents contextes géographiques. Le Café Besrour a fait l'objet d'une démonstration en direct où on a tenu une discussion sur les défis et les expériences que connaissent les stagiaires en médecine familiale qui entreprennent un projet de recherche ou d'amélioration continue de la qualité. Basé sur la technologie et les ressources en ligne, le Café Besrour souhaite encourager les participants à créer un espace sécuritaire propice au co-apprentissage et au renforcement des capacités avec, comme objectif définitif, le renforcement de l'éducation en médecine familiale partout dans le monde. Le co-apprentissage se développe dans un contexte de confiance et de respect mutuels, et avec la responsabilité de s'engager afin d'atteindre l'équité. Un formulaire d'évaluation a été distribué aux participants en ligne et en personne ; les résultats seront examinés lors du prochain forum.

Café Besrour

50 participants en personne

18 participants en ligne

20 minutes de démonstration en direct

12 pays représentés

4 continents représentés

On a demandé aux participants : Quels défis ou expériences vivent les stagiaires en médecine familiale qui entreprennent un projet de recherche ou d'amélioration continue de la qualité ?

- Un participant de la République démocratique du Congo a expliqué que d'après son expérience, les obstacles incluent un manque de ressources humaines qualifiées. Dans les sites de formation par exemple, les superviseurs manquent de temps parce qu'on leur confie souvent un trop grand nombre d'étudiants. Quant aux résidents, ils ont aussi souvent de la difficulté à trouver des sujets de recherche pertinents pour la médecine familiale.
- Un participant du Kenya a remarqué que dans son milieu, ce ne sont pas nécessairement tous les enseignants que l'on nomme conseillers en recherche, car pour occuper ce poste, ils doivent posséder l'expérience ou l'expertise requise ; la formation des enseignants en recherche est donc un aspect qui exige une plus grande attention. Autres défis qui freinent la recherche : le manque de temps et de ressources financières.

- Un participant du Nigéria a mentionné la difficulté de maintenir l'intérêt des stagiaires pour le travail et la recherche au palier local, beaucoup d'entre eux préférant partir à l'étranger.
- Un participant du Brésil a aussi souligné que les résidents manquent de temps pour faire de la recherche. Il a également indiqué le manque d'expertise en recherche des conseillers pédagogiques.
- Un participant d'Haïti a souligné que leurs programmes de médecine familiale se heurtent à bon nombre des obstacles mentionnés par les autres participants. La création d'un cours de formation à la recherche et l'ajout d'un stage en recherche dans la formation médicale ont permis de surmonter certains de ces obstacles. On a ainsi pu consacrer du temps protégé pour la recherche. Cette initiative en est à sa deuxième année et jusqu'à maintenant, elle s'est avérée fructueuse. On cherche maintenant à améliorer l'accès à un plus grand nombre de logiciels pour la recherche, comme le logiciel statistique Stata.

On a sollicité les commentaires des participants après la démonstration en direct du Café Besrou. Plusieurs d'entre eux ont souligné que de tels espaces de co-apprentissage doivent être axés sur les solutions. Ceci pourrait être fait en appliquant à ces discussions une approche d'interrogation appréciative. Un participant a proposé de résumer les matières discutées lors de chacun de ces appels et de les distribuer. Selon un autre participant, partager certaines ressources avant la séance, y compris la littérature pertinente sur la question d'intérêt, aiderait à mieux comprendre les enjeux qui font l'objet de la discussion. D'autres ont souligné l'importance d'enregistrer les séances afin que ceux qui n'ont pu se joindre à la séance en direct puissent quand même profiter des discussions. En plus, on a convenu qu'il était important de nommer un modérateur afin que les discussions se déroulent de façon efficace et productive. Pour certains participants, la fiabilité de la connexion Internet va poser problème ; on cherche toutefois des façons de remédier à cette situation. Enfin, on a reconnu que la technologie peut favoriser — mais pas remplacer — les relations interpersonnelles qui ouvrent la voie au co-apprentissage et à un réel engagement. Plusieurs ont mentionné le sentiment de communauté qu'offre le Café Besrou, en insistant sur le fait que cette belle initiative pour favoriser l'innovation et le co-apprentissage.

Principaux apprentissages tirés du Café Besrou :

- Demeurer axé sur les solutions
- Résumer les discussions et les distribuer
- Préparer et distribuer les ressources avant la discussion
- Enregistrer les séances
- Nommer un modérateur

Kenneth Yakubu, MPhil (Médecine familiale), FWACP

Les efforts faits jusqu'à maintenant ont démontré la valeur de la collaboration dans le développement des systèmes de médecine familiale et de soins primaires partout dans le monde. Un thème commun qui a toutefois émergé du Forum est l'importance de faire preuve de sensibilité et de respect lorsque des programmes de médecine familiale bien établis (au Nord) appuient les programmes émergents (au Sud). Nous constatons que le partage d'innovations, d'apprentissages et d'informations au sein de l'effectif mondial des soins primaires est essentiel, non seulement pour promouvoir l'établissement de partenariats authentiques et réciproques, mais aussi pour combattre les nouvelles menaces à la sécurité sanitaire mondiale et pour s'assurer qu'il y a une amélioration continue de la qualité dans nos pratiques cliniques (p. ex., choisir les tests diagnostiques avec soin, renforcer les compétences cliniques). Et surtout, il faut s'assurer que l'effectif mondial des soins primaires de demain développe les compétences requises pour l'innovation collaborative.

Pourquoi l'innovation collaborative ?

La pratique de médecine familiale devient de plus en plus complexe. Les iniquités en santé prennent de l'ampleur et avec l'avancée de la mondialisation, la diversité augmente de plus en plus rapidement au sein des populations. Outre le fait que nous avons besoin d'approches novatrices dans la prestation des soins primaires, nous devons nous assurer que le personnel actuel et futur des soins primaires acquiert les compétences requises pour réaliser rapidement l'innovation collaborative.

Les participants se sont divisés en trois groupes de discussion (deux en anglais et un en français) pour débattre des questions suivantes :

- Dans votre programme de médecine familiale, qui devrait posséder les compétences pertinentes requises pour favoriser l'innovation collaborative entre votre programme et ses partenaires mondiaux ?
- Qu'impliqueraient ces compétences ?
- À quelle étape de la formation devraient-elles être abordées ?
- Quels défis et lacunes existent dans le référentiel de compétences en médecine familiale de votre pays/contexte ?
- Prédire si votre programme est prêt pour ces compétences et suggérer des options créatives pour les intégrer dans votre référentiel de compétences en médecine familiale.

Groupe un

Concernant l'innovation collaborative, on a reconnu que l'on devrait concentrer les efforts sur la définition des compétences de l'effectif collectif en soins primaires et veiller à ce qu'elles soient élaborées par une équipe interprofessionnelle. Elles devraient inclure la bonne combinaison de connaissances, d'habiletés et d'attitudes. L'humilité, la capacité d'identifier les possibilités d'apprentissage complémentaires et l'engagement envers le co-apprentissage ont été relevés comme des compétences importantes pour atteindre les objectifs en innovation collaborative. Reconnaître les points de compatibilité est aussi important lors du travail en partenariat que lors des fréquentations qui précèdent le mariage : on doit établir un certain degré de familiarité et de compatibilité avant de s'engager dans un partenariat.

Le groupe s'est demandé comment enseigner et développer ces compétences chez les stagiaires et comment comprendre correctement le contexte local d'un partenaire. Les participants ont aussi convenu que les stagiaires en médecine familiale et en soins primaires doivent acquérir les compétences en innovation collaborative pendant leur formation.

Groupe deux

Même s'il n'estimait pas que la formation interprofessionnelle devrait être la priorité pour les programmes de formation en médecine familiale, le groupe a reconnu l'importance des partenariats pour réussir à mieux comprendre les divers contextes.

Groupe trois

Plusieurs concepts relatifs à la collaboration ont émergé des discussions — par exemple reconnaître qu'enseigner ces compétences aux étudiants n'est peut-être pas suffisant, et qu'il est également important de former et soutenir les éducateurs afin de leur permettre d'acquérir ces compétences. On a reconnu que l'apprentissage bidirectionnel entre les partenaires est primordial pour la collaboration. En outre, ce groupe a discuté de la valeur des équipes interprofessionnelles et a souligné que le développement d'une collaboration entre les équipes interprofessionnelles doit être encouragé à un stade précoce. Les qualités d'un partenariat doivent inclure l'humilité, l'établissement de relations et la communication.

MONDIALISATION : UNE CONSULTATION SUR LA MÉDECINE FAMILIALE ET LES SOINS PRIMAIRES EN ARGENTINE

Marcelo Garcia Dieguez, MD ; Nancy Fowler, MD, CCMF, FCMF,
et Clayton Dyck, MD, CCMF, FCMF

Avec la récente adoption de la Déclaration d'Astana*, les pays du monde se sont engagés à créer un système de santé axé sur les soins de santé primaires pour leur population. L'Argentine compte parmi ces pays. Au cœur de la réforme des soins primaires d'Argentine se trouve le renforcement de ses programmes de médecine familiale. Par l'entremise de consultations financées par la Banque mondiale, le Centre Besrou a collaboré avec des experts argentins en médecine familiale pour identifier les moteurs du changement et appuyer la conception d'une proposition exhaustive en matière d'éducation et de formation en médecine familiale pour obtenir la concrétisation fructueuse d'une réforme des soins primaires. Par l'entremise de cet échange technique, les communautés canadienne et mondiale de médecine familiale ont beaucoup appris sur la synergie entre la réforme de l'éducation et les systèmes nationaux de santé, et sur la façon dont la conception de programmes de médecine familiale robustes optimise les systèmes de santé pour veiller à ce que tous aient accès à la santé et au bien-être.

Le contexte argentin

Les provinces d'Argentine présentent de grandes disparités au niveau des résultats et des dépenses en santé. Trois domaines prioritaires qui amélioreront l'accès aux soins de santé ont été déterminés : la santé numérique, la santé des familles et de la communauté et l'élargissement de la couverture. Présentement, on note des écarts considérables en ce qui a trait au nombre de résidents en médecine familiale dans chaque province. Ces écarts sont en partie attribuables à la structuration des mesures incitatives et à la désirabilité. Résultat : une distribution de la main d'œuvre qui ne répond pas aux besoins de santé de la population. La médecine familiale n'étant pas la discipline de prédilection des diplômés en médecine, de nombreux postes de résidents dans ce domaine ne sont pas pourvus. À court terme, les stratégies de ressources humaines pour combattre cette pénurie incluent l'augmentation des possibilités de mentorat en médecine familiale pour les étudiants en médecine ainsi que des améliorations axées sur la formation à long terme, comme des bourses d'études et d'autres mesures incitatives.

Détails de la consultation Besrou

L'objectif de la consultation était d'identifier des leviers de changement et de soutenir l'élaboration d'une proposition globale pour l'éducation et la formation en médecine familiale en Argentine. Les réflexions sur le processus ont révélé que l'implication des universités était l'une des forces du partenariat. Le manque d'adhésion de la part des dirigeants provinciaux constituait l'un des obstacles au processus, car même si le programme de médecine familiale en Argentine est financé par le gouvernement national, le soutien des provinces est nécessaire pour en assurer le succès à long terme. Élément nouveau de ce partenariat : la Banque mondiale a établi des liens entre des personnes au palier national en Argentine et le CMFC.

* La Déclaration d'Astana, adoptée à l'unanimité par tous les États membres de l'OMS en octobre 2018, a pris des engagements dans quatre domaines clés : 1) faire des choix politiques courageux pour la santé dans tous les secteurs ; 2) instaurer des soins de santé primaires durables ; 3) veiller à l'autonomisation individuelle et communautaire ; et 4) aligner l'appui des parties prenantes sur les politiques, stratégies et plans nationaux.

Pour réussir, l'équipe devait être au fait d'autres facteurs comme les priorités du bailleur de fonds (la Banque mondiale), le choix du moment (des élections fédérales dans le courant de l'année) et les agents de changement (processus d'agrément). Les leçons apprises au Canada, où on a relié l'éducation à la réforme des soins primaires, ont servi à documenter le processus en Argentine.

La planification de la consultation préliminaire à la visite d'agrément incluait les étapes suivantes : comprendre le contexte et les buts de la consultation, travailler étroitement avec l'équipe hôte, élaborer un cadre de compétences, élaborer un profil professionnel pour le futur médecin de famille et inciter les organismes d'agrément à ancrer le changement au sein du système. Les défis à relever incluaient les contraintes de temps, les capacités linguistiques des équipes et l'incertitude relativement au financement futur. Les succès incluaient la prise en charge du travail par les participants argentins ainsi que la souplesse et l'adaptabilité au sein des équipes. Tous les membres de l'équipe argentine s'étaient engagés dans le processus et souhaitaient tirer des leçons de l'expérience canadienne.

Une fructueuse discussion en plénière a suivi la présentation. Un participant a cité de l'expérience de la Tunisie, où le changement s'est heurté à de la résistance ; il a demandé si ça avait été aussi le cas en Argentine. On a suggéré qu'une stratégie efficace pour surmonter d'éventuelles résistances serait de recourir aux personnes qui, tout

« Après avoir commencé à travailler, nous avons réalisé que nos deux pays ne sont pas si différents et que nous pouvons apprendre l'un de l'autre. »

naturellement, se faisaient les champions du changement envisagé. Dans le cas de l'Argentine, les universités choisies pour l'essai pilote étaient celles qui avaient déjà un grand nombre d'étudiants qui s'impliquaient en médecine familiale. Un autre participant a demandé comment l'équipe a accédé au financement de la Banque mondiale pour ce travail. La demande de financement pour ce projet n'était pas une demande isolée ; elle s'inscrit dans une relation de longue date avec la Banque mondiale. Ajoutons que les buts et objectifs correspondaient aux priorités de la Banque. Un autre participant a noté qu'il était important que la demande vienne de l'équipe argentine, plutôt que des experts canadiens.

DES SOINS DE SANTÉ SÉLECTIFS AUX SOINS DE SANTÉ COMPLETS ET GLOBAUX : L'ATELIER DU CENTRE BESROUR POUR LA RECHERCHE VISANT À PROMOUVOIR LE DÉVELOPPEMENT DES SOINS PRIMAIRES DANS LES PAYS À FAIBLES REVENUS ET À REVENUS INTERMÉDIAIRES

Adelson Guaraci Jantsch, MD, directeur général du programme de résidence en médecine familiale, Secrétariat de la santé de l'État de Rio de Janeiro, et membre du Centre Besrou

Depuis peu, de nombreux pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires ont adopté des politiques publiques visant à consolider les soins primaires et à favoriser l'accès aux soins de santé universels. Bien qu'il soit de plus en plus accepté que la médecine familiale est la spécialité médicale qui devrait dispenser les soins de santé primaires, les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires se heurtent à de nombreux obstacles lorsqu'ils tentent de convertir les politiques publiques en changements concrets.

Les principaux obstacles pour ces pays sont le développement des ressources et de la main-d'œuvre pour dispenser les soins primaires — surtout en formation en médecine familiale — de même que certains défis structurels et organisationnels. Plusieurs initiatives mondiales en cours qui appuient les pays dans leur cheminement vers des soins de santé primaires robustes mettent au point des outils de mesure du rendement des systèmes de santé. Sans s'opposer à cet objectif, le Centre Besrou maintient qu'une approche qualitative à l'évaluation du développement des soins de santé primaires serait plus appropriée que des méthodes strictement quantitatives de mesure du rendement. L'information quantitative (combien) importe dans l'évaluation des systèmes de santé, mais en tant que médecins de famille, nous accordons beaucoup de valeur aux récits et aux expériences, car elles révèlent les motifs (comment, qui, quand, de quelle manière) qui expliquent pourquoi l'initiative a réussi. La mesure du développement des soins de santé primaires dans les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires nous permet d'associer l'information quantitative à l'information qualitative dans le cadre d'une initiative de recherche à méthodes mixtes.

Facteurs de confusion : De robustes systèmes de soins primaires devraient avoir des effets positifs et mesurables sur la santé. Cependant, cette relation n'est pas linéaire de sorte que de nombreux facteurs de confusion (le développement social, la stabilité politique, l'éducation, l'emploi et la richesse) ont une incidence sur les soins primaires et la santé.

Communication narrative : Pour répondre aux questions « pourquoi », nous devons inclure la communication narrative pour donner un sens aux chiffres. Ceux-ci doivent être étoffés avec de l'information contextuelle, incluant pourquoi, comment, où et par qui.

Buts communs : Pour élaborer des buts, il faut définir des objectifs. Par exemple, pour mettre en place un système complet de soins de santé primaires, il faut une définition commune de « complet ».

D' Jantsch a animé des discussions en petits groupes où on a demandé aux participants d'envisager les possibles étapes de développement des soins primaires dans leurs contextes respectifs. Les participants ont ensuite partagé leurs idées avec leurs collègues et une discussion approfondie a suivi. Ces discussions préliminaires ont jeté les bases de travaux de recherche qui viseront à comprendre certaines des complexités du développement des soins primaires. Les notes prises pendant la discussion seront analysées. Dans le cadre des discussions en petits groupes, les participants ont témoigné de leur expérience et formulé des commentaires sur l'importance de la diversité dans chacun des petits groupes, insistant sur le fait que la divergence des points de vue est un élément important de la conversation.

SÉANCE D’AFFICHES BESROUR : ENCOURAGER LES DISCUSSIONS SCIENTIFIQUES, LA COLLABORATION ET LE PARTAGE DE CONNAISSANCES

Le Comité scientifique du Forum Besrouur a tenu sa présentation d’affiche annuelle dans le but d’encourager les discussions scientifiques, la collaboration et le partage de connaissances entre participants. Les critères pour soumettre une affiche incluaient une collaboration Nord-Sud aux travaux et une recherche effectuée conformément à un processus scientifique éprouvé. Le comité a reçu 21 propositions de grande qualité sur des thèmes très variés : remédier à la pénurie de professionnels de la santé compétents dans les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires, déterminer les priorités en matière de recherche sur les soins primaires dans les régions mal desservies, analyser le rapport coût-efficacité de la formation en résidence en médecine familiale, et favoriser un meilleur accès aux soins de santé.

Gagnants de la séance d’affiches Besrouur 2019 :

« Identifying primary health care research priorities in underserved regions of Sao Paulo, Brazil »

Félicitations à Amanda Marcinowska, D^r Tibor Schuster, D^r Yves Bergevin et D^{re} Isabelle Vedel de l’Université McGill, ainsi qu’à D^r Alex Cassenote du Réseau de soins de première ligne de Santa Marcelina de Sao Paulo, Brésil

À noter : l’affiche gagnante choisie par le Comité scientifique du Forum Besrouur a également reçu le Prix du « Choix des délégués ». La recherche a systématiquement recensé les principales priorités en matière de recherche dans les quartiers mal desservis de l’est de Sao Paulo en se basant sur les connaissances et l’expérience des experts dans différents domaines : santé maternelle et infantile, maladies contagieuses et non contagieuses, santé mentale, premiers secours et soins d’urgence, sécurité des patients et coordination des soins dans la région. L’équipe de recherche présentera ses travaux au Forum Besrouur 2020.

Gagnant de la séance d’affiches Besrouur 2018

« Attitudes, barriers, and enablers towards conducting primary care research in Banda Aceh, Indonesia: A qualitative research study »

D^r Ichsan de l’Université Syiah Kuala, Indonésie

Gagnants du Prix de la meilleure affiche en 2018, D^r Ichsan et son équipe ont reçu du soutien du Centre Besrouur pour présenter leur enquête sur la réalisation de recherches sur les soins primaires à Banda Aceh, Indonésie. D^r Ichsan a dressé un historique de son partenariat avec l’Université McMaster, un partenariat qui remonte à 2012.

Depuis, ce partenariat n'a cessé de se développer et a mené à cette étude qui a identifié la recherche comme un moyen nécessaire pour impliquer les décideurs dans le renforcement des soins de santé primaires en Indonésie. Cette étude était conçue pour déterminer l'expérience en recherche des actuels enseignants en soins primaires à l'Université Syiah Kuala en Indonésie et les facteurs qui facilitent ou entravent la promotion de la recherche dans leur établissement.

Méthodologie

Méthode qualitative descriptive

Au total, 29 enseignants sur 32 ont participé à 10 groupes de discussion (dont trois en anglais et sept en Bahasa Indonesia).

Résultats

La majorité des participants ont reconnu que la recherche était une priorité dans leur université. La plupart possédaient de l'expérience en la matière et avaient des projets de recherche en cours. La motivation personnelle contribuait grandement à l'augmentation des activités de recherche. Quant aux facteurs limitant ces activités, nous avons noté la faiblesse de la politique de recherche, le manque de financement et d'infrastructure pour la recherche, la complexité de la bureaucratie et de l'administration en matière de recherche et les contraintes de temps. Allouer aux enseignants davantage de temps pour la recherche faisait partie des recommandations.

L'un des résultats marquants de la recherche a été l'organisation par l'Université Syiah Kuala, les 9 et 10 octobre 2019, du premier Forum en médecine familiale (non affilié à la conférence du CMFC portant le même nom) en Indonésie. Les publications sur la recherche en médecine familiale révisées par des pairs ont été l'un des facteurs identifiés comme ayant mené à cette première conférence. Ce forum a offert aux participants l'occasion de militer pour une réglementation nationale des programmes de résidence en médecine familiale par le Conseil médical indonésien. Il a aussi marqué la fin des conflits historiques entre les différentes associations médicales du pays et signalé le début d'une avancée pour la médecine familiale en Indonésie.

SÉANCE DE PLANIFICATION STRATÉGIQUE DU CENTRE BESROUR

D'une durée d'une heure, la séance de planification stratégique collaborative a réuni 25 participants (19 étaient présents en personne et 6 via Zoom) de neuf pays : Argentine, Brésil, Canada, Haïti, Indonésie, Kenya, Nigéria, Rwanda et Ouganda. À l'aide de la technologie Slido, la séance a été organisée autour de commentaires des participants relativement à trois questions clés. Voir ci-après les questions et les résumés des discussions qui ont suivi.

QUESTION UN :

Imaginez que d'ici trois à cinq ans, nous avons un Centre Besrourobuste et productif. Quels trois mots spécifiques pourraient être utilisés pour décrire son succès ? Comment devrions-nous évaluer notre succès ?



Figure 1. Nuage de mots formé par les réponses à la question un, généré par Slido

SÉANCE DE PLANIFICATION STRATÉGIQUE DU CENTRE BESROUR

Thèmes clés qui sont ressortis de la discussion entre les participants sur place et en ligne : co-apprentissage, collaboration, innovation et durabilité. Le groupe a reconnu qu'il existe des valeurs communes chez les participants sur la direction que prendra le Centre Besrouur dans l'avenir. Certains participants si en raison de son objectif — améliorer les soins de santé primaires partout dans le monde —, le Centre Besrouur ne devrait pas travailler avec d'autres pays développés, comme les pays d'Europe. Les avis étaient partagés sur ce sujet, certains suggérant que les autres pays développés ont moins besoin du soutien d'un groupe comme le Centre Besrouur que les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires. D'autres reconnaissaient que, peu importe l'endroit où les inégalités se situent, nous avons en tant qu'êtres humains la responsabilité de travailler à les réduire. Un autre participant a souligné l'importance de l'humilité, ajoutant que le Canada n'est pas un phare, et qu'il nous reste beaucoup à faire pour améliorer la médecine familiale ; cependant, mettre en lumière et partager ce qui fonctionne bien fait partie de cette démarche.

QUESTION DEUX :

Quels sont les besoins changeants de nos communautés et de nos partenaires ; existe-t-il des occasions — actuelles et prévues — dont nous pourrions tirer parti ?

Les participants ont reconnu le bien-fondé de se concentrer sur deux ou trois occasions afin de s'assurer de bien faire les choses. Un participant a souligné l'importance de comprendre les compétences et l'expérience des membres du groupe et de les utiliser pour déterminer les occasions que le Centre Besrouur devrait saisir. Selon un autre participant, le Centre Besrouur pourrait faire le lien là où les membres ne possèdent pas l'expertise appropriée et éviter un dédoublement du travail effectué ailleurs. Le Centre Besrouur ne cesse d'évoluer, et le groupe s'engage à continuer de diffuser les leçons apprises. Cependant, notre expertise continuera d'évoluer pour répondre aux besoins actuels de nos partenaires et des populations que nous servons.

Réponses des participants :

- Équité
- Accès aux soins, sans égard au contexte
- Plus grande utilisation des technologies
- Réduction des inégalités en matière de santé
- Ouverture d'esprit
- La santé en tant que besoin humain et droit fondamental
- Intégration
- Expansion du réseau ; différentes cultures
- Santé climatique
- Importantes contributions des médecins de famille
- Améliorer la capacité de recherche
- Nouvelles académies et éducation médicale dans les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires
- Davantage de professions de la santé autres que la médecine familiale

SÉANCE DE PLANIFICATION STRATÉGIQUE DU CENTRE BESROUR

QUESTION TROIS :

Compte tenu des besoins et des forces de notre communauté et des forces du Collège des médecins de famille du Canada, sur quoi devrions-nous concentrer nos efforts au cours des trois à cinq prochaines années ?

Les participants ont souligné l'importance de collaborer pour comprendre comment le Centre Besroul peut contribuer au changement. Ils ont dit espérer que la vision qui émerge n'est pas uniquement une vision canadienne de la manière d'y parvenir, mais que cette question doit être abordée sous l'angle de la collaboration. Le Centre Besroul doit demeurer bien connecté à l'échelle mondiale pour assurer le co-apprentissage. Un participant a ajouté « qu'il ne s'agit pas seulement d'exporter notre vision — nous ne faisons rien de si extraordinaire ici, au Canada — mais que nous pouvons aussi tirer des apprentissages de l'innovation réalisée ailleurs dans la prestation des soins primaires réalisée, en particulier dans la communauté ».

Selon un autre participant, le Centre Besroul a justement pour objet de favoriser l'établissement de partenariats. En tant que pays bilingue, nous avons une occasion unique de renforcer les soins primaires dans les pays francophones, notamment Haïti et l'Afrique occidentale et centrale. Les Canadiens ont aussi beaucoup à apprendre de ce qui se fait ailleurs dans le monde — dans des endroits très éloignés, où il n'y a pas d'accès aux soins. L'important est de prendre conscience de ce qui se passe et de voir comment le Centre Besroul peut contribuer.

D^r Besroul a prononcé le mot de clôture du Forum Besroul 2019, disant qu'il se sentait plein d'espoir et d'optimisme à l'idée de poursuivre sur cette lancée.

Réponses des participants :

- Renforcement des capacités en soins primaires
- Soutien politique au développement de la médecine familiale
- Collaboration en recherche entre les partenaires du Centre Besroul
- Promotion de la médecine familiale
- Portée de la pratique
- Activités plus régulières de renforcement des capacités
- Un système en temps réel permettant d'identifier les partenaires Besroul canadiens et internationaux
- Projets de recherche en soins de santé familiale
- Technologie et maladies infantiles
- Apprendre de tous les partenaires et mettre en commun ces apprentissages
- L'évolution du rôle des soins primaires

« Nous sommes tous ici dans cette salle parce que nous sommes convaincus que faire preuve de leadership en médecine familiale est un bon moyen de combler les lacunes dans l'accès aux soins et l'équité en santé. »

RÉSUMÉ STRATÉGIQUE

- Des valeurs et visions communes de co-apprentissage, de collaboration, d'innovation et de durabilité sont clairement ressorties des discussions du groupe.
- Le Centre Besroul doit demeurer bien connecté à l'échelle mondiale pour permettre le co-apprentissage.
- Le Centre Besroul a le potentiel pour assurer la connexion là où les membres ne possèdent pas l'expertise appropriée et éviter la duplication du travail qui se fait ailleurs.
- En raison du bilinguisme du Canada, il est reconnu que le Centre Besroul présente une capacité unique à interagir avec les pays francophones.



**Participants du Forum Besroul 2019
Vancouver, Colombie-Britannique**