



La 5^e Conférence annuelle Besroul sur la santé mondiale

Mobiliser la médecine familiale afin d'atteindre l'objectif 3 de développement durable (ODD 3)

Rapport final

Du 1^{er} au 4 novembre 2016

Rio de Janeiro, Brésil

Table des matières

Résumé	1
Introduction.....	3
Historique du Centre Besroul	4
Production des rapports sur la Conférence.....	4
Préparer le terrain : Mettre l'accent sur l'objectif 3 de développement durable.....	5
Objectif : Mesure.....	7
Le partenariat <i>Primary Health Care Performance Initiative</i> et les « signes vitaux »	7
Sondage sur l'utilisation du profil cumulatif du patient.....	8
Idée de recherche – Les modèles de soins de santé primaires comme outil de mesure.....	9
Coordination des efforts avec l'OMS.....	10
Les prochaines étapes.....	10
Objectif : Génération de connaissances.....	12
Capacité de génération de connaissances au sein de la communauté Besroul.....	12
Développement des compétences de recherche en médecine familiale	12
UTOPIAN — Un réseau exemplaire de recherche axé sur la pratique.....	13
Projet pilote sur le renforcement des capacités de recherche en Guyane, et stratégies mises en place au Brésil.....	13
Démarche d'amélioration de la qualité.....	14
Recherche, compétences en AQ et voie à suivre	15
Bâtir le réseau de recherche Besroul.....	16
Tirer profit de la technologie.....	16
Les prochaines étapes.....	17
Objectif : Partenariats.....	18
Le cadre pentagonal.....	18
Partenariats socialement responsables	20
Récits — Le projet « Kiosque de récits »	22
Les prochaines étapes.....	23
Objectif : Formation médicale	24
Le travail d'éducation du Centre Besroul	24

Développement professionnel continu sur la scène internationale.....	24
Formation professorale et résultats des groupes de discussion 2015	26
Atelier sur la formation professorale.....	27
Agrément et certification	28
Les prochaines étapes	29
Conclusion	31
Un regard sur le Centre Besroul.....	31
Le chemin parcouru, le chemin à parcourir	31
Remerciements	34
Annexe A : Points saillants du programme de la Conférence.....	35

Résumé

La 5^e Conférence annuelle Besrou sur la santé mondiale, qui s'est tenue en novembre dernier à Rio de Janeiro (Brésil), a réuni 75 médecins de famille, chefs de file universitaires et professionnels en médecine familiale de plus de 20 pays. Son objectif était de mettre à profit la médecine familiale mondiale pour atteindre l'objectif 3 de développement durable (ODD 3) : « Assurer un mode de vie sain pour chacun et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ». Elle s'est tenue en parallèle avec la Conférence mondiale des médecins de famille WONCA 2016, où le Centre Besrou a animé une séance de conversation sur l'équité, la responsabilité sociale, l'inclusion et la stratégie. Elle a également exploré comment une approche de médecine familiale peut présenter le fondement pratique, intellectuel et moral nécessaire pour la création d'un système de soins de santé primaire robuste.

La Conférence Besrou a mis l'accent sur quatre objectifs : mesure, génération du savoir, partenariats et formation médicale.

Les délégués ont examiné des cadres de travail pour mesurer au macro-niveau les systèmes de soins primaires et de médecine familiale à partir des indicateurs ou « signes vitaux » établis par le projet *Primary Health Care Performance Initiative*. Ils ont également jeté les bases d'une étude comparative à mener par le réseau Besrou pour déterminer des mesures que les médecins de famille, qui travaillent sur le terrain, estimeraient pertinentes. Enfin, les délégués se sont également penchés sur les outils et cadres de mesure en place au niveau clinique, comme le profil cumulatif du patient.

Pendant les ateliers sur la génération du savoir, les participants se sont interrogés sur la façon dont le Centre Besrou peut évaluer les capacités de recherche locales et faciliter les activités de recherche et d'amélioration de la qualité au sein de la communauté Besrou. Les solutions proposées accordent la priorité aux besoins des partenaires internationaux du Centre en matière de développement professionnel, dont les suivantes : continuer de tirer parti du réseau Besrou, adopter des outils de réseautage social en ligne et développer des trousseaux de ressources, des mesures de soutien et des occasions de formation pour alimenter la recherche et l'investigation constructive chez les médecins de famille et les médecins résidents en procédant de manière à susciter la plus grande participation possible des médecins issus des milieux à faibles ressources.

Les participants ont examiné le travail réalisé en formation médicale, en cernant principalement les besoins locaux en matière de formation et élaboré des stratégies adaptées à chaque pays pour répondre à ces besoins. D'énormes progrès ont été réalisés dans le développement de mesures de soutien additionnelles pour la formation professorale et l'élaboration des cursus ainsi que pour la formation médicale continue des praticiens. La Conférence de cette année a ouvert le débat sur la certification des médecins de famille et l'agrément des programmes de résidence en médecine familiale.

Tout au long de la Conférence, l'approche holistique adoptée par le Centre Besrou pour comprendre et développer les systèmes de soins primaires — une approche qui met l'accent sur la relation entre les composantes du système — a fourni de précieuses informations aux délégués issus de

divers horizons. Du temps était prévu pendant la Conférence pour une discussion approfondie sur l'élaboration d'un code de déontologie sur les partenariats socialement responsables. Pendant les conférences Besrou et WONCA, le projet du « Kiosque de récits » a recueilli, à des fins de plaidoyer et d'analyse systématique, les récits personnels de 130 médecins de famille de 50 pays.

Les délégués ont clairement exprimé l'importance d'avoir une plateforme sociale dynamique, en ligne et l'infrastructure nécessaire pour favoriser la collaboration et les échanges pendant toute l'année dans tous les aspects des initiatives de la communauté Besrou.

La délégation brésilienne a joué un rôle central dans la Conférence : elle a généreusement accueilli les délibérations, profitant de l'occasion pour mettre en valeur la vigoureuse expansion de la médecine familiale à Rio de Janeiro et la détermination de la Ville à poursuivre cette initiative novatrice.

Les organisateurs ont eu le plaisir d'accueillir D^r Hernan Montenegro (OMS) et le président sortant de WONCA, D^r Michael Kidd (Australie). La Conférence a également servi de toile de fond à la signature d'un protocole d'entente entre le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), la Société brésilienne de médecine familiale et communautaire et le Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto. Cette collaboration et cette synergie avec la communauté internationale découlent du constat partagé par tous que la médecine familiale offre une voie essentielle pour réaliser nos ambitions mondiales et qu'elle est un ingrédient nécessaire vers l'atteinte de l'ODD 3.

Introduction

La 5^e Conférence annuelle Besrour sur la santé mondiale, tenue sous le thème « Mobiliser la médecine familiale afin d'atteindre l'objectif 3 de développement durable », a réuni 75 médecins de famille, chefs de file universitaires et professionnels en médecine familiale provenant de plus de 20 pays. La Conférence visait à mettre à profit la médecine familiale mondiale pour atteindre l'[objectif 3 de développement durable](#) : « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ».

La Conférence était axée sur quatre objectifs :

1. Génération du savoir : Renforcer la capacité de recherche en médecine familiale grâce à l'identification et au développement d'outils et de stratégies pour faire progresser :
 - a) les pratiques disposées à la recherche et les réseaux de recherche basée sur la pratique dans les milieux à faibles ressources ;
 - b) les compétences en recherche pour les médecins praticiens ;
 - c) les activités d'amélioration de la qualité.
2. Formation médicale : Identifier les stratégies et les activités du Centre Besrour pour soutenir les besoins recensés par les pays partenaires en matière de formation en médecine familiale par la formation médicale continue et l'agrément des programmes de médecine familiale.
3. Mesure : Rendre compte de la contribution de la médecine familiale aux soins primaires en identifiant les outils et les indicateurs liés à la médecine familiale.
4. Partenariats : Déterminer les principes directeurs et les outils pour amorcer et renforcer les partenariats entre les pays et les institutions.

Cette orientation à volets multiples a lancé un débat animé sur les façons aussi nombreuses que variées par lesquelles la médecine familiale peut offrir le fondement pratique, intellectuel et moral nécessaire pour l'établissement d'un système de soins de santé primaire robuste.

L'invitation de la communauté Besrour au Brésil pour la Conférence a marqué le début d'une nouvelle ère de collaboration. Le Brésil est un innovateur mondial en renforcement des capacités et de la médecine familiale et un partenaire de longue date du Centre Besrour. Rio de Janeiro était également le lieu de rencontre de la communauté internationale des médecins de famille, qui se réunissait du 2 au 6 novembre pour la Conférence internationale 2016 de médecine familiale (WONCA). Les deux premières journées de la Conférence Besrour se sont déroulées dans la ville historique de Copacabana, et la dernière partie sur le site de la Conférence WONCA, ce qui a offert aux délégués Besrour une occasion unique de dialoguer avec des membres de la délégation WONCA venus de tous les coins du monde.

Quelques détails intéressants sur les délégués :

- Près de la moitié participaient à la Conférence pour la première fois ; le Nigeria, le Myanmar, l'Algérie et l'Arabie saoudite comptaient au nombre des nouveaux pays participants.
- Plus de la moitié des délégués venaient du Brésil, d'Asie, d'Afrique, du Moyen-Orient et des Caraïbes ; les autres venaient du Canada.
- Environ un tiers étaient des femmes ; environ un quart étaient francophones ; des services d'interprétation simultanée vers le français et l'anglais étaient offerts.

La confiance et l'affinité des délégués à l'égard de la famille Besrour en expansion se sont intensifiées au fil de la Conférence.

Historique du Centre Besrour

Le Centre Besrour exerce ses activités à partir des locaux du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). Sa mission est de promouvoir l'équité en santé partout dans le monde en entretenant 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 Besrour est le fruit d'une invitation lancée au CMFC par D^r Sadok Besrour (Canada). La combinaison de l'expérience acquise par D^r Besrour dans sa Tunisie natale et les 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 privilégiée vers l'équité en santé. Depuis sa fondation, le Centre Besrour a réuni des collaborateurs provenant de 22 pays à revenu faible et moyen et a soutenu, en faisant preuve d'adaptabilité, une variété de systèmes de médecine familiale émergents.

Selon la [définition de WONCA](#), « La médecine générale - médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires ». Au sein de la communauté mondiale de la médecine familiale, le Centre Besrour veut entreprendre chez les leaders un débat progressif sur l'équité, la responsabilité sociale, l'inclusion et la stratégie dans la lutte mondiale pour donner accès à tous à des soins primaires de qualité.

Priorités stratégiques du Centre Besrour pour améliorer la santé partout dans le monde :

- Mobiliser les partenaires et les intervenants pour améliorer la santé mondiale par l'intermédiaire de la médecine familiale
- Défendre les intérêts de la médecine familiale dans les systèmes de santé partout dans le monde
- Faire progresser l'éducation, la formation et la certification en médecine familiale
- Renforcer l'érudition et l'amélioration de la qualité en médecine familiale
- Assurer la viabilité et la responsabilisation opérationnelles du Centre Besrour

Production des rapports sur la Conférence

Tenant compte des commentaires sur les conférences précédentes, les organisateurs ont basé la Conférence 2016 sur la participation active, le partage, la discussion et la contribution de tous les

délégués. Les présentations formelles étaient habituellement suivies d'une période de questions-réponses et de discussions en petits groupes. Même si l'ordre du jour de la Conférence était flexible et a permis d'apporter des changements de dernière minute, nous avons respecté l'horaire des séances et les objectifs établis.

Une petite équipe de résidents en médecine familiale du Brésil comptait au nombre des participants, ainsi qu'un rédacteur externe qui a pris des notes durant les présentations et les discussions et a produit le présent rapport.

Les présentateurs et modérateurs ont animé une série de plénières sur des thèmes connexes et dans bien des cas, les discussions n'ont pas été confinées à un seul thème. Dans le présent rapport, les discussions des séances sont regroupées en grandes catégories : mesure, génération du savoir, partenariats et formation médicale. Elles ne sont donc pas présentées dans l'ordre où elles ont eu lieu. Une liste détaillant les faits saillants de la Conférence figure à l'Annexe A, à titre de référence.

À chaque séance, le présentateur commençait par informer les participants de tout conflit d'intérêts potentiel, une formalité qui a démontré que tous adhéraient à la valeur de transparence et que tous les présentateurs, sans exception, étaient à l'abri de toute influence compromettante.

Préparer le terrain : Mettre l'accent sur l'objectif 3 de développement durable

Au moment où la communauté mondiale tente de répondre aux défis des Objectifs de développement durable, il est évident que pour assurer une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tout âge, elle doit voir plus loin que le financement vertical destiné à des maladies prises isolément, à des populations restreintes et aux soins en milieu hospitalier. Il faut plutôt renforcer les systèmes de santé et investir dans des stratégies qui se sont avérées efficaces, soit des stratégies de financement horizontales (intégrées et centrées sur les patients) basées sur les données probantes. La médecine familiale peut jouer un rôle important pour inspirer et soutenir nos efforts en santé mondiale.

À la Conférence, la communauté Besroul a cherché à savoir comment, dans une perspective de responsabilité sociale, ses efforts collectifs et ses collaborations visant à faire progresser la médecine familiale à l'échelle mondiale complètent et orientent les cibles établies par les objectifs de développement durable. Le cadre de responsabilité sociale offre à la médecine familiale la possibilité de présenter un point de vue unique pour répondre de façon proactive aux besoins de la société et réaliser les ambitions mondiales des objectifs de développement durable.

La Conférence a commencé par un bref mot de bienvenue de la directrice du Centre Besroul, D^{re} Katherine Rouleau (Canada), et de son fondateur, D^r Sadok Besroul (Canada), qui ont présenté le conférencier d'honneur, D^r Ahmed Maherzi (Tunisie), doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Tunis.

Dans son discours d'ouverture, D^r Maherzi a parlé de l'ODD 3, officiellement adopté par une résolution des Nations Unies en 2015. Établissant ensuite des liens entre les déclarations

internationales dans les domaines de la santé, de la culture, de la science et des affaires, il a formulé une synthèse convaincante du rôle central de la médecine familiale dans la lutte vers l'équité mondiale.

D^r Maherzi a souligné la nécessité pour les facultés de médecine d'institutionnaliser un éthos de responsabilité sociale, attirant l'attention sur le [Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine](#) et sur le projet des facultés de médecine francophones sur la responsabilité sociale, un projet auquel participent quelque 56 facultés de médecine dans 18 pays. Puisant des exemples dans le travail à plusieurs volets qu'il accomplit à l'Université de Tunis, D^r Maherzi a illustré l'importance d'atteindre un équilibre entre les pressions qui s'exercent, d'une part, pour la mise en œuvre de recherches proactives dans le domaine des soins de santé primaires et, d'autre part, pour la diffusion et la mise en œuvre des modèles de pratiques exemplaires déjà établis. Cette préoccupation quant aux différents modes de recherche s'est nettement dégagée comme un thème central de la Conférence au cours des jours qui ont suivi.

Énonçant clairement un objectif de qualité des soins de santé pour tous et faisant valoir le rôle central de la responsabilité sociale dans la formation et la pratique de la médecine, D^r Maherzi a incité les délégués à se concentrer sur les défis pratiques énoncés dans les objectifs de la Conférence.

Objectif : Mesure

La Conférence avait comme objectif d'explorer les divers cadres permettant de mesurer et d'évaluer l'impact, la force et les avancées des soins primaires et de la médecine familiale. Les délégués ont cherché à recenser des données et renseignements susceptibles de contribuer à une évaluation et à une mesure plus pertinentes de l'impact et de la qualité des soins primaires et de la médecine familiale dans leurs divers contextes. Ils ont également essayé de trouver des activités qu'ils pourraient réaliser ensemble au sein du réseau Besroun pour approfondir ce débat.

***Primary Health Care Performance Initiative* et les « signes vitaux »**

Au deuxième jour de la Conférence, les délégués se sont penchés sur l'utilité de [Primary Health Care Performance Initiative](#) (PHCPI), un cadre de suivi de l'amélioration des soins de santé primaires à l'échelle mondiale. M^{me} Chelsea Taylor (É.-U.) de [Results for Development](#) (R4D) a animé la discussion.

Pour poursuivre la discussion amorcée à la Conférence Besroun 2015 sur le PHCPI, M^{me} Taylor a réitéré l'objectif principal de cette initiative : renforcer les systèmes de soins de santé primaires en donnant un aperçu de leur performance à l'aide de 25 indicateurs ou « signes vitaux ». Ces indicateurs ont été regroupés dans cinq catégories : système, intrants, prestation des services, extraits et résultats. M^{me} Taylor a souligné les difficultés que pose la mesure de la « zone grise » dans la prestation des services et a laissé entendre que la communauté Besroun pourrait contribuer à cet égard.

Dans la discussion de groupe qui a suivi la présentation de M^{me} Taylor, les délégués se sont demandé comment le Centre Besroun pourrait, en intégrant la perspective de la médecine familiale et des points de données axés sur la médecine familiale, contribuer aux travaux en cours du PHCPI. Le projet PHCPI a également servi de tremplin pour une discussion sur la possibilité que le Centre Besroun crée un outil comparable pour mesurer les systèmes de médecine familiale.

En petits groupes, les délégués ont discuté des indicateurs de performance du PHCPI ou « signes vitaux », du point de vue clinique, régional et mondial. Un des groupes a schématisé le flux d'information dans lequel les données régionales/nationales guident l'analyse à l'échelle mondiale, qui à son tour guide la pratique au plan local. On a remis en question le public visé par les signes vitaux du PHCPI ; les indicateurs semblent plus axés sur les décisions macro-politiques. En ce qui a trait à la responsabilité, les mesures seront-elles équitables si les médecins de famille n'ont aucun contrôle sur un grand nombre de facteurs ? Sont-elles mieux adaptées pour mesurer l'amélioration de la qualité au niveau local ? D^r Joshua Tepper (Canada) estimait que le Centre Besroun pourrait contribuer en aidant à gérer cette tension entre responsabilité et amélioration de la qualité. Selon D^r Kenneth Yakubu (Nigeria), le PCAT (*Primary Care Assessment Tool*), qui est conçu pour mesurer la performance des systèmes, est plus utile au niveau clinique.

M^{me} Taylor a expliqué que le PHCPI se concentre sur les données disponibles et s'est bien gardée de demander aux pays de recueillir de nouvelles données aux fins du cadre de suivi du PHCPI. L'idée que le Centre Besroul pourrait contribuer à la collecte des données nécessaires pour mesurer les systèmes de médecine familiale a été discutée. D^r Janusz Kaczorowski (Canada) a proposé de mieux intégrer le point de vue du patient dans les indicateurs.

À l'échelle mondiale, on reconnaît que les indicateurs du PHCPI (signes vitaux) peuvent servir de rubrique pour déterminer lesquels des modèles mis en place par les pays valent la peine d'être reproduits. Ils peuvent également appuyer le plaidoyer pour l'équité et le partage d'information. En renforçant les systèmes de santé, les indicateurs permettront de réduire les instances de maladies infectieuses et de surveiller les impacts à long terme des maladies non transmissibles. À l'échelle régionale et nationale, les indicateurs étayent les évaluations des besoins, offrent des mesures standardisées pour la recherche et servent de plateforme de comparaison et de réseautage.

Les délégués se sont toutefois demandé si les 25 indicateurs sont effectivement les meilleures mesures. Avons-nous besoin d'outils plus spécifiquement axés sur la médecine familiale ? Quel est le nombre de médecins de famille par pays ? Quel est le nombre de travailleurs en santé communautaire pour 1000 personnes ? On a soulevé des questions sur la façon de bien cerner le fossé ville-campagne, d'aller au-delà des chiffres absolus et de créer des boucles de rétroaction significatives.

Il a été noté que les décideurs privilégieront probablement ce qui est facile à mesurer. Les délégués ont proposé un modèle holistique plus complexe : D^r Robert Woollard (Canada) a présenté un graphique 3-D pour visualiser les données du PHCPI. L'axe des x montrait les résultats structuro-fonctionnels, l'axe des y indiquait la relation patient-médecin et l'axe z , la continuité et l'accès à l'intégralité des soins.

La stratégie du PHCPI offre globalement un modèle attrayant pour comparer les systèmes de médecine familiale dans différents pays. D^{re} Rouleau a comparé le Centre Besroul et le PHCPI à des voisins qui habitent des maisons adjacentes, échangent des idées, coopèrent et se tiennent au courant des activités de l'un et l'autre.

Sondage sur l'utilisation du profil cumulatif du patient

Abordant la systématisation des connaissances à partir d'une échelle différente, D^r David Ponka (Canada) a présenté le profil cumulatif du patient (PCP) en tant qu'outil permettant de bien saisir certaines dimensions, comme la continuité, la globalité et autres, dans le contexte de la prestation des soins primaires et, au bout du compte, de démontrer l'impact de la médecine familiale sur l'efficacité des systèmes de santé à l'échelle mondiale. Le PCP, un outil utilisé dans les cliniques, est un résumé cumulatif et concis de l'état de santé, des antécédents médicaux et de la situation personnelle d'un patient. D^r Ponka a présenté les résultats d'un sondage mené auprès des délégués Besroul sur l'utilisation de documents de type PCP dans leur cabinet et, le cas échéant, quelle était la teneur de ce document. Dix des douze répondants canadiens ont déclaré utiliser un PCP, comparativement à cinq des onze répondants internationaux.

Ce sondage et l'intérêt pour les documents de type PCP découlent en partie de l'ouvrage de D^r Atul Gawande, *The Checklist Manifesto* (2011), qui plaide en faveur de l'utilisation de listes de vérification pour améliorer la performance humaine dans les systèmes de santé. Ces listes ont été adoptées dans le secteur de l'aviation, mais leur utilisation demeure facultative en médecine. D^r Gawande est chirurgien, mais la logique de l'utilisation de ces listes s'étend aux soins primaires.

D^r Tepper a indiqué que même si l'Ontario (Canada) a réglementé l'utilisation des listes de vérification en chirurgie en se basant sur le livre de D^r Gawande, des recherches subséquentes n'ont constaté aucune amélioration des résultats. Ce que son intervention suggérait, c'est que la liste de vérification en soi ne suffit pas — son utilisation doit s'appuyer sur un changement culturel au sein du système, dans le but d'améliorer les résultats.

D^r Woollard a fait valoir que si la médecine est généralement complexe, comme élever un enfant, elle n'est pas compliquée, comme faire atterrir une fusée sur la lune. Le plus essentiel, c'est de développer des boucles de rétroaction et des relations de qualité.

D^r Aboi Madaki (Nigeria) a indiqué que, comme il n'a que 4 minutes 8 secondes pour voir un patient, il ne peut pas mettre en place une liste de vérification. Une discussion a suivi sur la sur-documentation au Royaume-Uni et le danger de transformer les médecins en commis à la saisie de données. D^r Ponka a suggéré que le personnel infirmier pourrait aider dans la collecte des données pour le PCP.

D^{re} Rouleau a parlé de son dentiste qui lui envoie un courriel la veille de son rendez-vous pour savoir s'il y a eu des changements dans son état de santé ou ses données personnelles. Elle a aussi parlé de son expérience personnelle, indiquant que lorsqu'elle a commencé à s'informer du statut socio-économique de ses patients, ces derniers étaient réticents à communiquer ces informations. Toutefois, les conversations avec eux se sont transformées quand elle leur a expliqué son intérêt pour les déterminants sociaux de la santé.

D^r Maherzi a manifesté un intérêt pour mettre cette idée à l'essai. D^r Ponka a invité les autres personnes intéressées à se joindre à ce projet.

Idee de recherche – Les modèles de soins de santé primaires comme outil de mesure

En matinée du deuxième jour de la Conférence, D^r Adelson Guaraci Jantsch (Brésil) a animé un atelier sur les autres moyens dont dispose la médecine familiale pour évaluer les impacts et les progrès des cadres de mesure des soins primaires à l'échelle mondiale. À cette fin, il a sondé les participants sur les stratégies en place dans leurs pays respectifs en matière de soins de santé primaires et de médecine familiale. Trois groupes se sont penchés sur la question et l'ont abordée à trois niveaux différents :

- Un groupe a examiné la situation globalement : les participants ont discuté des approches nationales, au plan de la gouvernance, des politiques, des universités, des mesures incitatives, des partenariats et des structures, en cherchant les lacunes.

- Un autre groupe a examiné les stratégies en matière de professionnalisation, dans les programmes de résidence, le développement de la main-d'œuvre ainsi que des mesures incitatives destinées aux professionnels des soins primaires, et s'est demandé quels types de professionnels travaillent dans les soins de santé primaires d'un pays donné.
- Le troisième groupe a vu si les médecins de famille disposent dans leurs cliniques de tout ce dont ils ont besoin pour offrir un service de bonne qualité, avec efficacité et équité en santé. Peuvent-ils diagnostiquer et prendre en charge les problèmes de santé les plus communs dans leurs collectivités (maladies aiguës, santé mentale, santé maternelle et infantile, promotion de la santé et soins préventifs) ? Combien de patients un médecin de famille peut-il prendre en charge ? Que manque-t-il encore pour passer des soins de santé primaires sélectifs à des soins de santé primaires complets et globaux ?

D^r Jantsch a ensuite expliqué que cette question n'est qu'un point de départ pour des recherches visant à mieux comprendre la contribution potentielle de la médecine familiale au renforcement des systèmes de santé par l'amélioration des mesures et l'échange d'information. Une analyse comparative de l'évolution des soins primaires dans différents pays et contextes du réseau Besroul a été entreprise et déjà, elle fait ressortir la diversité et les contrastes qui existent. Elle pourrait servir de point de départ à une étude multicentrique pour explorer plus à fond cette question de recherche.

Coordination des efforts avec l'OMS

D^r Hernan Montenegro (OMS) a réitéré le rôle crucial de la médecine familiale dans le cadre de la transition mondiale vers une réingénierie des services de santé afin de mieux intégrer les services de santé et les centrer davantage sur les personnes pour améliorer l'accès, l'équité, l'abordabilité, la qualité et la réactivité. Adoptant l'optique du [Cadre de l'OMS pour des services de santé intégrés centrés sur la personne](#) (IPCCHS), D^r Montenegro a démontré que la médecine familiale peut contribuer à cette vision en jouant un rôle crucial dans la coordination des soins complexes entre les milieux de soins. En outre, la réorientation des modèles de soins vers des modèles de pratiques de médecine familiale et communautaire est au cœur de l'IPCCHS. Les remarques de D^r Montenegro ont fait ressortir l'importance de la médecine familiale et de soins primaires robustes en tant que pierre angulaire de tout système de santé efficace et des divers cadres qui existent à l'échelle mondiale, comme l'IPCCHS et les ODD.

Les prochaines étapes

Définir la mesure comme une priorité distincte de la recherche et de la génération du savoir est une façon de reconnaître que ces cadres globaux structurent notre façon d'interpréter et de donner du sens aux données que nous recueillons. Cette macro-perspective, de pair avec une habileté à voir les implications des macro-cadres pour les systèmes de soins de santé sur le terrain, fait que le Centre Besroul est bien positionné pour jouer un rôle spécial dans cette conversation de haut niveau. À l'avenir, le Centre Besroul continuera de s'intéresser et de contribuer au développement d'outils pour ces cadres ; ces outils devraient permettre de bien cerner la médecine familiale et les systèmes de soins

primaires et de les soutenir. L'IPCCHS est une innovation très appréciée qui continuera d'être étudiée, tout comme les autres cadres, en tant que structures de création de sens, tant nécessaires et imparfaites qu'elles soient. Le Centre Besroul maintient son engagement vers la mise en œuvre d'une stratégie susceptible d'avoir le plus grand impact possible sur l'atteinte de l'ODD 3.

Objectif : Génération du savoir

Capacité de générer du savoir au sein de la communauté Besrouer

Parallèlement aux efforts du Centre Besrouer pour concevoir des outils de mesure et d'évaluation des systèmes de santé qui intègrent le point de vue de la médecine familiale, les participants de la Conférence Besrouer se sont penchés sur la recherche, la génération du savoir et la gamme des techniques disponibles.

Des représentants du réseau de recherche axé sur les pratiques cliniques de première ligne de l'Université de Toronto (UTOPIAN) et de [Qualité des services de santé Ontario](#) figuraient au nombre des conférenciers. D^r Ponka, responsable du Groupe de travail sur les documents Besrouer et la recherche, a présenté le projet de renforcement des capacités de recherche qu'il mène en Guyane. D^r Jantsch a animé un atelier ayant pour objectif de jeter les bases d'un projet de recherche multicentrique visant à comparer les systèmes et stratégies de médecine familiale entre les pays.

Les délégués ont examiné les points suivants : la capacité au sein du réseau Besrouer de mener à bien la recherche ; les buts divergents de la recherche officielle et de l'amélioration de la qualité ; la possibilité de projets multicentriques de génération du savoir ; les mesures de soutien requises pour réaliser la recherche, recueillir les données et effectuer les analyses dans les milieux à faibles ressources. Renforcer la capacité pour la recherche et les initiatives d'amélioration de la qualité au sein de la communauté Besrouer s'est imposé sans contredit comme une priorité, tout comme la mise en œuvre d'un réseau de recherche modifié axée sur la pratique.

Développement des compétences de recherche en médecine familiale

Au premier jour de la Conférence, D^r Ponka a animé une série de séances sur le renforcement des capacités de recherche en médecine familiale. Il a expliqué que la recherche est essentielle à l'évolution d'une discipline académique. Pour faire de la recherche dans un domaine aussi vaste que celui de la médecine familiale, il faudra sans doute recourir à des partenariats coordonnés. D^r Ponka a souligné que si la presque totalité de la recherche effectuée présentement en médecine familiale est axée sur les expériences des pays industrialisés comme le Canada, la médecine familiale est souvent très différente dans les régions émergentes.

Renforcer la capacité de recherche n'est pas un processus facile ou simple. Les médecins qui exercent dans les milieux à faibles ressources doivent avoir du temps pour réaliser la recherche, un vif intérêt pour la question de recherche, de la collaboration et des cibles stratégiques. Il a indiqué que l'OMS a proposé une telle approche ; en 2008, l'organisme a souligné qu'il était nécessaire de mettre en

place des projets de recherche durables sur la santé communautaire ainsi que des ressources de soutien en ligne.

UTOPIAN — Un réseau exemplaire de recherche axé sur la pratique

M^{me} Aashka Bhatt (Canada) a présenté le réseau de recherche axé sur les pratiques cliniques de première ligne de l'Université de Toronto ([UTOPIAN](#)), où elle est coordonnatrice de la pratique. Le réseau, qui effectue des recherches dans 14 sites d'enseignement du Département de médecine familiale et communautaire et 400 cabinets, regroupe 1400 médecins de famille et un million de patients. M^{me} Bhatt a décrit UTOPIAN comme un laboratoire vivant pour la médecine familiale, où des groupes de cliniciens de soins primaires collaborent afin de trouver des réponses à des questions liées aux soins de santé communautaires et appliquent ces résultats dans la pratique. Le réseau soutient les chercheurs à toutes les étapes du projet de recherche (formulation de l'idée, planification, recherche de praticiens partenaires, mise en œuvre, analyse et présentation), qu'il s'agisse de petits projets pilotes à faibles coûts ou d'études plus importantes, subventionnées. UTOPIAN a adapté pour sa propre utilisation le questionnaire *Research Ready*, un modèle d'auto-agrément conçu pour le programme [RCGP Research Ready](#)[®] au R.-U.

UTOPIAN organise chaque année un cours de formation de six jours pour les chercheurs, soutient les enseignants du cours et finance les projets pilotes. L'investissement de base du projet UTOPIAN provient du gouvernement, des sites participants et de fondations sans but lucratif. Le modèle exploite le cycle de recherche dans le but d'instaurer une culture de la recherche plus accessible. Aux médecins de famille participants, UTOPIAN offre des systèmes améliorés, un modèle de recherche communautaire et l'amélioration de leur profil professionnel.

Projet pilote sur le renforcement des capacités de recherche en Guyane, et stratégies du Brésil

Les D^{rs} Ponka et Jantsch ont présenté le travail qu'ils accomplissent en Guyane et au Brésil, respectivement.

Le projet *Family Medicine for Guyana* actuellement en cours est issu de collaborations des cinq dernières années entre des universités canadiennes et antillaises, l'Organisation panaméricaine de la santé, le gouvernement canadien, les collèges des médecins de famille du Canada et des Caraïbes et, plus récemment, d'un partenariat officiel avec l'Université d'Ottawa, avec le soutien d'Universitaires sans frontières. En 2015, la Guyane a lancé son programme national de médecine familiale.

Le programme *Family Medicine for Guyana* vise à développer la capacité clinique de la Guyane en offrant aux résidents en médecine du pays une série de modules conçus pour les soutenir pendant qu'ils élaborent leurs propres projets de recherche autodirigés. Les sujets de recherche choisis incluent la grossesse chez les adolescentes et la contraception, les pratiques d'hygiène personnelle, le VIH et les

infections du pied diabétique. L'objectif plus vaste du projet est d'améliorer la confiance des médecins en les soutenant lorsqu'ils élaborent des projets de recherche axés sur l'amélioration des processus de soins.

Le fait qu'au début du projet, plusieurs résidents participants n'étaient pas au courant des sources de données disponibles dans leur propre région témoigne de la nécessité de ce type d'apprentissage proactif. Les résidents ont réagi avec enthousiasme.

D^r Ponka et ses collègues veulent développer la capacité des facultés guyanaises partenaires à enseigner les modules de façon autonome. Ils travaillent également à élaborer un programme de recherche unifié. D^r Ponka souhaite à adapter ces modules et la démarche du projet pour les partenaires Besrou.

D^r Jantsch a présenté les récents développements au Brésil. Les universités locales ont mis en place un nouveau programme de maîtrise en soins primaires pour les médecins, également ouvert à ceux des autres disciplines. Elles ont un programme de formation pour aider les superviseurs à améliorer leurs compétences en communication et en recherche afin de mieux transmettre les connaissances requises. Entre 70 et 80 étudiants s'inscrivent au programme chaque année, et tous doivent produire une thèse de recherche.

Démarche d'amélioration de la qualité

D^r Tepper a fait une courte présentation sur l'amélioration de la qualité (AQ), qu'il décrit comme une « trajectoire vers l'amélioration ». À son avis, l'AQ est un enjeu important pour les systèmes émergents, qui doivent profiter de l'occasion pour l'incorporer à leur culture. Il a souligné les six domaines de la qualité des soins de santé de l'*Institute of Medicine* : avoir un système sécuritaire, efficace, axé sur les patients, efficient, rapide et équitable.

L'AQ et la recherche sont deux choses différentes. Même s'il est vrai qu'elles représentent toutes les deux une approche disciplinée face à un problème, chacune utilise ses propres outils et vise des buts qui lui sont propres. On peut envisager la recherche comme la production de connaissances généralisables, avec une attention particulière à la réduction des biais. En recherche, l'amélioration des soins est une préoccupation secondaire. L'AQ, par contre, est une méthode systématique visant à rendre les choses meilleures. Ayant comme objectif premier l'amélioration des soins, elle met tout particulièrement l'accent sur la production de connaissances contextualisées et applicables.

Selon D^r Tepper, l'AQ est un cheminement qui va de l'information au changement en passant par le savoir. Il décrit ce cheminement comme suit : vous n'avez pas besoin d'un énorme volume de données ; une unique feuille de calcul Excel peut vous fournir ce dont vous avez besoin. Les patients constituent une formidable source d'information — avec cinq personnes et du café, vous pouvez en apprendre beaucoup sur ce que l'on fait bien ou pas. Il est essentiel de créer un espace sûr et neutre pour cette rétroaction. L'AQ est à la fois un ensemble de compétences et une trousse d'outils pour travailler avec l'information et les données. Même un cours de deux jours peut renforcer vos capacités.

Les gens doivent se familiariser avec le cycle PEÉA (planifier, exécuter, étudier et agir) et les histogrammes.

Au-delà de la collecte et de l'analyse des données, amener des changements et des améliorations par l'AQ exige un certain leadership : une personne qui croit au projet. L'échec est une importante éventualité à envisager parce que, souvent, l'AQ ne fonctionne pas. L'engagement à faire mieux n'est pas nécessairement une garantie de succès instantané. D^r Tepper a proposé quatre étapes pour enclencher une démarche d'AQ : rédiger un énoncé d'objectifs ; élaborer un plan d'AQ ; donner de la formation dans le domaine ; établir des relations avec des gens qui s'y connaissent par l'intermédiaire d'outils de réseautage, comme Facebook et Skype.

Recherche, compétences en AQ et voie à suivre

Après la moitié des présentations sur la recherche, les délégués ont formé des petits groupes pour lancer des idées sur les mesures de soutien qui pourraient permettre de renforcer les capacités et de mener à bien des activités dans les domaines de la recherche et de l'AQ. Les idées proposées s'articulaient autour d'une variété de thèmes.

Les délégués ont dressé la liste de ce qu'il faut pour réaliser des activités de recherche ou d'AQ : équipe, outils, temps, rémunération, ressources dédiées, développement des compétences, soutien organisationnel, participation des patients, réseautage, création d'une communauté de pratique et accès aux données existantes. En AQ tout particulièrement, il faut avoir l'autonomie requise pour intégrer les changements proposés, et tant en recherche qu'en AQ, il faut offrir un espace d'observation et de réflexion critiques.

Les délégués ont suggéré que le Centre Besroul pourrait offrir des ateliers pratiques de rédaction et des ateliers sur les méthodes et techniques de recherche lors de la prochaine Conférence, voire plus tôt. Un vif intérêt a également été manifesté à l'égard de ce qui serait probablement un volet parallèle d'ateliers pratiques sur les méthodes et techniques d'AQ. Ces ateliers pourraient s'articuler autour de propositions concrètes d'études, et soit être basés sur les idées proposées par les participants inscrits, soit découler d'un processus plus formel d'évaluation des besoins et d'établissement des priorités en recherche.

Le Centre Besroul pourrait en outre soutenir la concrétisation d'idées en projets. Plusieurs délégués ont dit qu'ils aimeraient avoir accès à des occasions de mentorat afin d'aider à générer des propositions ainsi qu'à des processus concrets de recherche ou d'AQ. Les délégués ont discuté de la possibilité de consulter des universitaires en tant que possibles collaborateurs, de mieux faire comprendre le point de vue de la médecine familiale au sein du milieu universitaire et de promouvoir la collaboration interdisciplinaire avec la recherche en médecine familiale. Les participants ont recommandé de mettre l'accent sur la sensibilisation des jeunes enseignants.

D'autres suggestions ont été faites relativement au Centre Besroul :

- Identifier des bourses doctorales afin de renforcer la capacité de recherche formelle dans les systèmes de médecine familiale émergents et de stimuler l'intérêt pour la recherche et l'AQ dans la formation médicale et les programmes de résidence.
- Identifier les recherches en cours et sensibiliser la collectivité à ces recherches. Ceci pourrait faire partie du processus d'établissement d'un programme de recherche conçu pour aider les systèmes de santé et les collectivités. Le Centre Besroul pourrait réviser le libellé et le contenu des résumés et/ou documents soumis par ses membres. Dans un dernier temps, il faudrait aussi aider à diffuser les résultats de ces recherches.
- Créer un incubateur de projets qui pourrait offrir de petites subventions pour soutenir les projets de recherche et d'AQ, incluant des subventions de voyage pour soutenir les recherches multicentriques, du financement au stade pré-projet et des fonds de démarrage pour les partenariats de recherche.
- Plaider pour l'inclusion de l'AQ dans les exigences de l'octroi et du maintien de la certification et la possibilité que le Centre Besroul agisse en tant qu'organisme de certification relativement aux exigences en AQ.

Bâtir le réseau de recherche Besroul

Prenant du recul relativement à ce déluge d'idées, de nombreux délégués ont reconnu qu'essentiellement, on décrivait un réseau de recherche Besroul amélioré, auquel seraient éventuellement adaptés des aspects du réseau de recherche axé sur la pratique, remodelés pour répondre aux besoins propres à la communauté internationale Besroul. On sentait une volonté commune de trouver des façons de continuer à collaborer en tant que réseau entre les réunions ainsi que le sentiment qu'il était urgent de mettre les choses en branle. Les participants ont défini les défis au plan organisationnel, dont les suivants : tenue des dossiers, gouvernance, planification, recherche et établissement de partenariats, établissement d'un programme de recherche et instauration d'une culture de la recherche et de normes de qualité. Toutes ces choses se compliquent en raison des contraintes de temps et d'argent et des priorités concurrentes. Il est essentiel de comprendre la relation entre les données, les connaissances et le changement, et il est tout aussi essentiel de fixer des critères d'évaluation, d'établir des relations et de célébrer entre partenaires les réussites en recherche et en AQ avec des exemples précis.

Une approche itérative, axée sur le développement de l'infrastructure requise et l'ajout de cours et de projets au cas par cas, pourrait être utile.

Tirer profit de la technologie

Tout au long de cette discussion, les délégués ont suggéré des moyens pour intégrer la technologie de la communication à l'actuel processus Besroul, afin de faire progresser ses travaux entre les conférences et d'assurer une mobilisation soutenue toute l'année. À cette fin, on pourrait utiliser un réseau social spécialisé, comme le réseau commercial [Slack](#) ou les outils à source ouverte [Mattermost](#) ou [Rocket.Chat](#).

La vision était que ces outils permettraient aux membres de savoir ce que les autres font, de partager des articles et de l'information et d'obtenir rapidement réponse à des questions.

D'autres idées basées sur la technologie ont été suggérées : offrir de la formation, des cours et des webinaires en ligne sur la recherche ou l'AQ, dresser la liste des cours existants et coordonner la participation à ces cours, déterminer et partager d'autres ressources en ligne. Il a été suggéré d'explorer la prépublication des recherches en médecine familiale (en s'inspirant du modèle de dépôt de prépublications scientifiques arXiv.org, géré par la bibliothèque de l'Université Cornell).

On a également proposé de passer au crible, d'une manière ou d'une autre, l'ensemble des nouvelles recherches (plus d'un million d'articles en médecine chaque année) pour recenser les articles pertinents pour la médecine familiale et la communauté Besrouer.

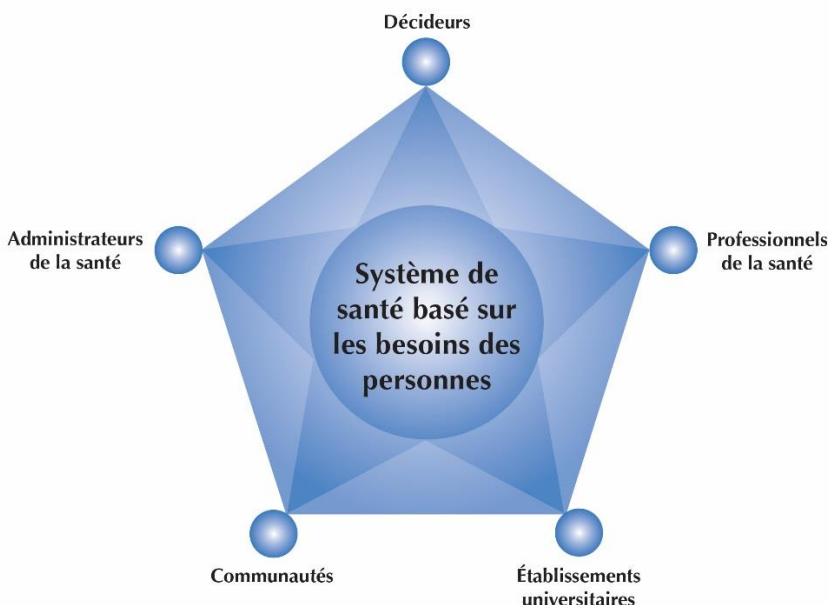
Les prochaines étapes

Se basant sur les commentaires, le Centre Besrouer continuera de développer un plan et un réseau de recherche, tout en tenant compte des besoins des partenaires en matière de recherche, de l'harmonisation avec les efforts locaux consacrés à la recherche et des mesures pertinentes, et en mettant l'accent sur l'engagement, le développement des compétences et de la culture. La communauté Besrouer commencera par la création d'outils pratiques pour soutenir ce processus collectif, par exemple en utilisant la technologie des communications et en créant des ateliers pratiques sur la recherche et l'AQ qui seront présentés à la prochaine Conférence Besrouer. Les réseaux de recherche axés sur la pratique et leur adaptation aux contextes locaux feront l'objet d'un examen plus approfondi.

Objectif : Partenariats

Le cadre pentagonal

Au troisième jour de la Conférence, D^r Woollard, coresponsable du Groupe de travail sur la narration et l'application de la médecine familiale, a animé une présentation en panel pour le public élargi de la Conférence WONCA. Cette présentation a fourni plus de précisions sur l'approche du Centre Besrou. Elle a décrit ce cadre comme un outil efficace pour analyser le fonctionnement des systèmes de santé de toutes tailles, à l'échelle locale, nationale et internationale. Elle a défini les cinq intervenants clés d'un système de santé, soit les décideurs, les professionnels de la santé, les établissements d'enseignement, les collectivités et les administrateurs de la santé.



Le cadre repose sur le postulat que si le système en tant que tel doit avoir comme objectif de répondre aux besoins des personnes, la meilleure façon de comprendre son fonctionnement est d'analyser les relations entre ces intervenants clés. Selon D^r Woollard, le sens de la responsabilité sociale est ici à la fois le fondement et le résultat d'un système qui fonctionne bien.

L'innovation, du point de vue du cadre pentagonal

D^r Jose Carlos Prado (Brésil), vice-secrétaire aux soins de santé primaires à Rio de Janeiro, a fait une présentation détaillée sur l'expansion rapide du système de soins primaires de la ville : la proportion de la population totale de la ville desservie par ce système est passée d'un piètre 3,5 % en 2009 à 50 % en 2015. D^r Prado a décrit les défis posés par la gestion des interactions entre une collectivité qui connaissait mal le concept de soins de santé primaires, les décideurs et les établissements d'enseignement.

Dès 1998, des cliniques ont fait l'objet d'un projet pilote à Rio de Janeiro ; elles ont été bien reçues par les collectivités. Par la suite, le dialogue communautaire avec les décideurs et l'efficacité économique remarquable du modèle de médecine familiale ont convaincu les principaux acteurs au sein des gouvernements du bien-fondé de cette approche. Deux facteurs ont contribué de façon significative au succès du programme jusqu'à maintenant : le travail en équipe avec les médecins afin d'instaurer un sentiment de responsabilité sociale chez les jeunes médecins et le fait d'offrir des salaires adéquats et des activités de développement stimulantes dans les facultés de médecine.

D^{re} Samantha Franca (Brésil) a ensuite décrit son expérience au sein de la première cohorte de résidents issue du programme de médecine familiale de Rio de Janeiro, programme qui en 2009 en était à ses débuts. À ce stade précoce, les postes de résidents étaient rares. Les quelques équipes de médecine familiale existantes étaient isolées les unes des autres et les salaires étaient peu élevés. Les salles d'urgence des hôpitaux débordaient, étaient peu efficaces et comptaient sur les autres spécialistes. Confrontée au fait que les hôpitaux de formation existants ne voulaient pas ou ne pouvaient pas créer les places en résidence requises pour les finissants en médecine familiale, la ville a décidé de créer un vaste programme de résidence qui, encore aujourd'hui, continue de répondre au besoin.

Présentée sous deux angles différents qui mettent l'accent sur les relations entre les intervenants clés, l'approche innovatrice adoptée par Rio de Janeiro pour renforcer les capacités démontre clairement la pertinence du cadre pentagonal. Le système de médecine familiale de Rio témoigne du fait qu'un leadership inspiré peut opérer des changements positifs. Il offre également un cas type qui permettra de suivre l'évolution de la résilience des systèmes de santé émergents au fil des changements au niveau des responsables politiques.

Un point de vue canadien sur le cadre pentagonal

D^r Jamie Meuser, coresponsable du Groupe de travail Besroul sur la formation médicale continue, a abordé le cadre pentagonal sous l'angle de l'identité. Les médecins de famille, a-t-il expliqué, sont plutôt empathiques ; ils sont de bons collaborateurs et ils tirent leur énergie de l'opinion positive qu'ont d'eux leurs patients. Ce sont également des gens qui ne peuvent faire autrement que de voir l'arbre et la forêt derrière, toujours à la recherche d'un équilibre entre les préoccupations individuelles et collectives. Au sein des établissements d'enseignement, ils assument souvent la part du lion du travail : on compte souvent sur eux pour que les choses soient faites. D^r Meuser a parlé de l'alliance naturelle entre la médecine familiale et les politiques en santé caractérisée par une préoccupation à l'égard des déterminants sociaux de la santé. Il a également souligné le fait qu'il est important de prendre un moment pour s'auto-féliciter — il est tout aussi important de continuer à repousser nos limites.

Le médecin en tant que patient et le cadre pentagonal

D^r Woollard a demandé aux médecins et aux professionnels de la santé présents de réfléchir à leur autre rôle — celui de patient du système de santé. Les gens ont parlé de l'importance d'instaurer un

climat de confiance entre les médecins et les patients, de l'impression qu'en médecine familiale, les médecins traitent chacun de leurs patients comme un membre de leur propre famille ainsi que de l'importance des soins compétents et uniformes et du professionnalisme.

D'autres ont remarqué qu'il est important que les patients comprennent le cadre pentagonal et qu'ils sachent comment fonctionne le système de santé dans son ensemble. Les participants ont discuté de la possibilité d'un pentagone irrégulier et du rôle crucial du gouvernement. Ce rôle a été illustré à l'aide de deux exemples opposés : celui de Rio de Janeiro et celui du Rwanda, où la médecine familiale a été laissée pour compte pendant toute la durée du mandat d'un gouvernement qui ne l'appuyait pas. D^r Woollard a souligné qu'il faut rassembler les cinq piliers du pentagone. Il a été suggéré qu'au Mali, les donateurs devraient être considérés comme un sixième pilier.

D^r Maherzi a insisté sur le fait que les patients doivent demeurer la priorité, dans un système qui est intégralement axé sur la prestation de soins primaires efficaces et socialement responsables. D^r Kyaw Thu (Myanmar) a remarqué que le cadre pentagonal est utile pour mettre en valeur les défis que doit relever le Myanmar, où très peu (voire aucun) des cinq groupes d'intervenants sont familiers avec le modèle de médecine familiale. D^r Woollard a conclu en soulignant que pour que des changements se produisent, il faut croire en deux choses : que les changements proposés sont réalisables et qu'ils sont souhaitables.

Partenariats socialement responsables

Au troisième jour de la Conférence, D^{re} Janie Giard (Canada), responsable du sous-groupe de travail du Centre Besroux sur l'éthique, a invité D^{re} Béatrice Godard (Canada), professeure en éthique médicale à l'Université de Montréal, à animer une séance ayant pour objectif d'élaborer un code d'éthique pour l'établissement de partenariats internationaux responsables pour le Centre Besroux. Ce code serait un ensemble de lignes directrices utilisées par des personnes issues de différentes institutions travaillant ensemble pour atteindre des objectifs communs. Ainsi, les risques et les bénéfices seraient partagés par tous au sein de partenariats transparents et équitables. Le cadre déontologique envisagé est à la fois un code d'éthique que les membres peuvent souhaiter mettre en œuvre et un ensemble de normes de fonctionnement représentatif des objectifs minimaux de l'organisation. Cet outil servirait de guide pour comprendre quelle est la bonne chose à faire et constituerait une déclaration publique sur les valeurs partagées.

Ces considérations s'inscrivent dans la poursuite d'une initiative enclenchée lors de la Conférence Besroux 2015 qui visait à explorer le genre de partenariats que souhaiterait créer le Centre Besroux et à mettre au point les outils nécessaires pour les soutenir. Dans son premier exposé, D^{re} Godard a rapidement abordé les problèmes associés à la création de partenariats internationaux, comme le rapport des forces et l'équité, tout en insistant sur le fait que les institutions doivent trouver des façons de travailler ensemble. Elle a proposé le document *Code d'éthique et normes de fonctionnement* du [Conseil canadien pour la coopération internationale](#) comme exemple de ce que nous essayons de créer.

Après une introduction sur les enjeux qu'impliquent les partenariats interculturels qui comblent les inégalités aux plans de l'économie et du rapport des forces, le groupe s'est dispersé pour discuter chacune des trois questions suivantes pendant 15 à 20 minutes :

- Sur quoi repose la décision d'établir ou non un partenariat (incluant les facteurs essentiels, les contre-indications et les autres considérations) ?
- Comment développe-t-on des partenariats (incluant les éléments essentiels et les écueils à éviter) ?
- Concrètement, comment lancer un processus de partenariat ?

Pour résumer, les facteurs essentiels sont l'intérêt réciproque, le respect, l'engagement, la possibilité d'avantages mutuels, un rapport de forces équitable, la participation (individuelle et institutionnelle), la volonté de continuer à s'investir dans le projet, et la continuité. La transparence, des objectifs communs, une éthique partagée, des ressources temporelles adéquates et le choix du bon moment sont tous des facteurs essentiels, tout comme les considérations sur l'adaptabilité et la sécurité. D'autres éléments à considérer : le contexte historique de chaque pays et institution, les barrières linguistiques et culturelles, la réputation des organisations et les questions financières.

Le réseautage — entre les individus et les institutions, par la participation à des ateliers et à des conférences — est important pour apprendre comment créer des partenariats. Il est nécessaire d'instaurer un dialogue honnête, transparent et franc. D'autres ingrédients essentiels incluent le leadership et la présence de champions pour le projet, les boucles de rétroaction et la connaissance du terrain (au niveau du travail partagé et du processus de partenariat).

La rédaction d'un document en collaboration peut constituer une excellente première étape du développement d'un partenariat, tout comme la collaboration à un projet pilote, en particulier s'il est axé sur des enjeux moins complexes et peut donner des résultats immédiats. Célébrer les réussites est essentiel. Par ailleurs, l'avantage d'un essai localisé est qu'il permet d'identifier les échecs ainsi que les possibilités, par opposition aux essais-pilotes qui sont davantage axés sur la réussite et qui sont souvent abandonnés lorsqu'ils échouent.

Les obstacles possibles dans le processus de création d'un partenariat incluent : s'appuyer sur une seule personne, une mauvaise planification, le manque ou l'absence de communications, les attentes imprécises, les intentions cachées, qu'elles soient conscientes ou non, la rigidité excessive et l'absence de reconnaissance et de sensibilisation à l'égard des influences du colonialisme, du racisme et du sexisme.

Pour certains, la technique d'analyse FFPM ou SWOT (forces, faiblesses, possibilités, menaces) constitue un écueil possible parce qu'elle met l'accent sur les menaces et les faiblesses et qu'elle suscite le blâme. D'autres participants estimaient toutefois qu'elle est utile. De la même façon, on a souligné qu'un protocole d'entente (PE) est un outil qui est parfois mal utilisé parce qu'il peut codifier les dysfonctionnements. Du côté positif, un PE peut documenter et officialiser les communications et les engagements et, de ce fait, soutenir la continuité et la responsabilité. On s'est entendu sur le compromis suivant : il vaut mieux que le protocole d'entente découle d'une déclaration d'intérêt et qu'il soit mis en œuvre à une étape ultérieure dans le processus. Cependant, il n'y a pas eu de consensus final

quant à la meilleure approche à utiliser pour officialiser les partenariats ou à quelle étape cela devrait être fait.

Un processus de partenariat commence par du réseautage et l'expression d'un intérêt ou d'un besoin. Une bonne écoute est essentielle, tout comme une certaine assurance (« Laissons-les venir à nous. »). Les étapes du processus incluent : identifier un partenaire approprié avec lequel on partage des intérêts, établir des contacts de personne à personne, instaurer un climat de confiance aux plans personnel et institutionnel, faire preuve de diligence raisonnable, identifier des champions, trouver des gens qui savent faire avancer les choses et établir des relations avec ces personnes, chercher des alliés, élaborer une stratégie, éventuellement officialiser tout ce processus au moyen d'un accord quelconque, faire des évaluations et gérer les conflits.

Récits — Le « Kiosque de récits »

Groupe de travail sur la narration et l'application de la médecine familiale est l'un des éléments uniques de l'approche du Centre Besrou. À première vue, le lien entre la narration et la représentation cartographique de la médecine familiale pourrait ne pas être évident, mais leur combinaison est très éclairante. Les récits personnels témoignent de réalités humaines. Dans l'ensemble du spectre du savoir, la recherche scientifique occupe une extrémité qui est généralisable et non biaisée, et l'amélioration de la qualité se situe au centre, à la fois scientifique et systématique, mais davantage axée sur le contexte et l'application au niveau local. Les récits personnels complètent le spectre, offrant des connaissances personnelles, anecdotiques et contextuelles qui ne sont pas moins rationnelles ou moins vraies que les connaissances scientifiques, mais dont la spécificité, la couleur et l'instantanéité sont reconnues comme rafraîchissantes. Combinés à l'approche de cartographie écosystémique du cadre pentagonal, les récits personnels donnent un aperçu du système de santé de la perspective des gens sur le terrain.

Tout au long des Conférences Besrou et WONCA, le projet « Kiosque de récits » — dirigé par la coresponsable du Groupe de travail sur la narration et l'application de la médecine familiale, D^{re} Christine Gibson — a recueilli les récits personnels de 130 médecins de famille de 50 pays différents. Dans un court vidéoclip, les participants ont répondu à l'une des trois questions suivantes :

- Pourquoi avez-vous choisi la médecine familiale comme profession ?
- Quel est l'impact de la médecine familiale dans votre collectivité ?
- Quels sont les meilleurs traits que vous avez en commun avec les médecins de famille de partout au monde ?

Cette initiative relève en partie de l'engagement communautaire, de la recherche exploratoire et du plaidoyer. Elle est une célébration de la responsabilité sociale au cœur des systèmes de médecine familiale. Comme le mouvement vers des recherches plus formelles, cette nouvelle initiative répond à une occasion et à un besoin perçus.

Depuis la Conférence, une affiche et un diaporama de portraits, accompagnés du mot-clic #globalfamilymed ont été créés et des transcriptions sont en cours de compilation aux fins d'une possible analyse systématique.

Les prochaines étapes

Se basant sur ces dernières discussions, le sous-groupe de travail Besrou sur l'éthique structurera sa technique de collecte des données à l'aide de la méthode Delphi afin de cerner avec encore plus de précision les éléments importants d'un cadre d'éthique international et de présenter un cadre d'éthique Besrou officiel à la prochaine Conférence.

Le projet « Kiosque de récits » continuera d'explorer la collecte de transcriptions dans le but de les adapter dans de possibles analyses systématiques et d'éventuels ateliers.

Objectif : Formation médicale

Le travail d'éducation du Centre Besrou

L'une des principales missions du Centre Besrou est de soutenir les systèmes de médecine familiale émergents partout dans le monde. Contribuer à développer la capacité nécessaire pour offrir la formation médicale est un souci constant, qui s'est manifesté dès le départ. Cette tâche relève de deux groupes de travail — formation médicale continue et formation professorale.

Un ajout à la Conférence de cette année : une présentation sur l'agrément et la certification qui a souligné la relation entre les autorités sanitaires, les décideurs et les universités. Même si le point de départ des conversations est souvent une présentation sur l'approche canadienne, l'apprentissage est en grande partie le fruit du partage des expériences vécues par des partisans de la médecine familiale issus de divers milieux émergents. Les perspectives et solutions inédites qui en résultent servent également à approfondir et à promouvoir la compréhension que nous avons au Canada de l'évolution constante de la médecine familiale.

Du point de vue des groupes de travail sur la formation, la Conférence 2016 a permis de faire progresser le travail en cours, de vérifier les besoins des pays partenaires et de fixer de nouveaux objectifs pour le travail à venir.

Développement professionnel continu sur la scène internationale

Le premier matin de la Conférence Besrou, D^r Clayton Dyck (Canada), coresponsable du Groupe de travail sur la formation professorale, a présenté un débat d'experts avec D^r Patrick Chege (Kenya), D^{re} Aileen Standard-Goldson (Jamaïque) et D^r Jamie Meuser (coresponsable du Groupe de travail sur la formation médicale continue) sur le rôle du développement professionnel continu dans le soutien des médecins généralistes partout dans le monde.

La séance a débuté avec une présentation de D^r Meuser sur une analyse documentaire informelle réalisée par le Groupe de travail Besrou sur la FMC. Cette analyse avait pour but d'explorer les modèles de FMC qui existent à l'échelle internationale, d'examiner les facteurs qui encouragent et découragent la participation des médecins, les modalités de prestation, le processus décisionnel et le financement. L'analyse documentaire a également cherché des liens, le cas échéant, entre la FMC pour les généralistes et les organismes d'attribution des permis d'exercice et d'agrément, les universités, les facultés de médecine et les programmes de formation, dans le contexte d'un système de santé efficace.

D^r Meuser a plaidé la cause du développement professionnel continu. Le degré de préparation des généralistes au moment de leur entrée dans la profession varie et en général, les mesures les incitant à améliorer leurs compétences et leur formation de base, ainsi que les occasions qui leur sont offertes de le faire, sont limitées. En outre, les médecins ont besoin de soutiens continus pour s'adapter aux changements dans les connaissances scientifiques, dans les besoins de la population et dans les priorités

du système. En profitant de ces avancées scientifiques et des compétences requises, on pourrait améliorer les soins aux patients et l'efficacité du système de santé dans son ensemble.

Pour les actuels médecins généralistes, la FMC peut représenter une trajectoire pour acquérir les compétences et connaissances dont ils ont besoin pour obtenir la certification en médecine familiale. Elle peut améliorer les relations entre les médecins praticiens et les nouveaux médecins. De plus, l'organisation qui entoure la formation continue a, depuis longtemps, été le point de départ de collaborations visant à répondre aux besoins d'autres professionnels et systèmes.

D^r Meuser a demandé aux autres panélistes de parler des possibilités et des obstacles propres à leurs contextes, du rôle des technologies de l'information, des universités et des programmes de formation, des gouvernements et des organisations de médecins de famille, ainsi que du rôle que pourrait jouer le Centre Besrou. Les principales idées avancées se résument comme suit :

Décrivant la situation dans les Antilles, D^{re} Standard-Goldson a expliqué que la mise en œuvre d'un système de formation continue a été un lent processus. En Jamaïque, les médecins doivent faire leurs études prédoctorales et une année additionnelle pour obtenir la certification. Le fait qu'une formation spécialisée en médecine familiale ne soit pas obligatoire est un obstacle à l'amélioration de la qualité. La formation continue offerte par le collège des médecins de famille des Caraïbes consiste en une journée de formation obligatoire par mois pour les médecins du système public. Comme la formation continue demeure problématique, elle envisage une collaboration entre les universités et le gouvernement.

D^r Chege a expliqué qu'avant qu'un médecin ne puisse commencer à exercer au Kenya, il doit suivre une formation médicale de cinq à six ans, plus une année complète d'internat. Ceux qui travaillent dans le secteur public ont des possibilités de formation continue, mais la plupart exercent dans le secteur privé et, jusqu'à récemment, ils étaient laissés à eux-mêmes, en grande partie oubliés par les organismes de réglementation gouvernementaux. Il y a cinq ans, le gouvernement a adopté un règlement obligeant les médecins à suivre de la formation, ce qui a créé un vide souvent comblé par les compagnies pharmaceutiques. Au Kenya, comme l'a décrit D^r Chege, les médecins généralistes n'ont pas la confiance du public et subissent des pressions des compagnies d'assurance pour faire de la formation. Il propose actuellement d'offrir de la FMC aux médecins pour leur permettre d'accroître leurs connaissances et d'obtenir la certification. La formation proposée est conçue de manière à ne pas perturber la pratique des médecins et elle bénéficie d'un soutien financier de fonds d'assurance. Il a également souligné que dans plusieurs pays, le plus dur combat oppose le système de médecine familiale émergent et les médecins spécialistes qui se sentent menacés par l'importance nouvellement accordée à la médecine familiale.

Sur la technologie, D^{re} Standard-Goldson a expliqué qu'aux Caraïbes, les TI sont utilisées à des fins de communication entre les médecins résidents. Le ministère de la Santé souhaite travailler en partenariat avec les universités afin d'étendre ce soutien aux médecins ruraux. Pour sa part, D^r Chege considère lui aussi la technologie comme un moyen de joindre les médecins ruraux par téléphone et internet. Les médecins kényans ont essayé d'utiliser les modules conçus par l'Université McMaster

(Canada), mais ont eu de la difficulté à obtenir des copies papier du manuel et à payer les frais d'abonnement prévus.

Dans la discussion de groupe qui a suivi, D^r Assegid Geleta Tucho (Éthiopie) a expliqué les difficultés qu'ils avaient à transformer le système de santé existant et à maintenir les médecins dans le secteur public. Il a aussi souligné qu'ils devaient apprendre de leurs expériences passées et trouver des façons de faire progresser la médecine familiale plus rapidement. D^r Madaki a expliqué que le Nigeria envisageait de rendre la FMC obligatoire, en soulignant toutefois que la FMC obligatoire ne se traduit pas forcément par une amélioration des connaissances. Il a aussi signalé que les occasions de formation étaient rares et que l'accès à internet — et même à l'électricité — était difficile dans certains milieux ruraux. Pour sa part, D^{re} Standard-Goldson a indiqué que la FMC obligatoire fonctionnait aux Antilles, mais qu'un ordre professionnel était nécessaire pour réglementer la qualité et les normes de FMC afin d'éviter que l'industrie pharmaceutique offre de la formation servant ses intérêts. D^r Meuser fait remarquer qu'au Canada, ce n'est que depuis dix ans que l'on s'intéresse à la qualité de la FMC. Le CMFC demande maintenant aux médecins de se doter d'un plan d'apprentissage quinquennal ; le Collège peut leur offrir des conseils à cet égard et les aider à assurer le suivi.

Formation professorale et résultats des groupes de discussion 2015

D^{re} Lynda Redwood-Campbell (Canada), coresponsable du Groupe de travail sur la formation professorale, a présenté les résultats d'une étude réalisée à partir de groupes de discussion tenus dans le cadre de la Conférence Besroul 2015. Cette étude avait pour but d'évaluer la situation, les besoins, les lacunes, les possibilités et les prochaines étapes en matière de formation professorale pour les médecins de famille des pays à revenu faible ou moyen. Les participants provenaient de dix pays. Les discussions ouvertes et approfondies ont été enregistrées et ont fait l'objet d'une analyse formelle afin de cerner les thèmes qui ont été présentés accompagnés de citations animées.

Dans l'ensemble, l'étude a constaté qu'au niveau de la formation professorale en médecine familiale, les besoins étaient fort similaires dans les pays à revenu faible et moyen, où les facultés n'ont généralement pas les structures formelles, l'organisation et les ressources requises. L'étude a souligné que des médecins spécialistes sont sollicités pour enseigner la médecine familiale et a insisté sur la nécessité de former un réseau et de mettre au point une trousse de ressources pour soutenir la formation professorale dans divers contextes nationaux.

Il est nécessaire d'offrir de la formation sur les concepts de base, les techniques et les principes de la médecine familiale aux spécialistes qu'on demande d'enseigner la médecine familiale. En outre, les facultés ont besoin d'aide supplémentaire pour élaborer un cursus par compétences, incluant les compétences en chirurgie et en obstétrique, ainsi que les compétences cliniques en médecine familiale, le comportement professionnel et la recherche. Des compétences pédagogiques sont également nécessaires, de même que des compétences en correction, notation, évaluation, gestion du comportement et communication.

On a estimé que le Centre Besrour pourrait contribuer à établir des lignes directrices, des cadres et des normes en vue de soutenir la formation professorale et les méthodologies d'enseignement dans divers contextes nationaux. Le Centre pourrait fournir du soutien informationnel en ligne, mais les participants ont également parlé des besoins en ressources humaines. Ils ont insisté sur le fait que la formation devait être dispensée dans leurs pays respectifs et axée sur leurs contextes spécifiques. Ils ont suggéré une trousse à outils qui pourrait inclure un modèle de semaine de lecture ou une structure pour organiser une retraite de formation.

Les participants ont suggéré la création d'un réseau, affilié à un collège et axé sur la formation professorale, dont les membres se rencontrent au moins une fois par année pour assurer la continuité. Le réseau pourrait offrir des services de mentorat, d'orientation et de consultation, contribuer à la prise des décisions liées à la technologie et à l'avancement professionnel, et offrir du soutien afin d'encourager l'interaction auprès des actuels et éventuels membres des facultés et avec le gouvernement.

Les participants à l'étude de 2015 ont suggéré l'établissement d'objectifs clairs et l'organisation d'ateliers ciblés dans le cadre de la prochaine Conférence Besrour afin de développer le réseau requis et la trousse de ressources, et de faire progresser ces plans.

Atelier sur la formation professorale

Réunissant 18 participants, l'atelier sur la formation professorale a débuté avec des présentations des D^{rs} Clayton Dyck et Lynda Redwood-Campbell. Ces derniers ont présenté un aperçu de la formation professorale, de ses chevauchements et synergies avec le développement professionnel continu, ainsi que de ses similitudes et différences par rapport à la formation professorale offerte dans divers contextes internationaux. Ils ont parlé d'un atelier sur le renforcement des capacités conçu par le groupe de travail Besrour sur la formation professorale, présenté en Indonésie, en Chine et en Éthiopie. Ils ont fait part des leçons tirées de la présentation de cet atelier.

La seconde moitié de l'atelier a été consacrée au travail en petits groupes dans le but d'aider les participants à définir des objectifs concrets pour leur programme de formation professorale en médecine familiale, à déterminer des activités en vue d'atteindre ces objectifs et à dresser l'inventaire des défis, des obstacles et des stratégies visant la mise en commun des ressources.

Les commentaires des participants à l'atelier correspondaient aux conclusions du groupe de discussion 2015. Les obstacles et défis relevés allaient de l'isolement géographique au manque de fonds, d'expertise, d'expérience et de temps, et incluaient le manque d'affiliations interuniversitaires et d'engagement gouvernemental à l'égard de la médecine familiale et des soins primaires.

À cette étape, bien que les objectifs soient conformes aux conclusions des groupes de discussion de 2015, ils ont commencé à se préciser. Les discussions sur les habiletés d'enseignement et de développement de cursus ont mené à une discussion sur les examens cliniques objectifs structurés, les objectifs SMART, l'amélioration continue de la qualité et l'évaluation fondée sur le rendement. On a discuté de stratégies visant à mieux expliquer la médecine familiale aux nouveaux doyens universitaires

et aux programmes d'études prédoctorales, à imposer la participation obligatoire à des cours de formation professorale et à recruter et mobiliser des formateurs qualifiés. L'établissement de réseaux et de relations de mentorat, le développement de ressources en ligne ou l'accès à de telles ressources et l'obtention de financement pour la formation professorale comptaient au nombre des autres objectifs identifiés.

On a identifié les rôles suivants pour le Centre Besroul :

- Former le réseau de soutien requis pour la formation professorale
- Effectuer une analyse des besoins sur le plan des ressources en ligne et élaborer une trousse d'outil en cybermentorat et une base de données des mentors
- Réclamer davantage de ressources et de soutiens pour des ateliers de formation professorale réguliers, y compris inviter des experts de l'extérieur et développer des modules
- Mettre la communauté en relation avec des recherches qui démontrent bien l'utilité de la médecine familiale

Les participants à cet atelier ont également estimé qu'il était possible de créer un réseau de recherche dirigé par le Centre Besroul.

Agrément et certification

Agrément

D^r Ric Almond (CMFC) a présenté le processus d'agrément en place au Canada. Il a insisté sur le fait qu'au Canada, l'agrément n'est pas un examen, mais plutôt un processus d'évaluation par les pairs pour l'amélioration continue de la qualité et de rétroaction dans le but de maintenir des normes de qualité équivalentes dans chacune des 17 facultés de médecine du pays.

Le rapport, rédigé par les examinateurs lors des visites d'agrément, est soumis au Comité d'agrément du CMFC. L'approbation enclenche un processus de rétroaction et de présentation de rapports entre l'université et le comité. Il a décrit CanRAC, un partenariat trilatéral créé en vue de développer un nouveau système d'agrément pour la formation des résidents au Canada.

Certification

Au Canada, les programmes de résidence sont d'une durée de deux ans, comparativement à trois ou quatre aux États-Unis. Les examens de certification comportent deux volets. Administrées par ordinateur, les simulations cliniques écrites abrégées (SAMPs) portent sur 40 à 50 sujets, basés sur des éléments clés et administrées en deux séances de trois heures (<http://www.cfpc.ca/SAMPs/>). Elles forment le volet écrit de l'examen. Le volet oral est constitué d'entrevues médicales simulées (EMS).

Il s'agit d'entrevues de 15 minutes dans lesquelles les examinateurs jouent le rôle des patients (<http://www.cfpc.ca/SOOs/>).

Discussion

Suivant la présentation de D^r Almond, les participants regroupés à chacune des tables ont discuté de l'agrément ou de la certification. Au cours de la discussion sur l'agrément, D^r Chege a expliqué que son pays s'est retrouvé soudainement avec six nouvelles facultés de médecine et qu'il avait besoin de soutien pour la normalisation.

Parlant de la certification, D^r Ischan (Indonésie) a décrit le système de médecine familiale émergent de son pays, un système qui a été conçu en collaboration avec l'Université McMaster. D^{rs} Ousmane Faye et Seydou Doumbia (tous deux du Mali) ont indiqué que la certification en médecine familiale nouvellement introduite au Mali était meilleure que les protocoles de certification visant les spécialistes et qu'elle pourrait être étendue aux autres spécialités.

Par contraste, l'Éthiopie vient tout juste de produire sa première cohorte de médecins de famille et doit encore élaborer un examen final ou un processus de certification.

Dans le système unique en son genre à Rio de Janeiro, les universités et la municipalité procèdent différemment pour les évaluations. On étudie si l'imposition d'un examen en médecine familiale découragerait l'inscription par rapport aux avantages liés à l'augmentation de la confiance des patients si l'on ajoutait la certification.

Pour stimuler le débat d'une perspective canadienne, D^r Woollard a remis en question le bien-fondé des examens sommatifs, pour lesquels les étudiants ont tendance à tout assimiler à la dernière minute ; il a laissé entendre qu'une évaluation formative serait peut-être préférable. D^r Madaki a répliqué que dans un système émergent comme celui de son pays, la médecine familiale lutte pour être reconnue en tant que spécialité légitime, et qu'il serait donc plus stratégique de lui imposer des normes similaires à celles des autres spécialités.

D^r Maherzi a fait le lien entre la discussion et des objectifs plus vastes en disant que les médecins généralistes de bonne qualité forment l'assise du système et que, peu importants les noms et les mécanismes utilisés — qui relèvent en fin de compte de considérations politiques —, l'objectif doit demeurer de former les médecins capables de faire face à tout problème médical, à tous les stades de développement.

Les prochaines étapes

Relativement à la FMC, les discussions ont souligné l'importance de concevoir des outils pratiques, qui peuvent être adaptés localement. D^r Meuser a évoqué la possibilité d'adapter pour une plus vaste utilisation un document Besroul existant, qui a été créé en tant que manuel de développement professionnel continu pour les professionnels de la santé de Tunisie. On se donne comme objectif de concevoir cet outil et de le présenter dans un atelier lors de la prochaine Conférence Besroul.

En formation professorale, les membres du groupe de discussion 2015 et les participants à l'atelier 2016 ont convenu que le Centre Besrour développerait un réseau de soutien à la formation professorale, incluant des ressources de mentorat, une trousse d'outils et un atelier pour répondre aux besoins locaux des partenaires Besrour en matière de développement professionnel.

D'autres discussions ciblées seront nécessaires pour élaborer une stratégie visant à répondre aux besoins locaux des partenaires internationaux du Centre Besrour concernant l'agrément et la certification.

Conclusion

Un retour sur le Centre Besrouer

À la fin de la première journée de la Conférence, D^{re} Rouleau a dirigé une discussion en groupe sur le Centre Besrouer en tant qu'organisation. Elle a tout d'abord souligné que le monde a besoin de médecins de famille et que le collectif Besrouer est sollicité par de nouveaux partenaires comme les Antilles, l'Arabie saoudite et la Chine. Pour faire face à l'expansion du réseau Besrouer et s'assurer que ses priorités stratégiques sont respectées, le Centre prévoit créer un conseil consultatif.

Nonobstant la croissance marquée du Centre, D^{re} Rouleau a souligné qu'il doit rester à l'écoute de son groupe de base et elle considère le présent groupe comme cette base. Ensemble, les participants ont élaboré une ambitieuse stratégie fondée sur l'éducation, la recherche et le plaidoyer. Selon les résultats d'un sondage, la Conférence devrait être plus mobilisatrice et plus pratique, en mettant l'accent sur l'éducation et la recherche. D^{re} Rouleau a demandé au groupe quels travaux il souhaitait prioriser pour l'avenir.

D^r Madaki a proposé que le Centre Besrouer procède à la création du projet de réseau de recherche. Il a également demandé s'il y avait possibilité que le Centre plaide pour que le gouvernement canadien soutienne la médecine familiale dans les autres pays. D^{re} Rouleau a indiqué qu'elle ne pouvait rien promettre, mais elle s'est engagée à étudier davantage cette idée.

D^r Tepper a suggéré que la mesure des résultats pourrait devenir, d'ici l'an prochain, un programme de recherche pour chacun des pays partenaires.

D^r Dyck a proposé que le Centre Besrouer embauche un spécialiste des TI pour établir un réseau de partage robuste et facile à utiliser.

Quant à lui, le D^r Doumbia a proposé que le Centre Besrouer offre d'ici l'an prochain de petites subventions de recherche.

D^{re} Rouleau a expliqué que la Conférence annuelle entraîne des coûts substantiels et que son organisation représente un défi de taille. Elle a donc demandé aux participants s'ils trouvaient qu'elle était absolument nécessaire. La vaste majorité des participants ont répondu que oui. La possibilité d'instaurer de modestes droits d'inscription (100 \$–500 \$) a été évoquée. D^{re} Rouleau a demandé aux participants s'ils pensaient pouvoir trouver du financement pour leurs déplacements et beaucoup ont indiqué qu'ils le pourraient probablement.

Le chemin parcouru, le chemin à parcourir

Ce processus de réflexion a dominé la séance de clôture de la dernière journée de la Conférence.

Ce jour-là, un protocole d'entente a été signé par le CMFC, la Société brésilienne de médecine familiale et communautaire et le Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto. D^r Michael Kidd (Australie), président sortant de WONCA, a assisté brièvement pour

offrir son soutien et a félicité le Centre Besroul pour ses importantes contributions. Il a serré la main de chacune des personnes présentes. De même, D^r Montenegro s'est brièvement adressé au groupe pour lui offrir son soutien et ses remerciements.

Environ 60 délégués ont participé à la discussion de clôture, qui regroupait des délégués des premiers jours de la Conférence, à Copacabana, ainsi que de nouveaux participants issus de la vaste délégation de la Conférence WONCA.

Les cinq groupes de travail Besroul ont présenté de brefs rapports et leurs projets futurs.

D^r Maherzi a parlé de l'importance du travail qu'accomplit le Centre Besroul et à souligner que ce travail prend de l'expansion et s'améliore chaque année. Il a insisté sur le fait que le plus difficile est de maintenir la qualité. Les divers doyens universitaires doivent être convaincus de l'importance de ce travail, tenus informés et conviés à la prochaine Conférence. D^{re} Rouleau a répondu que le Centre Besroul allait inviter D^r Montenegro (OMS) à Montréal en 2017 et que sa présence pourrait attirer les doyens.

D^r Madaki, qui participait à sa première conférence, s'est dit très impressionné et a indiqué qu'il apporterait avec lui de nombreuses idées à soumettre aux 15 membres du Collège des médecins de famille de l'Afrique de l'Ouest. Il considère qu'il dispose du potentiel nécessaire pour encourager les forces régionales à mettre en commun les ressources au niveau des universités et des collèges.

D^{re} Chi (Chine) a exprimé ses sincères remerciements et dit qu'elle quittait la Conférence plus convaincue que jamais que les soins primaires sont essentiels pour un avenir meilleur. D^{re} Rouleau a rappelé qu'elle voyait un énorme potentiel pour le modèle de médecine familiale en Chine.

D^r Innocent Besigye (Ouganda), qui en est à sa quatrième participation, a déclaré que la Conférence Besroul est manifestement plus grande que la somme de ses parties et qu'il se réjouit à l'idée de faire une présentation en 2017 sur les succès de l'année écoulée.

D^r Ischan a déclaré avoir l'impression de se retrouver en famille à la Conférence. Il sait maintenant que lorsqu'il rencontre un problème chez lui, il peut trouver au sein du réseau quelqu'un qui a déjà eu ce problème et qui peut lui proposer une solution. Il estime que les 23 heures d'avion qui a été nécessaire pour se rendre à Rio de Janeiro en valaient bien la peine.

D^r Rodney Destine (Haïti), qui participait pour la première fois à la Conférence Besroul, a dit qu'il se joignait aux groupes de travail sur la formation professorale et la recherche. À son avis, le programme de la prochaine Conférence devrait inclure une séance pratique consacrée à l'amélioration de la qualité et une séance sur les technologies de l'information.

Selon D^r Yakubu, également à sa première participation, a indiqué que cette conférence est véritablement unique en son genre. Elle propose des idées, des concepts et des cadres de travail, mais elle mobilise aussi les participants à mettre la main à la pâte et à résoudre des problèmes. Le Centre Besroul devrait être ravi de prendre de l'expansion, mais il doit aussi se montrer circonspect, afin de conserver et de protéger ses acquis.

D^{re} Rouleau a résumé les commentaires et a présenté sa vision pour la Conférence 2017 : de plus petits ateliers, un plus grand nombre de participants, la possibilité d'autofinancement et de demander des droits d'inscription modiques. Elle a dit espérer maintenir le sentiment d'intensité et d'intimité des délibérations, sans que le groupe se replie sur lui-même.

Ce qui est ressorti avec force entre les séances, pendant les repas et, à l'occasion, au cœur de discussions portant clairement sur un autre sujet : les récits d'un grand nombre de délégués internationaux aux prises avec des changements systémiques dans leurs pays respectifs. Les efforts pour recueillir et documenter ces expériences, comme le projet « Kiosque de récits » et l'étude comparative des pays, ne font qu'effleurer la surface. Chaque système de médecine familiale émergent est un projet dynamique en cours d'élaboration. Plus le réseau Besroul renforcera ses capacités, plus ces agents sur le terrain seront susceptibles de faire profiter la prochaine Conférence d'une profusion d'idées nouvelles.

Remerciements

À la fin des journées de la Conférence à Copacabana et encore une fois à la clôture de l'événement, D^{re} Rouleau a remercié tous ceux et celles qui, par leurs efforts et leur dévouement, ont rendu la Conférence possible. La longue liste incluait les collègues du programme de résidence en médecine familiale et communautaire du Secrétariat municipal de la santé de Rio de Janeiro, les organisateurs et le personnel de soutien logistique de la Conférence WONCA, la direction et le personnel du Collège des médecins de famille du Canada, le personnel du Centre Besrou, Meril Rasmussen et les autres membres de l'équipe d'établissement des rapports ainsi que le personnel de soutien sur place.

Annexe A : Points saillants du programme de la Conférence

Jour 1

- Ouverture et mot de bienvenue — Katherine Rouleau et Sadok Besrou
- Discours d'ouverture : L'intersection de la responsabilité sociale, de la médecine familiale et de l'ODD 3 — Ahmed Maherzi
- En route vers l'ODD 3 : Génération du savoir en médecine familiale
- Faire progresser les pratiques disposées à la recherche et les réseaux de recherche basée sur la pratique (RRPB) — Aashka Bhatt
- Acquérir des compétences en recherche en médecine familiale — David Ponka et Adelson Guaraci Jantsch
- Le rôle de l'amélioration de la qualité dans la génération du savoir en médecine familiale — Joshua Tepper
- Vers l'ODD 3 : Par l'éducation en médecine familiale — Modérateur — Clayton Dyck
- Développement professionnel continu pour les médecins généralistes – Jamie Meuser, Patrick Chege, Aileen Standard-Goldson
- Agrément et certification — Ric Almond
- Centre Besrou : Mise à jour et prévisions — Katherine Rouleau
- Résultats du groupe de discussion sur la formation professorale – Lynda Redwood-Campbell
- Mises à jour des groupes de travail du Centre Besrou
- Prévisions pour le Centre Besrou

Jour 2

- La médecine familiale pour les soins de santé primaires : Comment mesurer ce que nous faisons
- Utilisation des modèles de soins primaires — Adelson Guaraci Jantsch
- Sondage sur le profil cumulatif du patient — David Ponka
- Panel sur le PHCPI – Chelsea Taylor, Katherine Rouleau

Jour 3

- Ateliers Besrou simultanés :
- Atelier sur l'éthique — Vers un partenariat socialement responsable — Janie Giard et Béatrice Godard

- Atelier sur la formation professorale — Partenariats mondiaux et contextes locaux : Faire progresser collectivement la formation professorale pour la médecine familiale — Lynda Redwood-Campbell et Clayton Dyck
- Un partenariat entre le Collège des médecins de famille du Canada, le Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto et la Société brésilienne de médecine familiale et communautaire
- Atelier sur les partenaires du cadre pentagonal — Bob Woollard
- Réflexions découlant de l'atelier sur les partenaires du cadre pentagonal
- Le Centre Besroul : Le chemin parcouru, le chemin à parcourir — Katherine Rouleau