



# **Le 7<sup>e</sup> Forum Besroul annuel**

**Poursuivre sur la lancée d’Astana 2018 :  
La médecine familiale mondiale pour la santé  
des communautés**

**Du 13 au 17 novembre 2018**

**Palais des congrès du Toronto métropolitain**

**Toronto, Ontario**

**Rapport final**



## Table des matières

Résumé du rapport .....	3
Dialogue et souper à l'occasion du 40 <sup>e</sup> anniversaire d'Alma-Ata .....	5
Innovations en médecine familiale : Survol mondial.....	18
Succès de l'initiative des visites à domicile du Programme de résidence de médecine familiale à Saint Marc, en Haïti .....	18
Foire annuelle de la santé des résidents en médecine familiale à Saint Marc, en Haïti .....	19
Une collaboration globale pour favoriser les soins de santé primaires au Brésil .....	20
Les soins primaires et la médecine familiale au Brésil .....	21
La médecine familiale en Éthiopie.....	22
Tuberculose pharmacorésistante dans la province d'Aceh, Indonésie : menaces et défis.....	23
Café du monde modifié : État actuel et futur du Centre Besrou Centre/Réflexions de la communauté mondiale en médecine familiale.....	25
Mise à jour du Groupe de travail sur la recherche.....	25
Rapport du Groupe de travail sur le développement professoral .....	26
Café du monde modifié et Rapport des discussions en tables rondes .....	27
Séance de clôture/récapitulation .....	33
Références .....	36



## Résumé du rapport

Le Centre Besrou est un lieu d'échange international pour l'avancement de la médecine familiale à l'échelle mondiale comme voie d'accès à l'équité en santé partout dans le monde. Le 7<sup>e</sup> Forum Besrou annuel s'est tenu à Toronto, en Ontario, du 13 au 17 novembre 2018, et a rassemblé plus de 135 participants de 14 pays. Le thème du Forum de 2018 était de poursuivre sur la lancée de la Déclaration d'Astana sur les soins de santé primaires et sur le rôle de la médecine familiale globale pour améliorer la santé des personnes et des communautés partout dans le monde.

Le Forum a commencé par une discussion d'intervenants internationaux comprenant des représentants de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), de la Banque mondiale et des dirigeants nationaux qui faisaient une réflexion sur l'importance et l'élan générés par l'adoption de la Déclaration d'Astana sur les soins de santé primaires et la Conférence mondiale sur les soins primaires tenue à Astana, au Kazakhstan, en octobre 2018. Un thème qui revenait souvent dans les présentations était que les systèmes de santé qui sont intégrés et fondés sur les soins de santé primaires — avec la médecine familiale comme composante essentielle — feront la différence dans l'amélioration de la santé de toutes les personnes et communautés dans le monde.

La deuxième journée du Forum, un groupe de sept doyens et vice-doyens de facultés de médecine a réfléchi au rôle des facultés de médecine et des dirigeants universitaires dans la promotion et leur contribution à la direction de la responsabilité sociale. L'accent a été mis sur l'organisation de toutes les activités du corps professoral en fonction des besoins de la population du territoire géographique que l'université a le mandat de desservir. La discussion a également porté sur la responsabilité sociale comme étant exprimée et réalisée par l'action multisectorielle, l'autonomisation des gens et des communautés, l'assurance que la population des facultés de médecine reflète la population générale et l'orientation des facultés vers une vision des soins primaires.

Après une discussion générale sur le rôle des établissements universitaires pour promouvoir la responsabilité sociale, le Forum s'est tourné vers l'examen d'innovations spécifiques sur le terrain dans la formation et la pratique de la médecine familiale. Des présentateurs du Brésil, d'Haïti, d'Indonésie et d'Éthiopie ont souligné les réalisations et les défis rencontrés par des initiatives en médecine familiale et en soins primaires dans leur environnement local. La médecine familiale comme pont vers la communauté et l'épanouissement des meilleurs partenariats étaient des thèmes clés des présentations. Comme exemple concret de l'engagement du Centre Besrou envers le partenariat, une lettre d'intention entre le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et le Collège ouest-africain des médecins a été signée pendant le Forum.

Le Forum s'est terminé par une discussion de type « Café du monde » modifiée sur les rôles essentiels de l'éducation, de la recherche, de l'engagement communautaire et du leadership dans le renforcement de la médecine familiale et des soins de santé primaires à l'échelle mondiale. Les participants au Forum Besrou ont identifié les prochaines étapes clés dans chacun de ces domaines, y compris la création d'une plateforme pour la diffusion et le partage des connaissances, la création d'outils et de modèles à



adapter aux besoins du contexte local, une plus grande attention à la recherche sur la mise en œuvre et la continuation de l'engagement social pour améliorer la vie des patients et des communautés partout au monde. L'accent a été mis sur la diffusion de l'apprentissage au-delà du réseau Besroul, tout en maintenant sa richesse et sa diversité.



## Dialogue et souper à l'occasion du 40<sup>e</sup> anniversaire d'Alma-Ata

### D<sup>re</sup> Shannon Barkley, OMS, Suisse

D<sup>re</sup> Barkley a ouvert les présentations et la discussion en parlant de la Conférence mondiale sur les soins de santé primaires à Astana, au Kazakhstan, et à la Déclaration d'Astana. Plus de 2 000 personnes provenant de 149 pays — professionnels de la santé, médecins de famille, personnel infirmier, travailleurs en santé communautaire, organisations de la société civile et 71 ministres et sous-ministres de la santé — se sont réunis à Astana pour voir comment ils pourraient collaborer pour améliorer la santé dans le monde entier.

Lors de la Conférence mondiale sur les soins de santé primaires, les États membres de l'OMS ont adopté à l'unanimité la Déclaration d'Astana. Cette déclaration était participative, et a été rédigée par les gouvernements avec les commentaires de plus de 1 000 personnes recueillis par divers moyens, y compris des réunions et des consultations en ligne. La Déclaration prévoit :

- Des gouvernements et des sociétés qui donnent la priorité à la santé et au bien-être des personnes, tant au niveau de la population qu'au niveau individuel, et qui les promeuvent et les protègent, grâce à des systèmes de santé solides
- Des soins de santé et des services de santé primaires de haute qualité, sécuritaires, complets, intégrés, accessibles, disponibles et abordables pour tous et partout dans le monde, dispensés avec compassion, respect et dignité par des professionnels de la santé bien formés, qualifiés, motivés et engagés
- Des environnements favorables à la santé dans lesquels les personnes et les communautés sont habilitées et engagées dans le maintien et l'amélioration de leur santé et de leur bien-être
- Les partenaires et les intervenants collaborent pour apporter un soutien efficace aux politiques, stratégies et plans nationaux de santé<sup>1</sup>.

D<sup>re</sup> Barkley croit qu'il s'agit d'une période stimulante pour la médecine familiale, les soins de première ligne et les soins de santé primaires. Le monde se demande comment les soins de santé primaires peuvent contribuer à la couverture de santé universelle et à la réalisation des objectifs de développement durable (ODD), comment nous pouvons travailler ensemble pour améliorer la santé et le bien-être des gens, comment la santé et le bien-être influent à leur tour sur leur niveau socio-économique et comment la santé et le bien-être sont des moteurs essentiels du développement économique. Des systèmes de santé intégrés, fondés sur les soins de santé primaires, dont la médecine familiale est une composante essentielle, permettront au système de santé de fonctionner efficacement. Il est temps de réfléchir sérieusement à ce que nous n'accomplissons pas maintenant et à comment le faire demain. Nous devons profiter de ce moment précis, qui ne reviendra peut-être pas avant 40 ans.



## **Dr Jeremy Veillard, Initiative de rendement des soins de santé primaires, Groupe de la Banque mondiale, États-Unis/Canada**

Le deuxième conférencier, Dr Veillard, a parlé du travail de la Banque mondiale dans le domaine du capital humain et le renforcement de l'investissement dans les ressources humaines au sein du gouvernement. Il a souligné que la compétitivité économique des économies nationales réside dans la capacité des gouvernements à transformer les investissements en capital humain en une plus grande capacité des gens à contribuer à l'économie. La Banque mondiale explore cette possibilité par l'intermédiaire de diverses initiatives :

- Le Forum mondial sur les ressources humaines, qui a mis au point l'indice de capital humain qui classe chaque pays à revenu faible et moyen (PRFM) selon sa cote de capital humain. L'indice tient compte de la survie des enfants, de l'éducation (ce qui est complété et ce qui est appris) et de la santé — tous des facteurs clés de la productivité des futurs travailleurs et, par conséquent, des économies compétitives. Des systèmes de soins de santé primaires hautement performants sont essentiels pour constituer et préserver le capital humain tout au long du cycle de vie et favoriser une croissance économique inclusive. Afin d'offrir des soins de santé primaires hautement performants, il faut placer les travailleurs en soins de santé primaires en première ligne et s'assurer qu'ils sont compétents et bien formés pour offrir le type de soins de santé dont la population a besoin.
- L'Initiative de rendement des soins de santé primaires est une collaboration entre la Banque mondiale, l'OMS et la Fondation Gates. Il s'agit d'une tentative de mesurer l'impact des systèmes de soins de santé primaires dans les PRFM et d'explorer les meilleures pratiques et stratégies pour renforcer les soins de santé primaires. Plus récemment, à Astana, la Banque mondiale a publié une ressource à l'intention des pays, intitulée *Primary Health Care Vital Signs Profile*, qui donne un aperçu de la vigueur des soins de santé primaires dans les PRFM. Le Profil présente des données telles que le montant que le pays consacre aux soins de santé primaires, les politiques qui donnent la priorité aux soins de santé primaires, la responsabilisation et l'engagement des dirigeants, et la qualité des soins que la population reçoit.

De plus, la Banque mondiale a participé à un certain nombre d'autres collaborations, dont une avec le Gouvernement chinois visant à renforcer les soins de santé primaires dans ce pays, une autre avec l'Université Harvard pour élaborer un schéma des mécanismes et des fonctions au niveau du système nécessaires pour dispenser des soins de santé primaires hautement performants.

Dr Veillard a conclu son allocution en soulignant à quel point le changement dans le système de santé est compliqué et difficile, mais qu'il est possible. Le programme de mesure est essentiel parce qu'il maintiendra la pression sur les gouvernements et le secteur privé pour qu'ils obtiennent des résultats. Des soins de santé primaires hautement performants sont essentiels à la croissance et à la préservation du capital humain. Dr Veillard se réjouit de pouvoir collaborer avec le réseau Besrou pour renforcer les capacités de soins de santé dans les PRFM.



## **D<sup>re</sup> Nebiha Borsali Falfoul, ministère de la Santé, Tunisie**

D<sup>re</sup> Falfoul a présenté le parcours de la médecine familiale en Tunisie, en soulignant trois facteurs clés ayant des répercussions sur l'émergence et le développement de la discipline dans le pays : les réformes nationales des soins de santé, une transition démographique et socio-économique et un contexte sociopolitique en constante évolution. Depuis les années 1960, la Tunisie a procédé à d'importantes réformes sanitaires qui ont permis d'améliorer certains indicateurs de santé dans le pays. Ces réformes nationales comprennent la création de centres de soins primaires, d'hôpitaux spécialisés et de médecine universitaire, d'initiatives nationales en matière de santé maternelle, de protection de l'enfance et de planification familiale, d'un bureau national de la santé et d'un fonds national d'assurance maladie. La transition démographique et socioéconomique du pays s'est traduite par une baisse du taux de natalité et un vieillissement de la population, parallèlement à l'apparition de taux élevés de maladies non transmissibles et à une urbanisation croissante. Enfin, le contexte sociopolitique est au cœur de la réforme contemporaine des soins de santé en Tunisie.

La révolution de janvier 2011 a conduit à un changement politique majeur et à un plus grand sentiment de la liberté, de responsabilité et de la dignité au sein de la population, qui a exigé des changements en matière de droits de la personne et d'équité sociale et régionale. Ainsi, la nouvelle Constitution (janvier 2014) reconnaît le droit des citoyens à la santé et à la sécurité sociale.

Par son engagement envers les ODD et une couverture de santé universelle, le gouvernement tunisien s'efforce d'améliorer les soins de santé primaires grâce à la médecine familiale. L'État a pour objectif d'améliorer la prestation des services grâce à une approche fondée sur la médecine familiale, l'objectif étant d'avoir trois médecins de famille pour 10 000 habitants d'ici 2030.

Un décret en novembre 2011 a établi un cadre général pour la médecine familiale. L'officialisation de la médecine familiale universitaire en Tunisie sur une période de 10 ans, incluant des partenariats avec l'Université de Montréal, a mené à l'obtention du diplôme pour la première classe de résidents en médecine familiale en janvier 2017. Les prochaines étapes pour la Tunisie sont la reconnaissance de la médecine familiale en tant que spécialité, la création des facultés universitaires et d'un collège de médecine familiale, ainsi qu'un processus d'agrément pour la médecine familiale.

## **D<sup>r</sup> Luis Alberto Giménez, ministère de la Santé, Argentine**

D<sup>r</sup> Giménez a présenté le système national de soins de santé en Argentine et la stratégie de soins de santé de l'administration actuelle, notamment le rôle du programme de médecine familiale dans les efforts visant l'obtention d'une couverture de santé universelle. L'Argentine, un pays de 44 millions d'habitants, dispose d'un système mixte privé et public divisé en trois sous-secteurs : l'assurance sociale (couvrant 26 millions de personnes), le secteur privé (2 millions de personnes) et le système public (16 millions de personnes). Le système public garantit à tous les Argentins le droit à tout hôpital public, centre de soins primaires ou prestataire public de soins sans avoir à payer pour ce service.

Les 16 millions de personnes qui n'ont qu'une couverture publique sont les plus vulnérables du pays au plan socio-économique.



THE COLLEGE OF  
FAMILY PHYSICIANS  
OF CANADA



LE COLLÈGE DES  
MÉDECINS DE FAMILLE  
DU CANADA



D<sup>r</sup> Giménez a souligné que la couverture de santé universelle ne se limite pas aux soins épisodiques ; elle permet d’avoir accès à des soins efficaces, complets et globaux, et favorise la promotion et la protection de la santé. Bien qu’ils reposent sur de bonnes intentions, les trois sous-systèmes sont encore basés en grande partie sur un modèle axé sur la maladie et le médecin plutôt que sur les familles et les communautés. Par conséquent, l’administration actuelle met fortement l’accent sur la couverture de santé universelle, et le plan de mise en œuvre comporte trois volets : une approche de la santé basée sur la famille et la communauté, des soins efficaces et de qualité et la technologie de l’information. L’administration croit qu’une approche de la santé basée sur la famille et la communauté, avec la médecine familiale comme composante clé, est nécessaire pour favoriser l’intégralité des soins, ainsi que la promotion et la protection de la santé.

L’Argentine a traversé une période de transition épidémiologique où 60 % à 80 % des causes de maladies et de décès sont désormais liés à des facteurs chroniques et évitables : l’alcool, le tabagisme, la sédentarité et l’obésité. Les médecins de famille ont un rôle important à jouer, mais ils ont des défis à relever. Moins de cinq pour cent des médecins au pays sont des médecins de famille ; ils ne sont pas bien rémunérés et quittent souvent cette discipline pour se diriger vers d’autres spécialités. D<sup>r</sup> Giménez croit que le CMFC et le Centre Besrou possèdent une riche expérience dont l’Argentine peut tirer des leçons, particulièrement en ce qui a trait à l’amélioration de la qualité de la résidence en médecine familiale, aux programmes incitatifs, ainsi qu’au recrutement et à la rétention des médecins de famille.

## **D<sup>r</sup> Vincent Cubaka, Université du Rwanda, Rwanda**

D<sup>r</sup> Cubaka, le dernier conférencier, a présenté l’étude qu’il a menée avec ses collègues du Groupe de travail sur le développement narratif du Centre Besrou sur les récits en médecine familiale mondiale. L’étude a été présentée sous forme d’affiche lors du Forum Besrou de 2017 où elle a remporté le concours de la meilleure affiche et a été acceptée pour publication dans *BMC Family Practice*. L’objectif de l’étude était d’explorer les traits que partagent les médecins de famille malgré les différences entre les divers milieux sociaux et culturels. Un total de 135 médecins de famille, de 55 pays, ont participé à l’étude.

Les principales caractéristiques identifiées étaient la prestation de soins holistiques, la prévention et la promotion de la santé, les soins complets et globaux, les soins universels, les soins centrés sur le patient et axés sur la personne, les liens entre la famille et la communauté, la proximité de la communauté, la santé rurale, la continuité des soins et la reconnaissance. Les traits communs identifiés étaient d’être spécialistes des questions courantes, des conseillers et des leaders, et d’être adaptables et polyvalents. Les valeurs fondamentales de la médecine familiale identifiées par l’étude étaient l’enthousiasme, les rencontres humaines, la relation patient-prestataire de soins, la recherche d’information, la responsabilisation, les soins aux personnes vulnérables, le bonheur et le plaisir, et la motivation.

Le kiosque de récits avait été installé à la conférence de WONCA 2016 à Rio de Janeiro, où les participants ont été interrogés sur les principales caractéristiques des médecins de famille. Les courtes réponses de deux à trois minutes ont été enregistrées sur vidéo. Les récits qui ont été recueillis peuvent



inspirer et servir de pistes claires et positives pour les programmes destinés aux jeunes. Les points communs exprimés peuvent favoriser l'esprit d'unité de la médecine familiale mondiale et stimuler les efforts communs pour améliorer la santé mondiale grâce à la médecine familiale.

## **Discussion : commentaires des participants**

- J'ai constaté que l'accent était tellement mis sur les interventions du côté de la demande, et très peu sur l'offre. Devrions-nous peut-être investir davantage du côté de l'offre et aller lentement du côté de la demande ? (D<sup>r</sup> Anil Shrestha, Nick Simons Institute, Népal)
- La Déclaration d'Astana indique clairement que nous avons besoin non seulement d'un nombre accru de professionnels de la santé en soins primaires, mais aussi qu'ils doivent posséder les bonnes compétences. Comme je viens d'un PRFM, c'est l'une des questions auxquelles je suis confronté, surtout étant donné le défi de l'exode des cerveaux. Par conséquent, comment pouvons-nous accroître la masse critique de personnes au pays qui peuvent diagnostiquer et fournir des soins de qualité ? Aussi, comment puis-je demander à mon propre pays de rendre des comptes sur cette déclaration et ces valeurs ? Y a-t-il des exemples ? (D<sup>r</sup> Kenneth Yakubu, Université de Jos, Niger)
- Nous savons qu'il existe de nombreuses interventions en soins primaires qui fonctionnent ; comment pouvons-nous augmenter le nombre de ces interventions ? Il est nécessaire d'accroître la recherche scientifique sur la mise en œuvre. Existe-t-il une initiative visant à renforcer la capacité des chercheurs des PRFM afin de leur permettre d'augmenter le nombre de ces interventions pour améliorer les systèmes de soins primaires ? (D<sup>r</sup> Aboi Madaki, Collège ouest-africain des médecins, Niger)
- D'après mon expérience, dans les PRFM, nous pouvons lancer de nombreux programmes et ils décollent, mais il y manque souvent une stratégie pour en favoriser la durabilité. Existe-t-il une méthodologie claire pour soutenir les programmes et maintenir les partenariats avec les intervenants comme les responsables de l'élaboration des politiques et les bailleurs de fonds ? (D<sup>r</sup> Innocent Besigye, Université de Makerere, Ouganda)
- Que fait chacun des conférenciers, à son niveau d'engagement professionnel, pour promouvoir le développement durable ? Comme nous le savons, les gouvernements sont habituellement en place pendant trois ou quatre ans, puis ils changent. Dans de nombreuses régions du monde, les médecins de famille travaillent avec leurs patients sur une longue période, mais parfois ce n'est pas le cas, comme dans certains PRFM. Que peut-on faire pour promouvoir la durabilité ? (D<sup>r</sup> Adelson Guaraci Jantsch, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Brésil)
- Comment avez-vous réussi à obtenir une bonne couverture de santé universelle ? Comment avez-vous réussi à former et à mettre en place des professionnels des soins primaires ? Nous savons que dans certains PRFM, comme la Tanzanie, une grande partie des ressources humaines sont situées dans les zones urbaines. J'aimerais donc savoir comment les ressources humaines peuvent être mieux réparties. (D<sup>r</sup> Donatus Mutasuinga, Hôpital de Markham-Stouffville, Canada)

## La médecine familiale socialement responsable à l'échelle mondiale : le rôle crucial des doyens et des leaders universitaires

Présidé par le D<sup>r</sup> Ahmed Maherzi, Université de Montréal, Canada

D<sup>r</sup> Maherzi a présidé un panel de sept doyens et vice-doyens qui ont offert leurs points de vue sur le rôle crucial des facultés de médecine et des leaders universitaires dans la promotion de la médecine familiale socialement responsable.

Dans son discours d'ouverture, le D<sup>r</sup> Maherzi a fait un retour sur les messages clés de la première Conférence mondiale sur les soins de santé primaires et la Déclaration d'Alma-Ata (1978), ainsi que sur la récente Déclaration d'Astana (2018), dans laquelle la santé est considérée comme un préalable, un résultat et un indicateur de tous les aspects du développement durable. Citant les travaux de la D<sup>re</sup> Barbara Starfield, il a réitéré le rôle clé de la médecine familiale dans l'atteinte de l'équité en santé et dans la préservation de la santé des personnes et des communautés. Par conséquent, la médecine familiale joue un rôle clé dans la responsabilité sociale des facultés de médecine.

En 1995, l'OMS a défini la responsabilité sociale des facultés de médecine comme « l'obligation d'orienter leurs activités d'éducation, de recherche et de services vers les préoccupations prioritaires en matière de santé de la communauté, de la région ou du pays qu'elles ont le mandat de servir, en accordant une attention particulière aux populations les plus vulnérables.<sup>2</sup> » De plus, si l'on considère le pentagone du partenariat (voir Figure 1), les institutions académiques occupent une place clé.<sup>3</sup>



Figure 1. Pentagone du partenariat

C'est en formant des médecins socialement responsables, engagés envers la société et qui défendent les intérêts de leurs patients que les facultés de médecine contribueront à la réalisation de l'objectif et relèveront le défi d'assurer la qualité des soins de santé pour tous et d'améliorer l'équité des soins.



Le D<sup>r</sup> Maherzi a posé une question plus générale : comment former des médecins socialement responsables — et a invité les doyens et les vice-doyens à formuler leurs remarques sur les points suivants :

Trois questions pour les doyens

1. Comment les doyens/facultés de médecine peuvent-ils former et motiver leurs étudiants de premier cycle à améliorer les soins primaires ?
2. Comment les doyens/facultés de médecine peuvent-ils former et motiver leurs étudiants de deuxième cycle à être socialement responsables ?
3. Comment les doyens/facultés de médecine peuvent-ils intégrer la médecine familiale comme spécialité ?

### **Dr Roger Strasser, École de médecine du Nord de l'Ontario, Canada**

Le D<sup>r</sup> Strasser a indiqué qu'avant que quiconque devienne un étudiant de premier cycle, il faut savoir qui est sélectionné à la faculté de médecine. La clé est d'avoir un processus d'admission et de sélection qui reflète la population que la faculté de médecine a le mandat de servir. Il s'agit là d'une part importante de la responsabilité sociale. Le concept selon lequel l'ensemble de la faculté de médecine et ses activités — formation, recherche, service — répondent aux préoccupations prioritaires de la communauté en matière de santé. Il est important que les étudiants admis dans cette faculté de médecine reflètent la population et ses différents secteurs, ce qui varie d'un pays à l'autre.

Les étudiants en médecine devraient être exposés à la médecine familiale et aux modèles en médecine familiale en tant qu'étudiants de premier cycle afin qu'ils soient exposés à la médecine familiale comme pierre angulaire des systèmes de santé et qu'ils y voient aussi une profession passionnante qu'ils pourraient vouloir exercer à l'avenir.

### **Dr Jean-Luc Dumas, Conférence Internationale des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française (CIDMEF)**

Le D<sup>r</sup> Dumas considère que le travail d'un doyen est important pour améliorer la situation de la médecine familiale au sein des universités. La faculté devrait être orientée vers les soins de santé primaires. Le corps professoral doit être organisé autour d'une vision globale du service du territoire. Cette orientation des soins de santé primaires doit inclure une vision de la responsabilité sociale, et les facultés devraient organiser toutes les activités étudiantes dans cet esprit afin qu'ils comprennent pourquoi ils font partie de la faculté. Les doyens devraient travailler avec les administrateurs, les adjoints et le personnel de soutien pour qu'ils comprennent la vision globale et qu'ils soient fiers du travail des membres du corps professoral, qui représentent la population. Les partenariats avec la communauté constituent un élément important de la responsabilité sociale et du service à la population du territoire.



Dans leur gestion, les doyens et les dirigeants universitaires doivent déranger. Attendre le budget ou le consensus peut signifier attendre indéfiniment. Les dirigeants universitaires doivent prendre certains risques et se positionner avec fermeté. La CIDMEF est une grande organisation, avec de nombreux pays membres ayant des facultés de médecine. Un des rôles du CIDMEF est d'aider les facultés à choisir si et comment la médecine familiale deviendra une spécialité et d'aider à soutenir le processus. Les fondements universitaires de la médecine familiale ne sont pas isolés et ils sont intimement liés à la responsabilité sociale.

### **D<sup>re</sup> Hélène Boisjoly, Université de Montréal, Canada**

D<sup>re</sup> Boisjoly a souligné l'importance d'exposer les étudiants le plus tôt possible à des modèles de soins primaires. Il est important que les doyens abordent les soins communautaires avec des exemples concrets et non seulement une perspective théorique. Les médecins de famille actuels et futurs sont ceux dont les populations ont le plus besoin dans cette ère de technologies et d'intelligence artificielle. La population aura besoin de professionnels capables d'intégrer d'énormes quantités de connaissances, de les expliquer et de veiller à ce que chacun reçoive le meilleur traitement possible. Le monde aura besoin de plus de médecins de famille à l'avenir. Enfin, les facultés de médecine et le gouvernement doivent trouver des moyens de mieux appuyer l'élaboration de programmes de cliniciens-chercheurs et de favoriser la recherche dans leurs programmes.

### **D<sup>r</sup> Maimun Syukri, Université Syiah Kuala, Indonésie**

D<sup>r</sup> Syukri a fait remarquer qu'il est clair qu'il existe des systèmes différents d'un pays à l'autre. Dans sa faculté à l'Université Syiah Kuala, il y a un département de médecine familiale et tous les étudiants de premier cycle suivent une formation de quatre semaines dans des centres de santé publique à Banda Aceh. Il est également obligatoire pour tous les étudiants de deuxième cycle de faire un stage d'un an dans un centre de santé publique. Cependant, à l'heure actuelle, il n'y a pas de spécialité en médecine familiale.

Le D<sup>r</sup> Syukri et ses collègues ont collaboré avec le Besrou Centre et l'Université McMaster à l'évaluation des besoins de formation professorale en médecine familiale de son université et ont publié ces travaux.

### **D<sup>r</sup> Hery Nirina Rakoto Ratsimba, Faculté de médecine, Université d'Antananarivo, Madagascar**

Madagascar commence à mettre en place des services de médecine familiale. Le doyen et son équipe de l'Université d'Antananarivo souhaitent réfléchir à l'importance des soins primaires et de la responsabilité sociale, et travaillent fréquemment avec le personnel du ministère de la Santé publique. Cependant, dans le système actuel, la formation médicale se déroule généralement dans les grands hôpitaux des grandes villes, malgré le fait qu'une partie importante de la population vit dans des régions rurales et isolées, sans électricité et dans des conditions de pauvreté.



L'Université d'Antananarivo participera à une rencontre avec le ministère de la Santé publique, les doyens des facultés de médecine à Madagascar, le ministère de l'Enseignement supérieur et des experts de l'Université Laval. L'objectif de la réunion est de transformer l'éducation médicale à Madagascar pour qu'elle corresponde à ce qui se passe sur le terrain dans le pays.

D<sup>r</sup> Rakoto Ratsimba croit qu'il est essentiel de travailler avec d'autres secteurs et d'autres ministères pour développer des soins primaires solides axés sur les besoins de la population. Quant au développement de la médecine familiale, il croit qu'il se fera avec le temps et de la persévérance. De plus, le doyen du corps professoral s'engage à favoriser la responsabilité sociale.

### **D<sup>r</sup> Mohamed Jouini, Université de Tunis El Manar, Tunisie**

En Tunisie, les soins primaires étaient bien développés dans les années 1970, mais il y a eu une évolution des différentes spécialités qui a donné naissance aux spécialités et à la médecine générale. La première cohorte de médecins de famille a été diplômée cette année.

Le doyen doit reconnaître l'importance de la responsabilité sociale des facultés de médecine et avoir de l'expérience dans la collaboration entre les universités, les autorités et les politiciens. L'enseignement dans les facultés doit être adapté aux besoins du pays, surtout en matière de soins de santé. La sélection des étudiants doit être basée sur les besoins de la communauté. Par exemple, l'Université de Tunis s'engage à mettre en place des stages en soins primaires pour les étudiants dans les zones rurales, loin des grandes villes. Il est essentiel que les facultés offrent des cours adaptés à ce que devrait être un médecin de famille.

### **D<sup>re</sup> Lynn Wilson, Faculté de médecine, Université de Toronto, Canada**

D<sup>re</sup> Wilson a demandé au groupe de réfléchir à la question reformulée : comment pouvons-nous amener un grand nombre d'étudiants à choisir une carrière en médecine familiale dans une faculté de médecine axée sur la recherche et sur les sous-spécialités ? La première étape devrait consister, pour les recteurs, à nommer des doyens de médecine qui joignent le geste à la parole en ce qui concerne la responsabilité sociale de la médecine. L'étape suivante consiste pour les doyens à se renseigner sur le nombre croissant de données probantes au sujet des répercussions positives des systèmes de soins de santé primaires sur l'amélioration de la santé et la réduction des coûts. Le plan stratégique de la faculté de médecine devrait comprendre un plan pour l'avancement de la responsabilité sociale de la médecine. La faculté de médecine doit faire attention à qui elle accepte.

Au début des années 2000, l'Université de Toronto (U de T) a mis sur pied un groupe de travail sur le généralisme, chargé de dissiper les préjugés négatifs courants à l'égard de la discipline de médecine familiale au sein de la communauté médicale. Le groupe de travail a identifié un besoin important, soit l'exposition des étudiants à la médecine familiale pendant leurs études de médecine. Depuis, certains des développements ont été effectués, dont l'établissement d'un groupe d'intérêt en médecine familiale dirigé par des étudiants, l'augmentation du nombre de médecins de famille dans l'enseignement préclinique, la création de l'expérience longitudinale en médecine familiale et la



création de l'externat en médecine familiale. Les professeurs de médecine familiale ont participé à l'examen de tous les cas d'enseignement fondés sur des problèmes pour s'assurer que la perspective de la médecine familiale était prise en compte.

Aujourd'hui, un tiers des professeurs de médecine de premier cycle sont des médecins de famille, y compris le directeur du cursus Fondements, les deux premières années du programme d'études en médecine. Un médecin de famille a dirigé la restructuration d'un cours de recherche obligatoire, les médecins de famille sont des chefs de file dans des domaines comme la santé des populations noires, la santé des LGBTQ et le leadership. Le directeur du Wilson Centre for Research on Medical Education de l'Université de Toronto est un médecin de famille. Des dirigeants universitaires ont fait appel à la participation de la communauté – par exemple, Inner City Health, le Temmy Latner Centre for Palliative Care, la médecine des toxicomanies/la santé mentale et les soins aux personnes âgées, parmi bien d'autres.

## Discussion : commentaires des participants

- Une question pour la D<sup>re</sup> Lynn Wilson : avez-vous une composante de recherche obligatoire au premier cycle et aux cycles supérieurs ? Et les étudiants doivent-ils financer leur formation en recherche ? (D<sup>r</sup> Ichsan Ichsan, Université Syiah Kuala, Indonésie)
  - Au premier cycle, tous les étudiants de l'Université de Toronto participent à un cours de recherche sur les services de santé, certains participent à un programme spécial de médecine ou de doctorat, d'autres à un programme d'été et d'autres à un programme de 18 mois. Dans le programme d'études postdoctorales en médecine familiale, il y a un programme des cliniciens-boursiers où, au lieu d'une résidence de deux ans, les étudiants feront trois ou quatre ans de résidence et obtiendront une maîtrise. Les deux tiers des frais de scolarité sont couverts pour les résidents de médecine de famille qui font une maîtrise, et la moitié des frais de scolarité sont couverts pour ceux qui effectuent un doctorat. (D<sup>re</sup> Lynn Wilson)
- Si la transformation des soins de santé n'est rien d'autre que le déplacement des ressources dans le système, comment convaincre nos collègues spécialistes de renoncer à des ressources pour soutenir la médecine familiale ?
  - Nous devons accorder plus de valeur à la responsabilité sociale dans nos facultés de médecine. Au Québec, les quatre facultés de médecine ont décidé de faire de la responsabilité sociale une priorité. La responsabilité sociale est un bon moyen de développer la pratique de médecine de famille. Selon l'OMS et les DSS, nous devons collaborer (les médecins de famille, les autres médecins spécialistes, les professionnels paramédicaux et la société civile) pour répondre aux besoins de la population. Et si nous restons concentrés là-dessus, l'argent ira là où il le faut. (D<sup>re</sup> Hélène Boisjoly)
  - Nous devons commencer par les besoins de la population en matière de santé, pour être axés sur les résultats. Si l'on repense au pentagramme du partenariat, ce qui se trouve au centre est de répondre aux besoins de la population en matière de santé. Souvent, ce sont les



responsables de l'élaboration des politiques qui prennent les décisions — parfois ils demandent l'avis des gestionnaires des services de santé, des prestataires ou même des universitaires, mais les communautés sont trop souvent laissées pour compte. Si nous voulons uniformiser les règles du jeu, la clé de la réaffectation des ressources est la responsabilité sociale et la participation active de la communauté. (D<sup>r</sup> Roger Strasser)

- Comment pouvons-nous nous assurer que notre corps professoral comprend les enjeux tels que la responsabilité sociale, la sécurité culturelle, la lutte contre l'oppression et notre histoire de colonisation ? Avez-vous des exemples de formation professorale sur la responsabilité sociale ? (D<sup>re</sup> Ritika Goel, Université de Toronto, Canada)
  - À l'Université de Toronto, le doyen Trevor Young a nommé un chef de la diversité. La faculté a commencé à recueillir des données sur les antécédents des classes des facultés de médecine et a constaté que certaines populations étaient nettement sous-représentées, notamment les communautés noires, autochtones et philippines. La faculté a créé des parcours spécifiques pour ces populations. Le leadership en médecine plaide également à un niveau supérieur, au-delà de la faculté, pour que l'université accorde plus d'attention aux questions de diversité. (D<sup>re</sup> Lynn Wilson)
- Comment former notre corps professoral et nos cadres supérieurs pour qu'ils soient plus responsables sur le plan social ? Nous posons tous des petits gestes en matière de responsabilité sociale, mais dans le milieu universitaire, nous sommes généralement tenus responsables d'autres réalisations comme des subventions ou le fait d'être un chercheur principal, et non du processus de prestation des services de santé ou de la responsabilité sociale. Que faisons-nous lorsque le sous-ministre nous appelle à soumettre notre rapport ? (D<sup>r</sup> David Morris, Université de l'Alberta, Canada)
  - L'École de médecine du Nord de l'Ontario (EMNO) a été créée avec un mandat de responsabilité sociale dans toutes ses activités. L'EMNO est peut-être l'exception à la règle, mais au cours des 16 dernières années, toutes nos facultés se sont engagées à l'égard de la responsabilité sociale. En ce qui concerne les rapports, nous avons documenté nos résultats afin d'optimiser les ressources dépensées. (D<sup>r</sup> Roger Strasser)
  - L'EMNO est un excellent exemple et a réussi à s'établir à une époque où la responsabilité sociale est exigée. Pour les établissements plus anciens comme l'Université de Montréal, qui a 175 ans, la faculté n'était pas traditionnellement formée selon cette approche. Il fallait donc tenir compte des besoins de la population et, à Montréal, il s'agissait des soins en fin de vie, de soins aux réfugiés et de la santé autochtone. La faculté a essayé de réunir les différentes spécialités médicales avec la médecine familiale pour répondre aux besoins de la communauté et faire de la place pour le leadership en médecine familiale. (D<sup>re</sup> Hélène Boisjoly)
- Il est important d'établir une définition culturelle de la responsabilité sociale. Pour les facultés pour qui le concept de responsabilité sociale est nouveau, une d'évaluation des besoins des intervenants



- étudiants, apprenants et administrateurs — est nécessaire pour clarifier et définir ce que signifie la responsabilité sociale dans ce contexte. (D<sup>r</sup> Baraa Alghalyini, Université Al Faisal, Arabie saoudite)
- Le lien entre le ministère de la Santé et la faculté de médecine est crucial. Bien que l'université forme les médecins, il existe un aspect de l'organisation territoriale qui correspond aux gouvernements régionaux et nationaux et les liens entre eux sont importants pour répondre aux besoins de la population. (D<sup>re</sup> Nebiha Borsali Falfoul)



## **Innovations en médecine familiale : Survol mondial**

Animé par D<sup>r</sup> Kenneth Yakubu, Université de Jos, Niger

D<sup>r</sup> Yakubu a présenté et animé la séance en soulignant les innovations en médecine familiale partout dans le monde. Dans son discours d'ouverture, il a souligné à quel point le Canada a connu un grand succès en médecine familiale, tout comme d'autres pays. Bien que le succès n'ait pas toujours le même visage, il est important de partager les succès des pays où la médecine familiale est nouvelle et émergente. Les présentations de collègues des Centres Besrou des PRFM peuvent être l'occasion d'inverser l'innovation et pour le Canada de réfléchir à la façon d'améliorer un système déjà solide. De plus, c'est l'occasion de célébrer les réalisations importantes de nos collègues du monde entier et de leur offrir notre soutien.

## **Succès de l'initiative des visites à domicile du Programme de résidence de médecine familiale à Saint Marc, en Haïti**

### **D<sup>r</sup> Rodney Destine, Zanmi Lasante/Partners in Health, Haïti**

D<sup>r</sup> Destine a présenté l'initiative des visites à domicile du Programme de résidence de médecine familiale de Saint Marc, en Haïti. Il a souligné qu'environ 40 % des patients hospitalisés à l'Hôpital Saint-Marc ont des besoins complexes et palliatifs. Pour répondre aux besoins de la communauté, ses collègues de l'Hôpital Saint-Marc et lui ont mis sur pied une initiative de visites à domicile qui adopte une approche holistique et offre une occasion unique de mieux comprendre l'environnement local, les aspects psychosociaux de la santé des patients et l'incidence que les déterminants sociaux de la santé ont sur la vie des patients et des familles qu'ils desservent, en tenant compte de leur rôle en tant que porte-parole en santé.

Les objectifs du programme de visites à domicile comprennent la capacité d'évaluer les besoins de la communauté, les conditions sociales et de vie du patient, ainsi que les pratiques en matière de santé, et de fournir une éducation appropriée sur la santé, des services de santé de base, des soins palliatifs et un soutien psychosocial aux patients et aux familles. Un objectif clé est d'établir une relation étroite avec les patients dans le cadre d'une stratégie de promotion de la santé. Ce programme comporte un important volet d'enseignement. Pendant les visites à domicile, les professeurs dispensent un enseignement au chevet des patients ; après les visites, ils font un compte rendu de l'expérience avec les apprenants, réfléchissent à la façon dont la visite contribue aux soins aux patients et les soutient.

Les réalisations jusqu'à ce jour comprennent une augmentation de la fréquence des visites, qui est passée de deux jours par mois à une fois par semaine, soit plus de 50 visites par année. De trois à cinq patients sont vus par visite. L'équipe a trouvé que les visites à domicile constituaient une activité enrichissante pour la formation des résidents. Les patients et leurs familles sont souvent reconnaissants



et expriment qu'ils se sentent respectés, pleinement soutenus, honorés et, plus important encore, que leur dignité est rétablie, ce qu'ils apprécient beaucoup.

## **Discussion : commentaires des participants**

- Une présentation inspirante. Dans notre pays, il existe un grand fossé entre les soins à domicile et les soins en établissements. Le modèle haïtien de visites à domicile offre une possible solution pour combler cet écart. (D<sup>r</sup> Robert Woollard, Université de la Colombie-Britannique, Canada)
- Il semble que les visites soient très intensives. Outre les visites à domicile, comment les soins sont-ils coordonnés ? (D<sup>r</sup> Stephen Cashman, médecin suppléant, Canada)
- La géographie est-elle un obstacle ? (D<sup>r</sup> David Ponka, Université d'Ottawa, Canada)
  - Les visites sont intenses, et vous avez besoin de ressources humaines pour y arriver – membres du corps professoral, résidents, R3 et R2, parfois même des R1, personnel infirmier et psychologues. Il y a des visites hebdomadaires, parfois bihebdomadaires. Les patients ne paient pas, puisque cela fait partie de notre mandat en médecine familiale. Mais bien entendu, il faut de l'argent pour le carburant, pour acheter des médicaments pour les patients, et oui, la distance est un obstacle (D<sup>r</sup> Rodney Destine)

## **Foire annuelle de la santé des résidents en médecine familiale à Saint Marc, en Haïti**

### **D<sup>r</sup> Emmanuel Fabrice Julcéus, Zanmi Lasante/Partners in Health, Haïti**

D<sup>r</sup> Fabrice Julcéus a présenté la Foire annuelle de la santé du programme de résidence en médecine familiale à Saint-Marc, en Haïti. La Foire annuelle de la santé fait partie du programme triennal de médecine familiale, qui comporte de solides composantes communautaires, sociales et préventives en médecine. La Foire annuelle de la santé est un projet obligatoire pour les résidents de troisième année. Les objectifs de l'initiative sont pour les résidents de troisième année de faire preuve de leadership et de capacité de gestion en mobilisant leurs collègues et les communautés autour d'une activité de santé, de contribuer à la promotion de la santé dans la communauté et de sensibiliser les gens quant à la présence et au rôle important des médecins de famille.

La Foire annuelle de la santé, un événement d'une journée, se tient dans un lieu public, et regroupe différents kiosques et stations. Par exemple, il y a des kiosques sur l'éducation en santé, le dépistage, la distribution de produits, les simulations et l'information en médecine familiale.

Parmi les réalisations à ce jour, mentionnons cinq foires, de 2014 à 2018, dirigées avec succès par des résidents, auxquelles participent chaque année plus de 50 professeurs, membres du personnel et résidents bénévoles. Chaque année, il y a eu plus de 1 000 participants et nous avons sensibilisé la population à la santé des femmes et des enfants, ainsi qu'aux maladies chroniques et infectieuses. Il y a



eu des dépistages du VIH, du cancer du col de l'utérus, du diabète et de l'hypertension, et des distributions de produits tels que des contraceptifs, des troussees d'hygiène, des moustiquaires et des insectifuges. Fait important, les foires ont permis de sensibiliser les gens à l'importance de la médecine familiale : de ce dont il s'agit, où y avoir accès, quand et pourquoi.

## **Discussion : commentaires des participants**

- Lorsque vous faites du dépistage aux foires, savez-vous combien de personnes sont retenues comme patients au centre de soins primaires ?
  - Un rendez-vous de suivi est fixé pour les personnes qui font un dépistage à la foire. Une grande partie d'entre elles revient au centre. (D<sup>r</sup> Emmanuel Fabrice Julcéus)

## **Une collaboration globale pour favoriser les soins de santé primaires au Brésil**

### **D<sup>r</sup> Samuel Soares, Santa Marcelina Primary Health Care, Brésil**

D<sup>r</sup> Soares a souligné les collaborations internationales visant à renforcer les soins primaires auxquelles participe Santa Marcelina Primary Health Care à Sao Paolo, au Brésil. Le Brésil est l'une des plus grandes économies du monde, mais son taux d'inégalité sociale est parmi les plus élevés. Sao Paolo compte plus de 20 millions d'habitants. Le Santa Marcelina Group est situé dans la partie est de Sao Paolo, l'un des quartiers les plus pauvres de la ville, et s'occupe d'environ 2 millions de personnes mal desservies. Santa Marcelina compte trois hôpitaux et 68 cliniques composés de 200 équipes qui s'occupent de cette population ; les équipes sont situées dans les *favelas*.

Santa Marcelina est reconnue comme ayant l'un des meilleurs programmes de premier cycle en médecine familiale au Brésil et un nombre important de publications nationales et internationales sur la promotion des soins de santé primaires. De plus, elle a développé un modèle d'équipe innovateur, qui fait preuve de professionnalisme et de responsabilité sociale, et qui est doté d'une structure horizontale pour aborder les maladies non transmissibles, la santé maternelle et infantile, la sécurité des patients, la santé mentale et les urgences dans les soins de santé primaires.

S'engager dans des partenariats est une partie importante du travail de Santa Marcelina.

Santa Marcelina travaille en collaboration avec l'Université McGill, l'Université de Toronto et le Centre Besrou. Son partenariat avec l'Université McGill est axé sur le perfectionnement du corps professoral et le renforcement des capacités de recherche. En partenariat avec l'Université de Toronto, un ou deux boursiers de troisième année en santé mondiale et soins aux populations vulnérables de Toronto passent chaque année jusqu'à trois mois à Santa Marcelina. Des échanges futurs d'étudiants de premier cycle sont prévus. Enfin, avec le D<sup>r</sup> Clayton Dyck et le Centre Besrou, le partenariat est axé sur la



conception de programmes d'études de premier cycle et sur l'apprentissage fondé sur des données probantes.

## **Les soins primaires et la médecine familiale au Brésil**

### **D<sup>r</sup> Adelson Guaraci Jantsch, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Brésil**

D<sup>r</sup> Jantsch a parlé de la médecine familiale et des soins primaires à Rio de Janeiro, au Brésil.

Le Brésil est un pays de grands extrêmes où les pauvres vivent aux côtés des riches. Le Brésil vit également une transition épidémiologique polarisée, avec une forte prévalence de maladies chroniques, de décès violents et de maladies infectieuses.

Le système de santé brésilien comporte deux paliers : un système public qui couvre environ 75 % de la population et un système privé (sous forme d'assurance privée et de paiements directs) qui couvre les 25 % restants de la population. Toutefois, les coûts des soins de santé publics représentent 3,59 % du produit intérieur brut alors que le système privé représente 4,41 %.

En 1994, le Programme national de santé familiale a été créé en tant que politique fédérale pour le pays. Les 10 engagements politiques étaient les suivants :

- Protection et promotion de la santé
- Zones délimitées géographiquement
- Équipes interdisciplinaires
- Équipes vivant dans la communauté où elles travaillent
- Engagement communautaire dans la promotion de la santé
- Soins complets, globaux et continus
- Coordination avec le système de santé local
- Développement professionnel continu
- Salaires plus élevés
- Encouragement de la participation communautaire

La politique permettait de financer les municipalités et établissait une stratégie de réforme des soins primaires.

Les agents de santé communautaire jouent un rôle central dans le système de soins de santé primaires du Brésil en tant que membres essentiels de la stratégie brésilienne de soins de santé primaires. Ils doivent vivre dans la zone desservie par la clinique familiale ; ils constituent le point de liaison entre les professionnels des soins de santé primaires et la communauté ; ils doivent connaître les principaux problèmes de santé de leur communauté et se concentrer non seulement sur les maladies, mais sur la prévention.



Les réalisations du Programme de résidence en médecine familiale de Rio comprennent le passage de 60 places en 2012 à 150 en 2018 et 100 superviseurs, dont les deux tiers étaient des étudiants du programme. Tous les superviseurs doivent être membres d'un de nos différents comités, y compris un comité sur la multimorbidité, la recherche, l'amélioration continue de la qualité, les systèmes de santé et autres. Les défis comprennent le financement des résidences et l'annulation en cours d'un programme pour les médecins étrangers, notamment ceux de Cuba. Dans le climat politique actuel et son incertitude, le gouvernement cubain a décidé de retirer ses médecins du Brésil, ce qui représentera une perte importante pour le secteur des soins primaires.

## **Discussion : Commentaires des participants**

- Quelles sont les chances que les diplômés de Rio occupent les postes en milieu rural laissés vacants par les médecins cubains ?
  - Les Brésiliens peuvent faire une demande pour un poste en milieu rural, mais la moitié de ces postes étaient généralement occupées par des Cubains. Les médecins cubains sont vraiment de bons médecins, ils ont fait un excellent travail au Brésil et nous devons leur en être reconnaissants. Je suis vraiment désolé d'apprendre cette nouvelle. (D<sup>r</sup> Samuel Soares)
- Qu'avez-vous fait au Brésil pour que trois institutions canadiennes collaborent avec vous ? (D<sup>r</sup> Aboi Madaki)
  - Notre attrait pour nos partenaires est peut-être lié au système national de santé du Brésil et à nos solides soins de santé primaires, surtout après 1994. Santa Marcelina est située dans la partie est du Brésil, une région où il y a beaucoup de pauvreté, mais ce groupe travaille en étroite collaboration avec les communautés depuis les années 1960. C'est peut-être aussi grâce à la chef du groupe, Sœur Monique, une médecin de famille du Canada. (D<sup>r</sup> Samuel Soares)
  - Si vous frappez aux portes et demandez de l'aide, vous pouvez trouver beaucoup de collaborateurs volontaires. En ce qui concerne les médecins cubains, c'est vraiment dommage que nous les perdions. (D<sup>r</sup> Adelson Guaraci Jantsch)

## **La médecine familiale en Éthiopie**

### **D<sup>re</sup> Sawra Getnet, Département de médecine familiale, Université d'Addis-Abeba, Éthiopie**

D<sup>re</sup> Getnet a présenté le développement et les réalisations du Programme de médecine familiale de l'Université d'Addis-Abeba (UAA). L'Éthiopie est un pays d'environ 100 millions d'habitants et est composée d'une population jeune. Les premières discussions concernant la médecine familiale en Éthiopie remontent à 2008 et se sont terminées par une note du D<sup>r</sup> Atalay et du D<sup>r</sup> Miliard au D<sup>r</sup> Tedros, ministre de la Santé, en août 2011. Cette communication décrivait les médecins de famille qui pouvaient



diriger les hôpitaux de district, superviser les omnipraticiens et les autres professionnels de la santé et fournir des services cliniques vitaux. Les D<sup>rs</sup> Atalay et Miliard ont défini les médecins de famille comme « des spécialistes formés au niveau postdoctoral pour servir de cliniciens de première ligne et pour prévenir et gérer les problèmes courants des patients de tous âges — pour tous les membres de la famille, y compris les femmes enceintes, les enfants et les adultes ». En octobre 2011, le ministère fédéral de la Santé a officiellement approuvé le concept et a demandé à l’UAA d’aller de l’avant avec ses plans de créer un nouveau programme de résidence en médecine familiale.

Le Programme de médecine familiale a été élaboré en partenariat avec l’Université de Toronto et l’Université du Wisconsin et a été lancé en février 2013. Depuis, il y a eu 18 diplômés de ce programme de trois ans. Au cours de leur première année, les résidents doivent réaliser un projet d’amélioration de la qualité et au cours de la troisième année, un projet de recherche obligatoire. Au cours de la troisième année, le programme d’études est axé sur les compétences et met l’accent sur l’obstétrique et la chirurgie étant donné les besoins de la population. Les résidents font également une rotation d’un mois en soins palliatifs.

Parmi les points forts du programme, mentionnons la présence d’un département de médecine familiale — le seul programme de médecine familiale en Éthiopie — l’accent est mis sur les soins palliatifs, la recherche, le mentorat et la création d’une société de médecine familiale. L’absence d’un site d’enseignement spécifique à la médecine familiale et le fait que l’enseignement n’est pas une exigence du programme posent des défis.

Les possibilités du programme comprennent un nouveau système de jumelage des résidents du ministère fédéral de la Santé (FMOH), des professeurs recrutés parmi les diplômés, un mandat de soins palliatifs donné par le FMOH, la création d’une Société pour la médecine familiale et des partenariats avec l’Université de Toronto et d’autres bénévoles.

## **Tuberculose pharmacorésistante dans la province d’Aceh, Indonésie : menaces et défis**

### **D<sup>r</sup> Ichsan Ichsan, Université Syiah Kuala, Indonésie**

D<sup>r</sup> Ichsan Ichsan a parlé de la tuberculose (TB) pharmacorésistante à Aceh, qui demeure un problème important en Indonésie comme dans les autres PRFM. Il existe un écart important entre la tuberculose traitée et la tuberculose pharmacorésistante non traitée. Le gouvernement indonésien a mis en place un système national de surveillance pour signaler les cas de tuberculose du sous-district au niveau du district et au niveau fédéral, mais ce n’est pas un système parfait. Les données montrent qu’un nombre important de personnes qui ne se font pas traiter. Un des problèmes majeurs est que les patients ne font pas de suivi et ne demeurent pas dans le programme de traitement, et de nombreux hôpitaux ne disposent pas de données fiables. Les rapports s’améliorent et de nombreux hôpitaux utilisent maintenant GeneXpert pour détecter la tuberculose pharmacorésistante, mais tous les hôpitaux ne

disposent pas de la technologie nécessaire. Par conséquent, il y a des lacunes importantes dans les données et une forte proportion de patients introuvables passent inaperçus. De nombreux patients qui pensent être atteints de tuberculose pharmacorésistante ne se rendent pas à l'hôpital et peuvent avoir recours à d'autres types de traitement, comme les traitements traditionnels.

Les principales causes de la tuberculose résistante aux médicaments à Aceh sont la pauvreté et le manque d'éducation, le traitement incomplet des patients, le manque d'équipement diagnostique et le manque de prestataires qualifiés pour diagnostiquer et traiter la maladie.

Le plan indonésien de prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante comprend une volonté politique d'éradiquer la maladie, la détection des cas par frottis d'expectoration et microscopie, un plan de traitement normalisé, un meilleur approvisionnement en médicaments et un bon système d'enregistrement et de déclaration.

## **Discussion : commentaires des participants**

- Si on regarde l'Éthiopie, qui compte une population de 100 millions d'habitants et 18 diplômés en médecine familiale à ce jour, envisage-t-on d'élargir l'accès à l'éducation ?  
(D<sup>r</sup> Vincent Cubaka)
  - Il y a présentement un plan pour commencer deux nouvelles résidences en médecine familiale  
(D<sup>re</sup> Sawra Getnet)
- Au Rwanda, il y a aussi un problème de tuberculose résistante aux médicaments et, étant donné la gravité de ce problème, il peut parfois y avoir des approches plus musclées pour demander à la population de suivre un traitement (D<sup>r</sup> Vincent Cubaka)



# **Café du monde modifié : État actuel et futur du Centre Besroul Centre/Réflexions de la communauté mondiale en médecine familiale**

## **Mise à jour du Groupe de travail sur la recherche**

### **Dr David Ponka, Université d'Ottawa, Canada**

Dr Ponka a fait le point sur les activités de recherche du Groupe de travail sur la recherche du Centre Besroul au cours de la dernière année. Il a commencé son exposé en encourageant les partenaires à créer des comités de recherche dans leur propre environnement et a souligné l'importance de la recherche scientifique sur la mise en œuvre.

Dr Ponka a remercié le Comité de recherche et le Comité scientifique pour l'excellent travail accompli afin d'augmenter le nombre d'affiches soumises au Forum Besroul. Le nombre d'affiches est passé de 15 en 2017 à 22 en 2018. Le Groupe de travail sur la recherche a publié des articles dans *Le Médecin de famille canadien*. Il y a eu cinq articles, et un est à venir, dans la première série d'articles Besroul portant sur la méthodologie de la recherche en médecine familiale. La deuxième série d'articles, une comparaison entre pays en matière de médecine familiale et de soins primaires au Canada et au Brésil, a été lancée en novembre 2018 avec deux articles dans *Le Médecin de famille canadien*.

Le comité compte encore largement sur les bénévoles. Le prochain défi est de continuer à penser à des modèles de financement, peut-être des fellows et des assistants de recherche. L'harmonisation est également importante, et le comité va dans le même sens que plusieurs organisations, notamment : la Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (Brésil), le Réseau international francophone pour la responsabilité sociale en santé (RIFRESS), l'OMS, WONCA, Ariadne Labs, etc. Avec Ariadne Labs, le groupe occupe une place importante au sein d'un important projet de recherche qui porte sur les besoins non satisfaits en médecine familiale dans le monde.

Lors du Forum Besroul de l'an dernier, les priorités de recherche identifiées par le groupe étaient la santé mentale en soins primaires, le soutien aux nouveaux diplômés en médecine familiale et la façon idéale de mettre sur pied des soins en équipe, des thèmes qui continuent d'être fondamentaux et qui ont été abordés à la plus récente conférence du North American Primary Care Research Group.

Dr Barkley a demandé au groupe de faire un examen de la portée du leadership en médecine familiale et de la façon d'aider les nouveaux diplômés à acquérir des compétences en leadership. En matière de santé mentale, il y a eu des discussions avec le Dr Patrick Chege quant à un projet concernant le dépistage de la santé mentale par des agents communautaires au Kenya.

Dr Ponka a conclu sa mise à jour en réitérant qu'il y a suffisamment de preuves en médecine familiale pour influencer sur les politiques. Il existe des outils tels que GAPMaps, grâce auxquels il est possible de voir



les études qui ont été réalisées dans différents domaines et la qualité de celles-ci. Les efforts devraient avoir comme objectif de combler les lacunes, notamment la recherche en santé mentale, et de travailler selon une approche transdisciplinaire.

Le D<sup>r</sup> Ponka a posé les questions suivantes au groupe :

- Comment pensez-vous que nous devrions passer de la synthèse et de la production du savoir à la mise en œuvre des connaissances ?
- Dans quels domaines la recherche devrait-elle se concentrer ?
- Le Centre Besroul doit-il définir un objectif ou rester général ?
- Quelles sont les possibilités de financement pour y parvenir et les ressources humaines nécessaires ?

## **Rapport du Groupe de travail sur le développement professoral**

### **D<sup>re</sup> Lynda Redwood-Campbell, Université McMaster, Canada**

D<sup>re</sup> Redwood-Campbell a présenté un bref rapport sur le travail du Groupe de travail sur la formation professorale du Centre Besroul et a exprimé son enthousiasme quant à l'orientation du travail du groupe.

Il y a plusieurs années, le Groupe de travail a tenu un groupe de discussion parmi les membres de Besroul, qui ont été interrogés sur les besoins en matière de développement professoral dans leur propre milieu ; 10 pays différents et 12 universités différentes étaient représentés. Les résultats de ces travaux ont récemment été publiés dans *Education for Primary Care*. L'un des thèmes qui sont ressortis de cette recherche était la nécessité pour le groupe d'élaborer des modèles au fil du temps, en utilisant des approches axées sur les compétences pour la formation en médecine familiale. Le D<sup>r</sup> Redwood-Campbell a demandé à l'auditoire de tenir compte des questions suivantes dans les discussions au Café du monde :

- À quoi ressemblerait un modèle d'atelier qui pourrait être mis sur pied dans votre région ?
- Quels éléments aimeriez-vous y voir ?
- Y a-t-il des lacunes à combler dans votre région ?



**D<sup>re</sup> Redwood-Campbell a conclu en déclarant que le Groupe de travail sur la formation médicale et le Groupe de développement professionnel continu ont fusionné. Comme les défis, les possibilités et les activités des deux groupes sont semblables, il est donc logique de combiner les groupes et qu'ils se renforcent mutuellement. Le nouveau groupe est le Groupe de travail sur l'éducation et la formation médicales.**

## **Café du monde modifié et Rapport des discussions en tables rondes**

### **Animé par la D<sup>re</sup> Katherine Rouleau, Université de Toronto, Canada**

Au cours de la séance du Café du monde, on a demandé aux participants de se répartir en différents groupes, ou stations, selon cinq thèmes : leadership, recherche, engagement communautaire, éducation et soins en équipe.

Les participants étaient libres de choisir la station à laquelle ils voulaient participer et disposaient de 20 minutes pour discuter, en groupe, des orientations du Centre Besrou sur un thème respectif. Au bout de 20 minutes, les participants avaient le choix de rester dans leur station d'origine ou de changer de station pour les 20 minutes suivantes.

Le groupe s'est naturellement divisé en quatre stations — leadership, recherche, engagement communautaire et éducation — de taille à peu près équivalente (de 8 à 10 personnes par groupe). Personne n'a choisi le thème des soins en équipe. Au bout de 20 minutes, malgré la possibilité de changer de groupe, tout le monde, sauf une personne, est resté à sa station.

### **Rapport du groupe de discussion sur l'éducation**

Le groupe de discussion sur l'éducation a défini les orientations futures suivantes, en reconnaissant que chaque personne se trouve à un stade différent de développement en médecine familiale :

- Élaborer un modèle de formation à utiliser dans différents contextes d'enseignement de la médecine familiale pour répondre aux besoins dans le système de santé.



- Partager des documents qui existent déjà, comme les normes WONCA. Ces documents pourraient être utiles pour les collègues qui se trouvent dans des milieux où la médecine familiale commence à peine à se développer.
- Mettre au point une plateforme permettant de partager différentes expériences, et ce qui a fonctionné ou non.
- Partager les expériences d'élaboration des programmes d'études et le contenu de ceux-ci pour l'enseignement au premier cycle et aux cycles supérieurs.
- Partager les connaissances entre des sites comme les programmes chinois et canadiens de médecine familiale qui ont reçu l'agrément de la WONCA et d'autres sites qui pourraient envisager de demander cet agrément.

Comment y parvenir ?

- Élaborer un plan stratégique pour le Groupe de travail sur l'éducation du Centre Besroul
- Nous avons besoin d'experts bénévoles dans certains domaines (p. ex., élaborer des programmes d'études, pour renforcer les systèmes de santé) pour aller dans d'autres pays afin d'appuyer nos collègues dans les domaines où un soutien est nécessaire. L'identification d'experts dans différents domaines est une étape importante.
- Renforcer les collaborations pour maintenir l'élan des projets en cours entre les Forums.

Quelles sont les prochaines étapes ?

- Il est important de disposer d'une bonne plate-forme, et le Centre Besroul fournit cela depuis un certain temps.
- Élaborer un modèle d'évaluation des besoins, afin d'identifier les besoins dans un contexte de formation particulier.
- Commencer par examiner les évaluations des besoins qui existent et s'en inspirer.

Qui d'autre devrait être impliqué ?

- Cela différera selon les contextes.

## **Rapport du groupe de discussion sur l'engagement communautaire**

Le groupe de discussion sur l'engagement communautaire a identifié les orientations futures suivantes :

- Définir les termes « communauté » et « engagement communautaire ». L'engagement des patients et l'engagement communautaire n'ont pas la même signification pour tout le monde, et l'engagement peut se faire à différents niveaux.
  - L'engagement communautaire est l'un des piliers du pentagramme de partenariat, il apporte un équilibre au pentagramme, ce n'est pas une idéologie, mais un moyen de transformer les idées en réalité.



- Établir de véritables partenariats : l'engagement communautaire se doit d'être un véritable partenariat. Il s'agit souvent d'un geste symbolique, où des cliniciens/défenseurs/administrateurs/politiciens disent qu'ils ont parlé à une communauté. Cependant, l'objectif devrait être d'habiliter la communauté afin qu'elle soit en mesure d'influencer l'orientation de ses besoins.
- Passer d'une orientation axée sur les besoins à une orientation axée sur les forces. Il est important d'adopter une approche d'interrogation appréciative et de se demander quelles sont les réussites en matière d'engagement communautaire, en particulier dans le groupe Besrou. Cela peut aider à comprendre ce qui est à l'origine du succès.

Comment y parvenir ?

- Recueillir des exemples de réussite dans la communauté Besrou et effectuer une analyse thématique pour identifier les éléments clés de l'engagement communautaire qui permettraient à d'autres personnes de tirer des leçons. Le Centre Besrou pourrait être une plaque tournante permettant de recueillir ces récits. L'idéal serait qu'il y ait un espace interactif où ces récits pourraient être présentés et échangés.
- Faire de l'engagement communautaire un thème global ou créer une communauté de pratique pour élargir l'apprentissage, puisque l'engagement communautaire recoupe les autres parties du pentagramme du partenariat et fait également appel à la recherche, à la formation, au leadership et aux soins en équipe.

Quelles sont les prochaines étapes ?

- Trouver un endroit où ce projet pourrait se réaliser.
- Trouver des exemples de réussite dans la communauté Besrou et les mettre à profit, en créant une communauté de pratique pour renforcer l'apprentissage.

## **Réponse de la D<sup>re</sup> Shannon Barkley**

C'est merveilleux de voir que ces sujets qui sont discutés à un niveau théorique élevé à l'OMS sont menés à bien. Il est frappant de voir à quel point le Centre Besrou se trouve à la croisée des chemins : d'une part, poursuivre le travail en tant que groupe et communauté et, d'autre part, faire profiter la communauté mondiale élargie de ce savoir et le rendre accessible à celle-ci.

## **Rapport du groupe de discussion sur le leadership**

Le groupe de discussion sur le leadership a défini les orientations futures suivantes :

- Le leadership est une qualité qui doit être développée chez les étudiants, les résidents et les collègues



- Le leadership mène à l'engagement et, à son tour, l'engagement donne lieu au leadership.
- Les efforts d'engagement social doivent être encouragés dans le milieu de formation. Les initiatives des étudiants et des résidents devraient être soutenues, et ils accompliront de grandes choses. Ce sont de bons communicateurs et ils sont très doués pour les médias sociaux. Donner aux stagiaires l'espace nécessaire pour amorcer des activités et leur offrir du mentorat contribuera grandement à les faire avancer en tant que leaders.
- Les étudiants ont besoin d'être orientés vers les soins de santé primaires afin de devenir des leaders en médecine familiale, et ce leadership devrait être encouragé dès le début.

Comment y parvenir ?

- Les résidents devraient faire de la formation au sein de la communauté dès que possible, à l'extérieur des hôpitaux tertiaires, dans les établissements de santé communautaires.
- La formation devrait être ambulatoire, répartie sur l'ensemble du territoire et non seulement dans la capitale, et supervisée (avec tuteurs et superviseurs), plutôt que d'abandonner le stagiaire dans un environnement qu'il ne connaît pas.

## Rapport du groupe de discussion sur la recherche

Le groupe de discussion sur la recherche a défini les orientations futures suivantes :

- Développer davantage la recherche collaborative, en particulier dans les enjeux courants et partagés.
- Améliorer la qualité de la recherche et passer du bénévolat à la recherche professionnelle.

Comment y parvenir ?

- Développer les ressources et la formation, car tout le monde n'a pas le même niveau de compétences en termes de méthodologies de recherche en soins primaires.
- Créer une plateforme de recherche ou un répertoire de la recherche pour faciliter la communication.
- Élaborer et diriger une formation sur la méthodologie pour effectuer de la recherche sur la mise en œuvre et pour le transfert des connaissances.
  - L'OMS dispose de certaines ressources pour la recherche sur la mise en œuvre.
- Accroître la recherche participative et la recherche transdisciplinaire.
- Un modèle de jumelage Nord-Sud entre des étudiants pour élaborer une proposition visant à répondre aux problèmes rencontrés dans le Sud.

Quelles sont les prochaines étapes ?

- Poursuivre la réflexion sur les idées discutées et sur la façon de financer la recherche, car de la recherche de qualité ne se fait pas sans financement

Qui convient-il d'impliquer ?

- Les équipes de recherche dans nos milieux, les intervenants, les dirigeants communautaires et les décideurs.

## Réponse de la D<sup>re</sup> Shannon Barkley

- Le groupe de discussion sur le leadership a soulevé de bonnes questions : quel est le but du leadership et quel est le but de la médecine familiale ? Une autre question importante à se poser est la suivante : comment la médecine familiale peut-elle diriger les systèmes de santé ?
- Le groupe de discussion sur la recherche a également soulevé des points importants, du renforcement des capacités à l'amélioration de la qualité de la production de la recherche. Je conviens que la recherche sur la mise en œuvre est la voie de l'avenir.

## Discussion

Après les présentations de chacun des groupes de discussion, un retour en groupe a mis en évidence les points suivants :



- Il est nécessaire de créer une base de données contenant des renseignements sur chaque membre du Centre Besroul. (D<sup>r</sup> Ichsan Ichsan)
- Les thèmes abordés (leadership, recherche, éducation, engagement communautaire) sont tous interreliés. Au lieu de voir les quatre secteurs comme des destinations, nous devrions les voir comme des racines et des moteurs. (D<sup>r</sup> Ahmed Maherzi)
- La médecine familiale n'est pas l'objectif ultime : c'est un moyen d'atteindre une fin. Nous devrions donc défendre la médecine familiale et développer la discipline comme moyen de garder les gens et les communautés en santé. (D<sup>re</sup> Shannon Barkley)
- Il y a eu beaucoup de discussions entourant la création d'une plateforme en ligne pour le réseau Besroul, une discussion qui dure depuis quelques années. Comment pouvons-nous faire en sorte que celle-ci voit le jour ? (D<sup>r</sup> Rodney Destine)
  - Il existe une plate-forme créée par l'OMS qui est gratuite et qui peut héberger des communautés de pratique. Il faut beaucoup de temps pour modérer ces plateformes, mais cet espace existe et le Centre Besroul est invité à présenter une demande pour héberger une communauté de pratique sur cette plateforme. (D<sup>re</sup> Shannon Barkley)
  - Tous les participants présents étaient favorables à ce que le Centre Besroul envisage d'utiliser la plateforme de l'OMS.
- Le CMFC a accepté d'appuyer le Centre Besroul en lui versant 500 000 \$ par année au cours des cinq prochaines années. Une partie de cette somme servira à financer deux postes : un poste de responsable de l'éducation et un poste de responsable de la recherche. Le Centre Besroul est également en train d'embaucher un assistant à la recherche qui pourrait l'aider dans ses diverses activités de recherche. (D<sup>re</sup> Katherine Rouleau)
  - L'assistant à la recherche pourrait assurer la liaison avec les différentes équipes de recherche des partenaires internationaux du Centre Besroul. (D<sup>r</sup> Ichsan Ichsan)
- Au fur et à mesure que le Centre Besroul prend de l'expansion et qu'il est lié à d'importantes sources de financement, il devrait faire preuve de prudence pour ce qui est de conserver sa diversité et ne pas tenter de l'homogénéiser. Le Centre devrait veiller à ne pas tomber dans des formes linéaires de pensée, mais à maintenir sa diversité et sa complexité, et à célébrer et à faire valoir ses différences. (D<sup>r</sup> Robert Woollard)

## Séance de clôture/récapitulation

La D<sup>re</sup> Rouleau a présenté un résumé des différentes sessions qui ont composé le Forum Besrou de 2018. Elle a remercié ceux et celles qui ont participé à la conférence pour la première fois.

La séance avait deux grands objectifs : de conclure la réunion et faire connaître le Centre et ses activités aux nouveaux venus.

La semaine du Forum Besrou 2018 a débuté sur la lancée de la Déclaration d’Astana et de l’engagement en faveur d’un renouvellement des soins de santé primaires. Les présentations de cinq dirigeants internationaux — représentant respectivement l’OMS, la Banque mondiale, le Ministère argentin de la santé, le Ministère tunisien de la Santé et l’Université du Rwanda — ont suscité une réflexion sur la Déclaration d’Astana et le rôle des soins de santé primaires dans l’atteinte de la santé pour tous.

Les trois piliers des soins de santé primaires tels que définis par la Déclaration d’Astana sont la politique et l’action multisectorielles pour la santé, l’autonomisation des personnes et des communautés, et les soins primaires et les fonctions essentielles de la santé publique en tant que noyau des services de santé intégrés (voir Figure 2).



Figure 2 : Les piliers des soins de santé primaires<sup>4</sup>

Le document technique de base de la déclaration, *A Vision for Primary Health Care in the 21st Century*<sup>4</sup>, définit le type de soins primaires nécessaires pour atteindre l’équité, notamment des soins primaires solides et de haute qualité qui favorisent la continuité, l’intégralité, la continuité, la coordination et le premier contact, en mettant la personne au centre des soins.

Le deuxième jour, un groupe de doyens a pris la parole sur le thème de la responsabilité sociale, sous la direction du D<sup>r</sup> Ahmed Maherzi, un doyen qui possède une grande expérience de ce que signifie être un doyen avec une vision pour ouvrir la voie à la médecine familiale dans un pays. Le groupe de doyens a



discuté du rôle important des facultés de médecine dans l'avancement de la responsabilité sociale dans différents contextes.

Il y a eu des présentations nationales sur la médecine familiale et l'innovation en soins primaires dans divers milieux, dont le Brésil, Haïti, l'Indonésie et l'Éthiopie, qui ont fourni des exemples concrets de projets répondant aux besoins tangibles sur le terrain.

La conférence s'est terminée par un débat animé sur le rôle essentiel de l'éducation, de la recherche, de l'engagement communautaire et du leadership dans le renforcement de la médecine familiale et des soins de santé primaires dans le monde. Il y a eu d'autres présentations, dont une par le Groupe de travail sur la formation professorale au sujet de la création d'un modèle pour la formation professorale en médecine familiale dans le monde. De plus, une lettre d'intention a été signée entre le CMFC et le Collège des médecins de l'Afrique de l'Ouest.

La D<sup>re</sup> Rouleau a invité tous les participants à faire part de leurs points de vue et de leurs expériences lors du 7<sup>e</sup> Forum annuel Besroul.

## **Discussion : commentaires des participants**

- J'ai appris ce qu'est la responsabilité sociale et comment elle est comprise dans différentes cultures. Je réfléchis à la manière de ramener la notion de responsabilité sociale en Arabie Saoudite. (D<sup>re</sup> Baraa Alghalyini)
- Nous avons beaucoup à apprendre des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire qui peuvent éclairer notre pratique. Il y aura toujours une relation de réciprocité, et le Centre Besroul est un moyen d'amplifier cette réciprocité. (D<sup>r</sup> Warren Bell, Association canadienne des médecins pour l'environnement, Canada)
- C'était une semaine spéciale pour moi. Il y a trois ans, nous avons amorcé une démarche en vue d'entamer une collaboration. Cette semaine a été un point culminant grâce à la signature d'une lettre d'expression d'intérêt avec le CMFC. (D<sup>r</sup> Aboi Madaki)
- Le Forum Besroul a une fois de plus été l'expression de l'approche généraliste de la vie : garder l'ensemble intact, en s'occupant des différentes parties. (D<sup>r</sup> Robert Woollard)
- Lorsque nous regardons partout dans le monde, nous avons la même solution pour renforcer les soins de santé primaires, la médecine familiale et la médecine générale. (D<sup>r</sup> Jean-Luc Dumas)
- Il est important pour nous de faire preuve de leadership, de nous responsabiliser et de responsabiliser les autres devant nos sociétés. Tous les éléments du pentagramme étaient présents : les décideurs, l'OMS, les universitaires de la Banque mondiale. Ils ont le même objectif : la santé pour tous d'ici 2030, et le réseau Besroul peut jouer un rôle déterminant. (D<sup>r</sup> Ahmed Maherzi)
- En participant à la communauté Besroul, j'ai commencé à me sentir plus sûr de moi, plus sûr que je pouvais contribuer, et je me suis joint à des groupes. Je rentre à la maison encouragé et stimulé. (D<sup>r</sup> Vincent Cubaka)
- Je suis fier que nous soyons passés de 15 affiches académiques en 2017 à 22 en 2018. Veuillez soumettre une affiche l'année prochaine ! (D<sup>r</sup> Innocent Besigye)



- J'ai été frappé par l'empathie, l'humanité et la fraternité universelle qui composent le réseau Besroul. (D<sup>r</sup> Hery Nirina Rakoto Ratsimba)
- J'ai eu une excellente expérience avec des collègues canadiens et étrangers. Les échanges entre les universités canadiennes et la Tunisie portent fruit puisque plusieurs des personnes qui ont participé aux échanges au Canada sont maintenant des professeurs de médecine familiale en Tunisie. (D<sup>r</sup> Mohamed Jouini)
- Des membres de la société Besroul seront présents à une réunion sur la responsabilité sociale au Maroc en mars 2019, ainsi qu'à la Conférence régionale africaine de WONCA à Kampala, en Ouganda, en juin 2019. (D<sup>re</sup> Katherine Rouleau)



## Références

1. Organisation mondiale de la Santé. *Déclaration d'Astana*. Genève, CH : Organisation mondiale de la Santé ; 2018.
2. Boelen C, Heck JE. *Defining and measuring the social accountability of medical schools*. Genève, CH : Organisation mondiale de la Santé ; 1995.
3. Boelen C. *Vers l'unité pour la santé : défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé*. Genève, CH : Organisation mondiale de la Santé ; 2000. Dans : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67346>. Date de consultation : avril 2019.
4. Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). *A Vision for Primary Health Care in the 21st Century: Towards universal health coverage and the sustainable development goals*. Genève, CH : Organisation mondiale de la Santé ; 2018.