

Lerngewinn durch Praxisassistenz

Erste Evaluationsergebnisse im Pilotprojekt Praxisassistenz
des Kollegiums für Hausarztmedizin

P. Schläppi*

Die ersten Erfahrungen mit der strukturierten Weiterbildungform Praxisassistenz, die das Kollegium für Hausarztmedizin KHM in seinem dreijährigen Pilotprojekt gegenwärtig sammelt, sind sehr positiv. Zur Halbzeit zeigt sich, dass die beteiligten Assistenzärztinnen und -ärzte mit spitalbasierter Weiterbildung (FMH-Niveau) in dieser Weiterbildungsart noch einen signifikanten Lerngewinn in Hausarztmedizin erzielen. Die Praxisassistenzärztinnen und -ärzte loben die gute Lernsituation. Die Lehrpraktiker profitierten in erster Linie ideell (Fortbildung und Alltagsbereicherung), ihre Konsultationszahlen und Arbeitszeiten wurden von der Praxisassistenz im Mittel bisher nicht wesentlich beeinflusst. Die medizinischen Praxisassistentinnen äussern sich ebenfalls positiv, und auch die Patientinnen und Patienten werden kaum gestört durch die Anwesenheit des «Lehrlings» in der Praxis.

Ein ausführlicher Zwischenbericht zur Evaluation des Pilotprojektes ist beim Autor erhältlich. Der Schlussbericht wird Ende 2001 vorliegen.

Das Pilotprojekt Praxisassistenz

Das Kollegium für Hausarztmedizin (KHM) ist eine Stiftung der Grundversorgerfachgesellschaften Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie der SAMW und der medizinischen Fakultäten. Es lancierte am 1. Juli 1998 sein dreijähriges Pilotprojekt «Praxisassistenz» in Zusammenarbeit mit dem VSAO und der FMH. Das Pilotprojekt ist bisher rein ärztlich finanziert, wobei die beteiligten PAA einen Lohnverzicht von 25% im Vergleich zu einer Assistenzstelle im öffentlichen Spital leisten, die LP 15% an den Lohn beisteuern und die

* Evaluationsbeauftragter für das Pilotprojekt Praxisassistenz am IAWF

Korrespondenz:

Dr. med. Peter Schläppi

IAWF

Inselspital 37a

CH-3010 Bern

Tel. 031 632 35 82

Fax 031 632 98 71

E-mail: peter.schlaepi@iae.unibe.ch

Abkürzungen:

KHM	Kollegium für Hausarztmedizin
LP	Lehrpraktiker/innen
MPA	Medizinische Praxisassistentinnen
PAA	Praxisassistenzärztinnen/-ärzte
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen/-ärzte
IAWF	Institut für Aus-, Weiter- und Fortbildung der Medizinischen Fakultät Bern

restlichen 60% von den Mitgliedern der FMH, des VSAO und der Grundversorgerfachgesellschaften geleistet werden. Die SAMW finanziert die wissenschaftliche Evaluation des Pilotprojektes.

Wesentlich ist in diesem Projekt die Strukturierung der Lernsituation Praxisassistenz. Die generellen Lernziele für eine Praxisassistenz von 3 bis 6 Monaten wurden vom KHM festgelegt¹. LP und PAA bewerben sich zwar freiwillig, werden aber für die Aufnahme ins Projekt von der Projektleitung² nach definierten Kriterien ausgewählt. Zum Beispiel dürfen in den Lehrpraxen nicht mehr als 150–180 Konsultationen pro Woche anfallen oder die PAA sollen durchschnittlich mindestens 10 Konsultationen pro Tag übernehmen können. Die PAA müssen mindestens zwei Jahre klinische Weiterbildung nach FMH-Kriterien vorweisen, einen Grundversorgerfacharztstitel anstreben und noch nicht länger als drei Monate als Assistent/in in einer Praxis gearbeitet haben.

Ins Pilotprojekt aufgenommene LP absolvieren vor Beginn der Assistenz einen anderthalbtägigen Einführungskurs³, in dem es im wesentlichen um didaktische Elemente der Praxisassistenz geht wie z. B. die Supervisionsstufen, die in dieser Lernsituation vorgesehen sind:

5 = PAA ist Zuschauer

4 = PAA unter direkter Beobachtung des LP

3 = vor Entscheidung LP fragen

2 = regelmässiger, täglicher Rapport mit LP

1 = selbständig, LP auf Pikett

0 = selbständig, LP-Vertreter/in auf Abruf

Ziel für eine Praxisassistenz ist die Übernahme von Verantwortung des PAA entlang dieser Supervisionsstufen, etwa zwei Wochen müssen dabei auf Stufe 1 oder 0 stattfinden.

¹ Projektpapier Pilotprojekt Praxisassistenz 1998 (beim Sekretariat KHM erhältlich, Effingerstrasse 40, 3008 Bern, Tel. 031 389 92 80, E-mail: khm@sams.ch).

² Operatives Leitungsgremium: Dr. Bernhard Rindlisbacher, Dr. Markus Battaglia. Aufsichtsgremien: Board KHM (Vorsitz Prof. Werner Ringli), Stiftungsrat KHM (Präsident Dr. Werner Bauer).

³ Arbeitsgruppe Schulung des KHM: Dr. Elisabeth Bandi-Ott, Dr. Daniel Ackermann, Dr. Claudia Landerer.

Abbildung 1

Selbsteinschätzung Wissen.

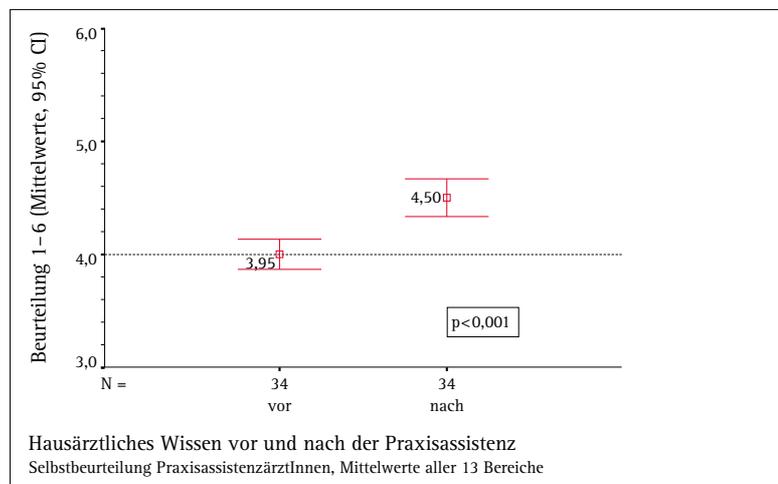
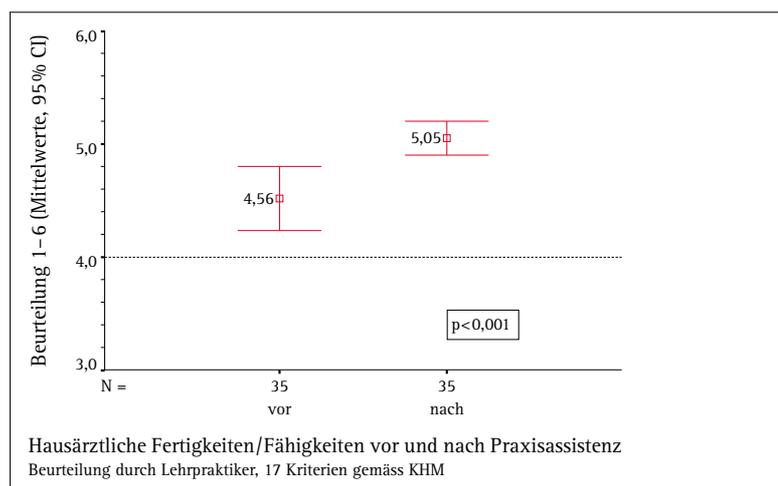


Abbildung 2

Beurteilung Können der PAA durch LP.



Die Evaluation des Pilotprojektes

Die Evaluation des Pilotprojektes soll v. a. Antworten auf zwei Kernfragen geben:

1. Welchen Lerneffekt erzielen die PAA in den wichtigen hausärztlichen Inhalten während einer Praxisassistentenz?
2. Was «kostet» eine Praxisassistentenz die Beteiligten?

Im weiteren sollen Erfahrungen beschrieben werden zur Durchführbarkeit, zu eventuellen logistischen oder anderen auftauchenden Problemen im Hinblick auf ein nachfolgendes Hauptprojekt.

Die Kriterien für die Evaluation des Lerneffektes, also dessen, was die PAA schliesslich als Hausärztinnen/-ärzte wissen und können sollen, wurden in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Aus- und Weiterbildung des KHM beschrieben. Basis dazu bildete

die ICPC («International Classification for Primary Care») der WONCA («World Organization of Family Doctors») [1] und die erwähnten Lernzielkriterien, die vom KHM für die Praxisassistentenz aufgestellt wurden. Um die didaktischen Fähigkeiten der LP zu erfassen, werden die «Qualitäten eines guten Lehrpraktikers» berücksichtigt, wie sie von der EURACT («European Academy of Teachers in General Practice») formuliert wurden [2]. Auf der «Kostenseite» sollen mögliche Veränderungen durch eine Praxisassistentenz erfasst werden, z. B. bei Arbeitszeiten, Konsultationszahlen, Zufriedenheit der MPA oder der Patientinnen und Patienten.

Die Angaben der LP, PAA und MPA werden nach dem Prinzip einer Struktur-, Prozess- und Resultatevaluation unabhängig voneinander erfasst. Vor und nach der Praxisassistentenz geschieht dies mit Fragebogen, während der Praxisassistentenz mit Tagebüchern. Es finden sich sowohl offene Fragen als auch Fragen mit skalierten Bewertungen, z. B. zur Beurteilung des hausärztlichen Wissens und Könnens der PAA. Als Beispiel sind im Anhang die Kriterien für die hausärztlichen Fertigkeiten/Fähigkeiten aufgeführt, wie sie in den Fragebogen verwendet werden. Diese Bewertungen (wie auch die Bewertung der Lehrqualitäten) werden sowohl als Selbst- wie auch als Fremdbeurteilung durch LP und PAA erfasst.

Die Angaben zu den Konsultationszahlen beruhen einerseits auf Angaben der LP (vor der Praxisassistentenz), andererseits auf Stichproben während der Praxisassistentenz durch die MPA. Arbeitszeiten werden ebenfalls stichprobenweise von LP und PAA festgehalten.

Halbzeit im Pilotprojekt: Erste Evaluationsergebnisse

Im folgenden sind einige Ergebnisse der laufenden Evaluation zusammengefasst. Detaillierte Angaben, die den aufgeführten Resultaten zugrunde liegen, können dem ausführlichen Zwischenbericht entnommen werden, der beim Autor erhältlich ist.

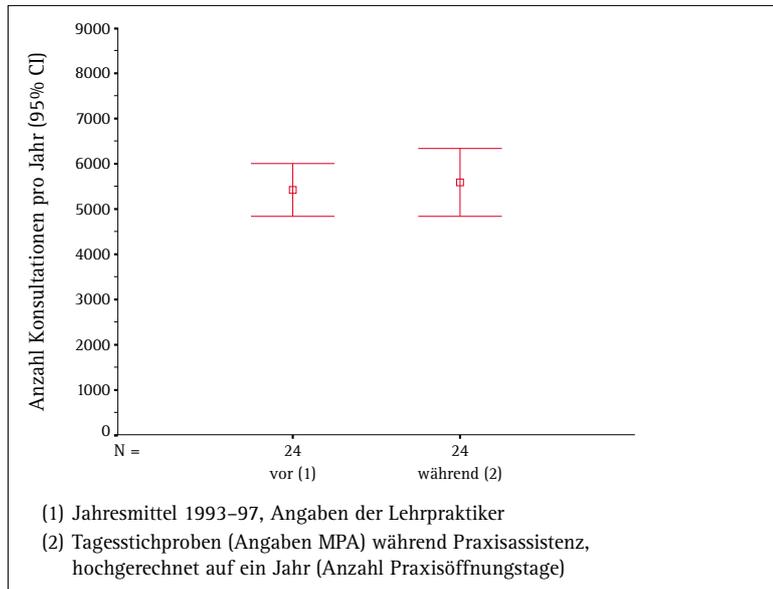
Die Zwischenresultate sind entsprechend der Projektanlage qualitativ-deskriptiv. Die quantitativen Aspekte gelten alleine für die bisher evaluierten Praxisassistentenzen.

Bisher konnten die Daten von 37 Praxisassistentenzen analysiert werden, die im Mittel 4,3 Monate gedauert hatten. Die Evaluation ist für die Beteiligten obligatorisch, die Rücklaufquote der Evaluationsinstrumente damit praktisch 100%. Der Anteil fehlender Antworten bewegte sich generell zwischen 0 und 5%, bei den Angaben zu Konsultationszahlen, Arbeitszeiten und Umsatzzahlen um 10%.

Die beteiligten Praxen lagen je zu einem Drittel auf dem Land, in der Agglomeration und in der Stadt. Die PAA waren etwa zur Hälfte weiblich und männlich, die LP nur männlich, durchschnittlich 16 Jahre in der Praxis und zu zwei Dritteln in Einzelpraxen. Drei Viertel der LP waren Allgemeinmediziner, die übrigen je zur Hälfte Internisten und Pädiater. Bisher fanden in diesem Pilotprojekt noch keine welschen

Abbildung 3

Beeinflussung der Konsultationszahl durch Praxisassistenten.



Praxisassistenten statt. Der Kanton Genf hat ein eigenes Projekt mit Assistenten in Hausarztpraxen, jährlich vier Plätze zu 6 Monaten. In der zweiten Hälfte der Pilotphase werden voraussichtlich auch im KHM-Projekt Praxen aus der Romandie mitmachen. Das Projekt Praxisassistenten im Kanton St. Gallen ist am KHM-Pilotprojekt beteiligt. Die bisher drei Praxisassistenten im Kanton Tessin wurden mit den deutschsprachigen Unterlagen evaluiert.

Die am Pilotprojekt beteiligten LP, PAA und MPA ziehen in über 90% eine positive Gesamtbilanz der Praxisassistenten.

Die PAA erzielten einen statistisch signifikanten Lerngewinn in den hausärztlichen Kenntnissen und Fertigkeiten/Fähigkeiten (vgl. Abb. 1 und 2). Dieser Effekt zeigte sich sowohl in der Selbstbeurteilung der PAA wie auch in der Fremdbeurteilung durch die LP. Die Selbstbeurteilungen liegen dabei durchschnittlich tiefer als die Fremdbeurteilungen auf der «Notenskala» 1–6. Dieser Lerngewinn kam bei Assistentenärztinnen und -ärzten zustande, die vor ihrer Praxisassistenten im Mittel bereits fünf Jahre Weiterbildung absolviert hatten resp. ihre FMH-Weiterbildung weitgehend abgeschlossen hatten. Die PAA bezeichneten die Lernsituation in der Praxis als wesentlich besser als in einer durchschnittlichen Assistentenstelle im Spital (Zitat: «Grosse Bereicherung mit hohem Lerneffekt für mich»). Sie konnten die Bereiche Arbeit, Freizeit und Familie viel besser unter einen Hut bringen als während ihrer Spitalweiterbildung. Sie arbeiteten pro Woche im Mittel 43 Stunden, also weniger als durchschnittlich im Spital. Ihren Lohnverzicht fanden sie im Mittel als zu hoch. Dennoch möchten die meisten PAA noch eine weitere Praxisassistenten machen, es bestanden am Schluss der Praxisassistenten noch einige Defizite in ihrer hausärztlichen Kompetenz.

Die LP bezeichneten die eigene Fortbildung und die Alltagsbereicherung als wesentlichste Gewinnpunkte (Zitat: «Es war die beste Zeit in 16 Jahren Praxistätigkeit!»). Sie sind zeitlich und materiell im Durchschnitt nicht mehr belastet als ohne Praxisassistenten, aber auch nicht weniger. Es bestehen individuelle Schwankungen, die Belastungen sind zudem am Anfang der Praxisassistenten eher grösser, gegen Ende eher kleiner. Die Konsultationszahlen bleiben in den bisher beteiligten Praxen während der Praxisassistenten im Mittel praktisch unverändert im Vergleich zum Durchschnitt der fünf vorangegangenen Jahre (Abb. 3).

Die MPA arbeiteten in ihrer Selbsteinschätzung insgesamt etwas mehr als ohne Assistenten, praktisch alle empfehlen die Praxisassistenten ihren Kolleginnen weiter. Sie beurteilten übrigens die Reaktionen der Patientinnen und Patienten auf die Anwesenheit von PAA durchschnittlich zu 80% als positiv oder neutral, in 20% als negativ.

Alle Beteiligten machten viele konstruktive Verbesserungsvorschläge für die weitere Entwicklung des Projektes. Kleinere logistische Schwierigkeiten konnten bisher laufend verbessert oder gelöst werden wie z.B. Versicherungsvereinbarungen oder administrative Abläufe.

Gewinn durch die Lernsituation Praxisassistenten

Die ersten Erfahrungen im Pilotprojekt Praxisassistenten sind sehr erfreulich, die PAA scheinen wirklich etwas zu lernen, was sie nicht bereits vom Spital her zur Genüge kennen. Neu für die Schweiz auf diesem medizinischen Ausbildungsniveau ist die didaktische Form der Praxisassistenten: strukturierte Supervision der «Lehrlinge» in einer interaktiven 1:1-Lernsituation, regelmässiger Feedback, selbständiger Patientenkontakt. Die Praxisassistenten sind keine Praxisvertretung! Die LP absolvieren zudem einen didaktischen Einführungskurs, der sehr geschätzt wird – auch von denjenigen, die bereits eine lange Erfahrung mit Studierenden und Assistentenärztinnen/-ärzten haben. Für die PAA gibt es zurzeit noch keinen Einführungskurs.

Die Items der Lernziele und der hausärztlichen Wissens- und Fertigkeiten-/Fähigkeitsbereiche verzeichneten einen statistisch signifikanten Lerneffekt. Die absoluten Werte sind sicher zu diskutieren. Immerhin ist festzuhalten, dass sich die PAA vor Beginn der Praxisassistenten in den hausärztlichen Kompetenzen selber nur knapp genügend einstufen und die Beurteilungen der Lehrpraktiker nur wenig höher liegen (4,0 resp. 4,5).

Befürchtungen, dass sich die LP mit PAA «sanieren» oder aber «ruinieren», trafen in diesen ersten 37 Praxen nicht ein. Wenn auch die Berechnungen teilweise auf Eigenangaben und kleinen Analysezahlen beruhen, spricht die Gesamtheit der Evaluationsitems, die der Kostenfrage nachgehen, bisher für eine ausgeglichene Bilanz der vorliegenden Praxisassistentenform auf der Seite der LP (im Rahmen der 60pro-

zentigen Finanzierung durch den Projektfonds). Die PAA zahlen für ihren Lerngewinn mit einem offenbar für sie eher zu grossen Lohnverzicht, arbeiten aber auch deutlich weniger als in einer Spitalassistentenstelle.

Die Lernsituation Praxisassistenten ist offensichtlich sehr wertvoll für die Aus- resp. Weiterbildung von angehenden Hausärztinnen und -ärzten. Aber auch die Lehrpraktiker scheinen in dieser Situation zu lernen (Fortbildungseffekt). Und es darf erwartet

werden, dass besser ausgebildete Hausärztinnen und -ärzte schliesslich ihre Patientinnen und Patienten auch besser betreuen.

Literatur

- 1 Lamberts H, Wood M. ICPC in the European Community. Oxford: University Press; 1993.
- 2 Teachers and Trainers in General Practice: attributes and learning areas, EURACT, 1995.

Anhang

Die 17 hausärztlichen Fertigkeiten/Fähigkeiten (gemäss Lernzielen des KHM für die Praxisassistenten).
 Beispiel aus dem Fragebogen der Lehrpraktiker vor der Praxisassistenten.

In welchem Ausmass beherrscht die Praxisassistentenärztin / der Praxisassistentenarzt heute folgende hausärztliche Fertigkeiten und Fähigkeiten? Kreuzen Sie folgendermassen an:											
<i>Das kann sie/er</i>	<i>noch sehr schlecht</i>	<i>1</i>	<i>genügend</i>	<i>4</i>	<i>nicht beurteilbar</i>	<i>0</i>					
	<i>noch schlecht</i>	<i>2</i>	<i>gut</i>	<i>5</i>							
	<i>noch ungenügend</i>	<i>3</i>	<i>sehr gut</i>	<i>6</i>							
<i>Wie gut kann sie/er heute ...</i>											
a	eine biopsychosoziale Anamnese erheben, angepasst an Art und Schwere der Gesundheitsstörung des Patienten?				①	②	③	④	⑤	⑥	0
b	davon eine fundierte Beurteilung aufgrund der vorliegenden und frisch erhobenen Informationen machen?				①	②	③	④	⑤	⑥	0
c	einen Behandlungsplan aufstellen, der dem Patienten, dessen Lebenssituation, den zu erwartenden Risiken und den Kosten angepasst ist?				①	②	③	④	⑤	⑥	0
d	auf Hausbesuchen psychosoziale und ökologische Einflüsse im Behandlungsplan berücksichtigen?				①	②	③	④	⑤	⑥	0
e	dem Patienten vertrauensgewinnend ihre/seine Beurteilung und den Behandlungsplan mitteilen?				①	②	③	④	⑤	⑥	0
f	die Behandlung durchführen, soweit sie ihren/seinen Möglichkeiten angepasst ist?				①	②	③	④	⑤	⑥	0
g	die Behandlung in Zusammenarbeit mit den entsprechenden Stellen koordinieren?				①	②	③	④	⑤	⑥	0
h	bei Praxisnotfällen aller Fachgebiete die oben dargestellten Schritte angemessen knapp durchgehen?				①	②	③	④	⑤	⑥	0
i	den Patienten zu gesundheitsfördernden Massnahmen motivieren?				①	②	③	④	⑤	⑥	0
k	guten Kontakt mit den weiteren Betreuungspersonen des Patienten herstellen?				①	②	③	④	⑤	⑥	0
l	chronisch kranke Patienten und ihre Angehörigen begleiten?				①	②	③	④	⑤	⑥	0
m	sterbende Patienten und ihre Angehörigen begleiten?				①	②	③	④	⑤	⑥	0
n	am Telefon das Problem des Patienten erfassen und ihn beraten?				①	②	③	④	⑤	⑥	0
o	bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eines Patienten die individuelle Situation berücksichtigen?				①	②	③	④	⑤	⑥	0
p	die administrativen Aufgaben einer/s Hausärztin/-arztes wahrnehmen oder geeignet delegieren?				①	②	③	④	⑤	⑥	0
q	die Qualität ihrer/seiner Arbeit kritisch reflektieren und sie durch entsprechende Weiterbildung gewährleisten?				①	②	③	④	⑤	⑥	0
r	als Vorgesetzte/r die Mitarbeiter/innen motivieren und deren Arbeitsqualität sicherstellen?				①	②	③	④	⑤	⑥	0

Bénéfice didactique avec l'assistantat au cabinet médical

Premiers résultats de l'évaluation du projet pilote Assistantat
au cabinet médical du Collège de Médecine de premier recours

P. Schläppi*

Les premières expériences avec la forme structurée de formation postgraduée Assistantat au cabinet médical, que le Collège de Médecine de premier recours (CMPR) est en train de rassembler dans son projet pilote de trois ans, sont très positives. A la mi-parcours, il s'avère que les médecins assistants¹ ayant une formation hospitalière (niveau FMH) tirent un bénéfice supplémentaire significatif de leur apprentissage de la médecine générale. Les assistants apprécient le bon contexte didactique. Les maîtres de stage en profitent également (formation continue et enrichissement de la routine), leurs consultations et heures de travail ne sont jusqu'ici pas beaucoup modifiées par l'assistantat, de manière générale. Les assistantes médicales sont elles aussi positives, et les patients ne semblent pas perturbés par la présence d'un «apprenti» au cabinet de leur médecin. Un rapport détaillé des premiers résultats de l'évaluation du projet pilote Assistantat au cabinet médical peut être obtenu auprès de l'auteur. Le rapport final sera présenté fin 2001.

Le projet pilote Assistantat au cabinet médical

Le Collège de Médecine de premier recours est une fondation des sociétés suisses de Médecine de premier recours, à savoir Médecine interne, Médecine générale, Pédiatrie, ainsi que de l'ASSM et des facultés de médecine. Il a lancé le 1^{er} juillet 1998 son projet pilote de trois ans, Assistantat au cabinet médical, en collaboration avec l'ASMAC et la FMH. Ce projet pilote est pour l'heure financé exclusivement par les médecins: les MAC renoncent à 25% d'un salaire

* Responsable de l'évaluation du projet pilote Assistantat au cabinet médical à l'IAWF

Correspondance:
Dr Peter Schläppi
IAWF
Inselspital 37a
CH-3010 Berne
Tél. 031 632 35 82
Fax 031 632 98 71
E-mail peter.schlaepi@iae.unibe.ch

Abréviations:

CMPR	Collège de Médecine de premier recours
MS	Maître de stage
AM	Assistante médicale
MAC	Médecin assistant au cabinet de premier recours
ASSM	Académie Suisse des Sciences Médicales
ASMAC	Association suisse des médecins assistants et chefs de clinique
IAWF	Institut für Aus-, Weiter- und Fortbildung (Institut pour la formation pré-, postgraduée et continue) de la Faculté de Médecine de Berne

hospitalier, les MS versent 15% du salaire et les 60% restant sont à la charge des membres de la FMH, de l'ASMAC et des sociétés de Médecine de premier recours. L'ASSM quant à elle finance l'évaluation scientifique de ce projet pilote.

L'essentiel de ce projet est la structuration du contexte didactique Assistantat au cabinet médical de premier recours. Les objectifs d'enseignement généraux d'un assistantat de 3 à 6 mois ont été fixés par le CMPR². Les MS et les MAC s'annoncent librement, mais pour être admis dans le projet, ils sont choisis par la direction du projet³ selon des critères bien précis. Le cabinet médical p.ex. ne doit pas dépasser 150 à 180 consultations par semaine, et les MAC doivent pouvoir assumer au moins 10 consultations par jour en moyenne. Les MAC doivent avoir suivi une formation postgraduée hospitalière de 2 ans au minimum, selon les critères de la FMH, vouloir obtenir un titre de spécialiste en Médecine de premier recours, et ne pas avoir travaillé plus de 3 mois comme assistant dans un cabinet médical auparavant.

Avant le premier assistantat, les MS acceptés dans le projet pilote doivent avoir suivi un cours d'une journée et demie⁴, comprenant pour l'essentiel des éléments didactiques de l'assistantat, dont p.ex. les étapes de la supervision prévues dans ce contexte didactique:

- 5 = MAC spectateur
- 4 = MAC sous supervision directe du MS
- 3 = demande au MS avant de prendre un décision

¹ Note du traducteur: Par souci de clarté du texte, seule la forme masculine est utilisée

² Document d'information Projet pilote du CMPR, Formation postgraduée au cabinet du praticien de premier recours (Assistantat au cabinet médical) 1998 (disponible au secrétariat du CMPR, Effingerstrasse 40, 3008 Berne, tél. 031 389 92 80, e-mail: khm@sams.ch).

³ Organe de direction opérationnelle: Dr Bernhard Rindlisbacher, Dr Markus Battaglia. Commissions de surveillance: Board CMPR (Présidence Prof. Werner Ringli), Conseil de fondation CMPR (Présidence Dr Werner Bauer).

⁴ Groupe de travail Formation du CMPR: Dr Elisabeth Bandi-Ott, Dr Daniel Ackermann, Dr Claudia Landerer.

Figure 1

Auto-évaluation Connaissances.

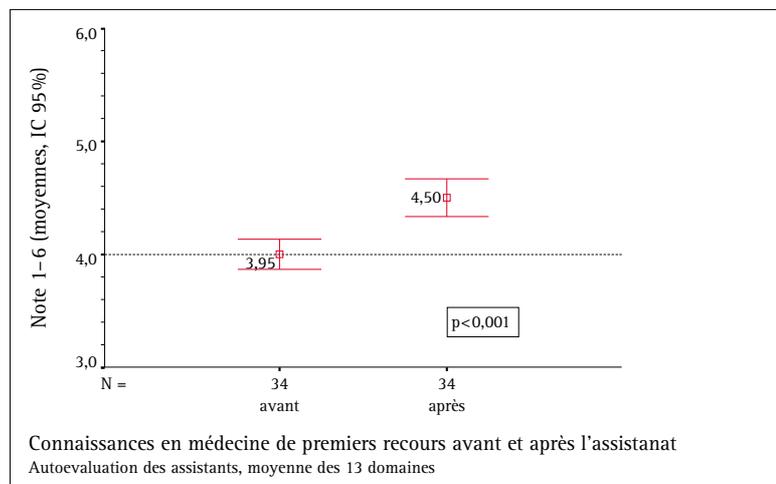
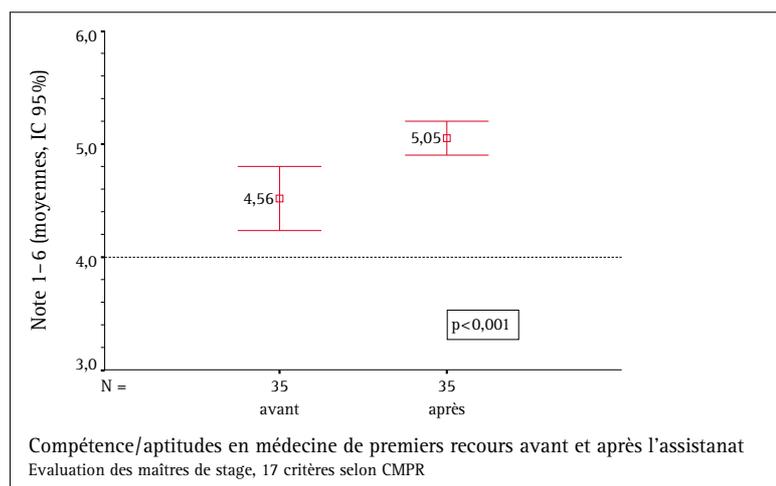


Figure 2

Evaluation du savoir-faire des MAC par MS.



- 2 = rapport(s) journalier(s) au MS
- 1 = indépendant, MS de piquet
- 0 = indépendant, remplaçant du MS appelable

L'objectif de l'assistantat au cabinet médical est la prise progressive de responsabilité de la part du MAC en suivant ces étapes de supervision, et deux semaines doivent se dérouler au niveau 1 ou 0.

L'évaluation du projet pilote

L'évaluation doit avant tout répondre aux deux questions clés suivantes:

1. Quel effet didactique les MAC obtiennent-ils dans les principaux domaines de la médecine de premier recours lors de leur assistantat au cabinet médical?
2. Que «coûte» un assistantat aux différents parties?

Il s'agira par la suite de décrire les expériences de faisabilité, les éventuels problèmes logistiques ou autres dans l'optique d'un projet ultérieur.

Les critères d'évaluation de l'effet didactique, ou ce que doit finalement savoir et pouvoir faire le futur médecin de premier recours, ont été précisés en collaboration avec le groupe de travail Formation pré- et postgraduée du CMPR. L'ICPC («International Classification of Primary Care») de la WONCA [1] («World Organization of Family Doctors») et les objectifs d'enseignement définis par le CMPR pour l'assistantat au cabinet médical de premier recours en ont été à la base. Et pour apprécier les qualités didactiques du MS, il a été tenu compte des «Qualités d'un bon maître de stage» telles que formulées par l'EURACT («European Academy of Teachers in General Practice») [2]. En ce qui concerne les «coûts», il s'agit de savoir quelles sont les répercussions possibles de l'assistantat, dont horaire de travail, nombre de consultations, satisfaction de l'AM et des patients.

Les commentaires du MS, du MAC et de l'AM sont enregistrés selon le principe d'une évaluation de la structure, du processus et des résultats, indépendamment les uns des autres. Avant et après l'assistantat, toutes les parties reçoivent un questionnaire, et pendant cela se passe sur un agenda. Les questions sont ouvertes, ou sur échelle, p.ex. pour l'évaluation des connaissances et du savoir-faire en médecine de premier recours du MAC. A titre d'exemple, les critères des compétences/aptitudes en médecine de premier recours sont reproduites en annexe, telles qu'elles figurent dans le questionnaire. Ces évaluations (tout comme celles des qualités d'enseignant) sont données sous formes d'auto-évaluation ou d'évaluation d'autrui par le MS et le MAC.

Les données sur le nombre de consultations sont fournies par le MS (avant l'assistantat) et par des échantillons donnés par l'AM pendant l'assistantat. Les horaires de travail sont également donnés par échantillons, par le MS et le MAC.

Mi-temps du projet pilote: premiers résultats

Quelques résultats de l'évaluation en cours sont présentés ici en résumé. Pour plus de détails sur les données qui sont à la base de ces résultats, un rapport exhaustif peut être commandé auprès de l'auteur.

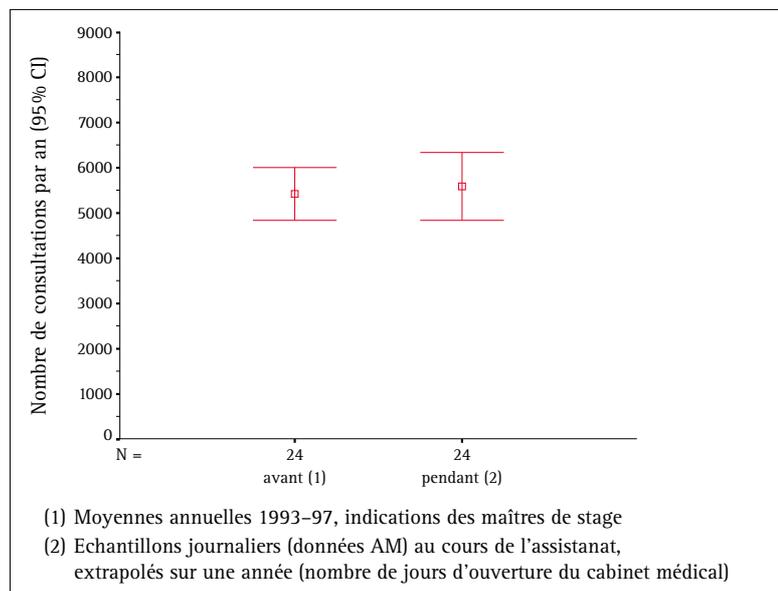
Les résultats intermédiaires sont qualitatifs-descriptifs, selon le plan du projet. Les aspects quantitatifs sont applicables aux postes d'assistants évalués jusqu'ici.

Les données de 37 assistantats, d'une durée moyenne de 4,3 mois, ont pu être analysées jusqu'ici. L'évaluation est obligatoire pour les participants, ce qui fait que la proportion de retour des instruments d'évaluation est de pratiquement 100%. La proportion de réponses manquantes se situe généralement entre 0 et 5%, et atteint 10% pour le nombre de consultations, les horaires et les honoraires.

Les cabinets médicaux se répartissent à parts égales à la campagne, dans les agglomérations et

Figure 3

Influence de l'assistantat sur le nombre de consultations.



dans les villes. Les MAC sont autant d'hommes que de femmes, les MS uniquement des hommes, installés depuis 16 ans en moyenne, dont les $\frac{2}{3}$ travaillent seuls. Les $\frac{3}{4}$ des MS sont des généralistes, et le reste des internistes et pédiatres, à parts égales. Aucun assistantat n'a pu se concrétiser jusqu'ici en Suisse romande dans le projet pilote. Le canton de Genève a son propre projet, avec des assistants au cabinet médical, 4 postes de 6 mois par an. Au cours de la seconde moitié de la phase, des cabinets de Romandie devraient participer à ce projet du CMPR. Le projet Assistantat au cabinet médical dans le canton de St-Gall fait partie du projet pilote du CMPR. Les trois assistantats au cabinet médical du canton du Tessin ont été évalués avec les questionnaires en langue allemande.

Plus de 90% des MS, MAC et AM participant au projet pilote tirent un bilan global positif de l'assistantat au cabinet médical.

Les MAC ont obtenu un bénéfice d'enseignement significatif dans leurs connaissances, et leurs compétences/aptitudes en médecine de premier recours (v. fig. 1 et 2). Cela ressort aussi bien de l'auto-évaluation des MAC que de l'évaluation des MS. L'auto-évaluation est en moyenne moins bonne que l'évaluation des MS, sur l'«échelle de notes» de 1 à 6. Les assistants qui avaient déjà cinq ans de formation postgraduée derrière eux en ont retiré le bénéfice maximum, soit ceux qui étaient pratiquement au terme de leur formation FMH. Les MAC ont jugé que ce contexte d'enseignement au cabinet médical était nettement meilleur que celui d'un poste d'assistant standard en milieu hospitalier (citation: «Enrichissement important et grand effet didactique pour moi»). Ils ont pu assumer leur travail, leurs loisirs et leur vie de famille beaucoup mieux qu'à l'hôpital. Ils ont pour la plupart travaillé en moyenne 43 heures par se-

maine, donc moins qu'à l'hôpital. La majorité a trouvé que la part de renonciation salariale était trop importante. Mais en majorité, les MAC souhaitent faire un autre stage au cabinet médical, car ils voient encore des lacunes dans leurs compétences en médecine de premier recours.

Les MS ont jugé que leur formation continue et leur enrichissement dans leur routine ont été les bénéfiques les plus importants (citation: «Ce fut la meilleure période de mes 16 ans de pratique!»). La plupart d'entre eux ne se sentent pas plus chargés, en temps et en matériel, que sans assistant, mais pas moins non plus. Il y a des variations individuelles, la charge étant plutôt plus importante au départ, et moins importante à la fin de l'assistantat. Le nombre des consultations n'a pratiquement pas changé pendant l'assistantat, comparativement aux 5 années précédentes (v. fig. 3).

Les AM ont généralement travaillé un peu plus que sans assistant, selon leur auto-évaluation, et pratiquement toutes recommandent l'assistantat au cabinet médical à leurs collègues. 80% jugent les réactions des patients à la présence du MAC comme positives ou indifférentes, contre 20% négatives.

Tous les acteurs de ce projet pilote ont fait de nombreuses suggestions constructives. Des difficultés logistiques mineures ont pu être régulièrement améliorées, voire résolues, comme les contrats d'assurance et les tâches administratives.

Bénéfice du contexte didactique dans l'assistantat au cabinet médical

Les premières expériences de ce projet pilote Assistantat au cabinet médical sont plutôt réjouissantes, les MAC semblent vraiment apprendre quelque chose que l'hôpital ne leur a pas suffisamment enseigné. Ce qui est nouveau en Suisse à ce niveau de formation médicale, c'est la forme didactique de l'assistantat au cabinet médical: supervision structurée des «apprentis» dans un contexte didactique interactif «1:1», feedback régulier, contact autonome avec les patients. L'assistantat au cabinet médical n'est pas un remplacement! Les MS doivent suivre un cours d'introduction didactique, très apprécié, même par ceux qui ont une longue expérience des étudiants et des assistants. Il n'existe pas de tel cours d'introduction pour MAC pour le moment.

Les objectifs pédagogiques et les domaines de connaissance, de compétences/aptitudes en médecine de premier recours ont un effet didactique statistiquement significatif. Les chiffres absolus doivent être discutés, c'est certain. Mais il faut dire qu'avant de commencer leur assistantat au cabinet médical, les MAC considèrent que leurs compétences en médecine de premier recours sont à peine suffisantes, et que les appréciations des maîtres de stage à ce sujet ne sont que très légèrement supérieures (4,0 contre 4,5).

Les craintes que les MS se «sucrent» ou se «ruinent» avec les MAC ne se justifient pas dans ces premiers 37 cabinets. Même si les calculs ont été effec-

tués sur des données spontanées et des petits nombres, l'ensemble des critères d'évaluation sur les questions de coûts parle en faveur d'un bilan équilibré de cette forme d'assistantat pour les MS (avec 60% de financement par le fonds du projet). Pour le bénéfice d'enseignement, les MAC paient d'après eux un tribut apparemment trop lourd, mais ils travaillent nettement moins que comme assistants à l'hôpital.

Le contexte didactique de l'assistantat au cabinet médical est de toute évidence très utile dans la formation postgraduée des futures médecins de premier

recours. Il semble aussi que les maîtres de stage en profitent aussi (effet formation continue). Et il est à prévoir en fin de compte que les médecins de famille mieux formés prendront également mieux leurs patients en charge.

Références

- 1 Lamberts H, Wood M. ICPC in the European Community. Oxford: University Press; 1993.
- 2 Teachers and Trainers in General Practice: attributes and learning areas. EURACT, 1995.

Annexe

Les 17 compétences/aptitudes en médecine de premier recours (selon les objectifs d'enseignement du CMPR pour l'assistantat au cabinet médical). Exemple tiré du questionnaire à remplir par le maître de stage avant l'assistantat au cabinet médical.

Dans quelle mesure l'assistant possède-t-il aujourd'hui resp. au début de son stage les compétences (savoir [comment] faire) en médecine de premier recours suivantes? Cochez selon l'échelle suivante:									
<i>Son savoir faire est</i>	<i>encore très mauvais</i>	<i>1</i>	<i>suffisant</i>	<i>4</i>	<i>impossible à apprécier</i>	<i>0</i>			
	<i>encore mauvais</i>	<i>2</i>	<i>bon</i>	<i>5</i>					
	<i>encore insuffisant</i>	<i>3</i>	<i>très bon</i>	<i>6</i>					
<i>Dans quelle mesure est-il aujourd'hui capable de...</i>									
a	établir une anamnèse bio-psycho-sociale en adéquation avec le genre et la sévérité de l'atteinte à la santé subie par le patient?		①	②	③	④	⑤	⑥	0
b	faire une évaluation fondée sur les informations fraîches ainsi obtenues?		①	②	③	④	⑤	⑥	0
c	établir un plan de traitement qui tienne compte du patient, de sa situation de vie, des risques encourus et des coûts?		①	②	③	④	⑤	⑥	0
d	tenir compte, dans son plan de traitement, des influences psychosociales et écologiques sur les visites à domicile?		①	②	③	④	⑤	⑥	0
e	communiquer au patient son évaluation et le plan de traitement en réalisant un regain de confiance?		①	②	③	④	⑤	⑥	0
f	conduire le traitement de manière adaptée à ses possibilités?		①	②	③	④	⑤	⑥	0
g	coordonner le traitement en collaboration avec les institutions et les personnes impliquées?		①	②	③	④	⑤	⑥	0
h	parcourir de manière pertinente les étapes précédentes lors d'urgences au cabinet médical, dans n'importe quel domaine?		①	②	③	④	⑤	⑥	0
i	motiver le patient pour des mesures aptes à promouvoir sa santé?		①	②	③	④	⑤	⑥	0
k	établir un bon contact avec d'autres personnes impliquées dans la prise en charge du patient?		①	②	③	④	⑤	⑥	0
l	accompagner les patients chroniques et leur entourage?		①	②	③	④	⑤	⑥	0
m	accompagner les patients en fin de vie et leur entourage?		①	②	③	④	⑤	⑥	0
n	lors d'un contact téléphonique, saisir le problème du patient et le conseiller?		①	②	③	④	⑤	⑥	0
o	tenir compte de la situation individuelle du patient lors de l'établissement de la capacité de travail?		①	②	③	④	⑤	⑥	0
p	gérer ou déléguer de manière convenable les tâches administratives d'un médecin de premier recours?		①	②	③	④	⑤	⑥	0
q	réfléchir de manière critique sur la qualité de son travail et la consolider par une formation professionnelle appropriée?		①	②	③	④	⑤	⑥	0
r	en tant que supérieur hiérarchique, motiver les collaborateurs et garantir la qualité de leur travail?		①	②	③	④	⑤	⑥	0