

La forme d'apprentissage «assistantat au cabinet médical» a fait ses preuves

Evaluation du projet pilote de 3 ans «formation postgraduée au cabinet du médecin de premier recours (assistantat au cabinet du praticien)» du Collège de médecine de premier recours CMPR en collaboration avec la FMH, l'ASMAC et l'ASSM

P. Schläppi, D. Hofer, R. Bloch

Deutsch erschienen in Nr. 9/2002

Résumé

Dans le projet pilote «Assistantat au cabinet du médecin de premier recours», il a été possible d'évaluer qualitativement de manière descriptive les données provenant des 86 stages d'assistantat au cabinet accomplis durant la période du 1^{er} juillet 1998 au 30 juin 2001. L'effet d'apprentissage pour les médecins assistants et la charge pour les personnes concernées ont été analysés. Les médecins assistants qui avaient pratiquement déjà accompli toute leur formation postgraduée spécialisée (en moyenne 60 mois de formation postgraduée) ont, durant leur stage au cabinet de 3 à 6 mois, atteint un gain formatif dans toutes les dimensions du savoir et des aptitudes examinées. L'assistantat au cabinet médical en tant que situation d'apprentissage fut mieux appréciée que les stages précédents d'assistantat en milieu hospitalier. A l'issue de leur période d'assistantat au cabinet médical, les médecins assistants déclaraient encore des lacunes dans leur savoir et leur savoir-faire et jugeaient fondamentalement souhaitables deux périodes de 4 à 6 mois d'assistantat au cabinet médical durant la formation postgraduée.

La diminution de salaire consentie durant le stage au cabinet médical par rapport aux salaires pratiqués dans les hôpitaux a représenté une charge financière pour de nombreux médecins assistants.

Pour les maîtres de stage, la charge financière et de temps de l'assistantat au cabinet médical dans les

CMPR	Collège de médecine de premier recours
MS	Maître de stage
MA	Médecin assistant
AM	Assistante médicale
ASSM	Académie suisse des sciences médicales
ASMAC	Association suisse des médecins assistants et chefs de clinique
IAWF	Institut für Aus-, Weiter- und Fortbildung de la Faculté de médecine de Berne

conditions du projet s'avéra supportable. Ils profitèrent d'un «enrichissement de leur quotidien» grâce à leur effort didactique et à la stimulation de leur formation continue personnelle. En moyenne, le volume de consultations au cabinet médical ne fut pas modifié durant la période d'assistantat. Les assistantes médicales déclarèrent qu'elles-mêmes ou les patients ne pâtirent pas du fait du stage du médecin médical.

Plus de 90% de toutes les personnes impliquées jugèrent l'assistantat au cabinet médical globalement positif.

La formation postgraduée au cabinet du médecin de premier recours, comme observée dans le projet pilote présent, constitue une forme didactique efficace, appréciée et faisable pour l'apprentissage des aspects essentiels de la médecine de premier recours.

Introduction

Le présent article résume le rapport final du projet pilote «Formation postgraduée au cabinet du médecin de premier recours» [1]. La trame, la méthode et les premiers résultats du projet ont déjà été décrits dans un rapport intermédiaire en l'an 2000 [2]. A fin 1997, le CMPR donna à l'IAWF le mandat d'évaluer le projet pilote et l'ASSM a financé cette évaluation. Le projet, longuement préparé par le CMPR en collaboration avec l'ASMAC et la FMH, a été décrit en détails en 1998 [3]. Le Corps médical a assuré le financement, auquel les MA participaient aussi par le biais d'un renoncement à 25% de leur salaire par rapport au salaire d'un MA en hôpital public; les MS versaient leur part du salaire, tandis que les membres de la FMH, de l'ASMAC et des sociétés de discipline de médecins de premier recours co-financèrent collectivement le projet. Des données plus précises sur l'aspect financier sont données dans le rapport de projet du CMPR [4].

Les points marquants du projet étaient la situation d'apprentissage «1:1», la structuration didactique de l'assistantat utilisant un parcours progressif selon des degrés de supervision (tab. 1), l'instruction du MS et l'accompagnement administratif par le CMPR et l'ASMAC.

A côté des saisies concernant la faisabilité, l'évaluation devait entre autres répondre à deux questions centrales:

1. Quel effet d'apprentissage l'assistantat au cabinet a-t-il pour les MA?
2. Que «coûte» aux protagonistes l'assistantat au cabinet médical?

Correspondance:

Dr Peter Schläppi

Projet pilote «Assistantat au cabinet médical»

IAWF

Inselspital 37a

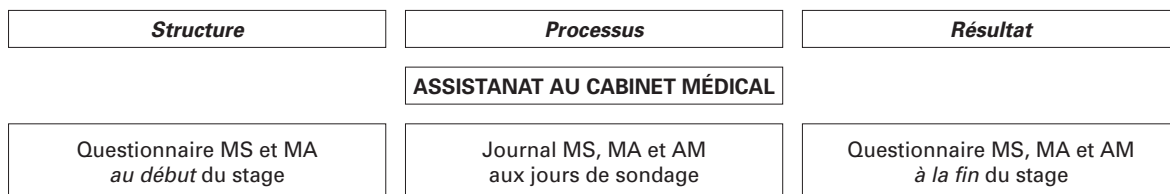
CH-3010 Berne

Tél. 031 632 35 82

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

Figure 1

Aperçu des instruments d'évaluation.



La figure 1 donne un aperçu sur les instruments d'évaluation et comment ils furent utilisés de manière à permettre une analyse de l'assistanat au cabinet médical selon le principe de l'évaluation de la structure, du processus et des résultats [5]. L'établissement des questions et critères d'évaluation (exemple tab. 3) est le fruit d'une collaboration avec le groupe de travail Formation prégraduée/postgraduée du CMPR et – pour les éléments spécifiques à la pédiatrie – avec des représentants de la Société suisse de pédiatrie SSP ainsi que du Forum für Praxispädiatrie [6]. Les 184 critères d'évaluation du savoir et des aptitudes qui devaient être examinés par l'MA et son MS au début et à la fin de la période d'assistanat étaient pour l'essentiel basés sur la CISP (Classification Internationale des Soins Primaires, International Classification for Primary Care ICPC) de la WONCA (World Organization of Family Doctors) [7] et sur les objectifs d'enseignement qui avaient été élaborés par le CMPR pour l'assistanat au cabinet médical. Les documents de l'EURACT (European Academy of Teachers in General Practice) [8] fournirent les 23 critères didactiques d'évaluation. L'évaluation suivait une échelle de «notes» avec cotation de 1 à 6 (tab. 2).

Les instruments d'évaluation furent rédigés en français et en allemand.

Tableau 1

Degrés de supervision (selon le document de projet du CMPR) [3].

5 = spectateur
4 = sous observation directe
3 = demander avant de décider
2 = rapport journalier régulier
1 = autonome, maître de stage de piquet
0 = autonome, remplaçant sur appel

Tableau 2

Echelle de cotation pour l'évaluation du savoir et des aptitudes.

1 = très mauvais
2 = mauvais
3 = insuffisant
4 = suffisant
5 = bon
6 = très bon

Les protagonistes

Les données concernant toutes les 86 périodes d'assistanat au cabinet médical accomplies entre le 1^{er} juillet 1998 et le 30 juin 2001 (dont 8 en Suisse Romande et 4 au Tessin) ont été recueillies au moyen de questionnaires et de journaux. 3 cabinets ont conduit 3 fois une période d'assistanat et 6 cabinets ont pour leur part accueilli deux fois un MA. Le taux de réponse aux divers instruments d'évaluation a oscillé entre 78% et 100%.

36 (42%) MA étaient de sexe féminin et 50 (58%) de sexe masculin. Ils avaient déjà accompli 60 mois (valeur moyenne et médiane) de formation postgraduée avant de commencer leur stage au cabinet d'un médecin de premier recours (fig. 2).

Seulement 2 des 86 MS étaient de sexe féminin. 61 (71%) MS étaient spécialistes en médecine générale, 13 (15%) en médecine interne et 12 (14%) en pédiatrie. La principale motivation à participer au projet fut pour les MS le désir d'«enrichir leur quotidien» par une dimension didactique. A la question s'ils se sentaient outillés du point de vue didactique, 74 (94%) MS répondirent par la mention très bien, bien ou suffisamment, 2 (3%) par insuffisamment, 2 (3%) par très mal. 27 (35%) MS étaient installés à la campagne, 26 (33%) dans une agglomération et 25 (32%) en ville. 52 (67%) travaillaient en solo, 26 (33%) en cabinet de groupe. Le temps habituel de travail hebdomadaire des MS sans MA était en moyenne de 52 heures avec un cabinet ouvert 230 jours par année.

Effet d'apprentissage pour les médecins assistants

L'effet d'apprentissage a été déterminé par la comparaison des évaluations pratiquées indépendamment par les MS et les MA au début du stage avec celles – indépendantes des premières – à la fin du stage (au total 184 critères au début comme à la fin du stage). Cette comparaison indique que les MA ont atteint un gain significatif dans toutes les dimensions du savoir et des aptitudes en médecine de premier recours examinées (cf. introduction et tableau 3), à savoir 13 domaines médicaux sur le plan des connaissances; 17 domaines d'aptitudes particulières de médecine de premier recours ainsi que 32 procédés diagnostiques, 27 procédés thérapeutiques et 18 autres procédés sur les plans du savoir et du savoir-faire. Cet effet d'ap-

prentissage est confirmé aussi bien par les évaluations faites par les MS que par les auto-évaluations des MA selon les mêmes critères. Le tableau 4 donne un aperçu de l'effet d'apprentissage dans les domaines examinés. Après leur stage au cabinet du praticien, les MA se donnaient encore à peine la note 5 pour leur savoir et savoir-faire en médecine de premier recours.

A titre d'exemple, nous présentons (fig. 3, 4) l'effet d'apprentissage (auto-évaluation des MA) dans les 17 aptitudes particulières de la médecine de premier recours. Pour les résultats détaillés, nous vous prions de vous référer au rapport sur le projet [1].

L'effet d'apprentissage ne dépendait pas du nombre de consultations, de la formation préalable du MA, du lieu d'implantation du cabinet ou de la forme d'installation (cabinet individuel ou de groupe).

La situation d'apprentissage en stage de formation postgraduée au cabinet médical fut jugée nettement meilleure que celle prévalant généralement en stage en milieu hospitalier (fig. 5). A la question si durant leur période d'assistantat au cabinet médical le travail, les loisirs et la famille pouvaient être gérés de telle sorte qu'aucun de ces plans de vie ne soient désavantagés, 65% des MA répondirent par «oui», 31% par «partiellement» et 4% par «non».

Charge financière de l'assistantat au cabinet médical

Les données recueillies montrent que le volume de consultations au cabinet du MS ne s'est pas modifié durant la période d'assistantat par rapport à la moyenne des 5 années précédant la période d'assistantat (fig. 6). En moyenne, l'assistantat n'influença donc pas cette partie certes importante du bilan financier d'un cabinet médical. Dans l'enquête finale, 8 (10%) des 81 MS ayant répondu parlèrent d'une charge financière importante liée à l'assistantat, 39 (49%) d'une charge modérée, 32 (40%) d'une charge légère et 1 (1%) d'une charge financière supplémentaire inexistante. Les MS trouvèrent cependant que leur part au financement du projet était encore en moyenne appropriée et cette part était d'ailleurs diversement élevée [4].

A la question de la surcharge de temps due à l'assistantat, les réponses des MS indiquent une répartition semblable à celle des réponses concernant la charge financière. D'après les données fournies par les MS (sondages les jours de semaine tout au long de la période d'assistantat), on peut calculer un temps moyen de travail journalier de 8,7 heures, dont environ un quart comme temps d'enseignement (fig. 7, 8).

14 (17%) des 81 MA ayant répondu jugèrent que leur charge financière due à la réduction de salaire consentie était grande, 34 (42%) moyenne, 22 (27%) petite et 11 (14%) inexistante. En moyenne, ils jugeaient que la part de salaire à laquelle ils renonçaient était trop grande et proposaient une réduction de salaire de 15% (valeur médiane) plutôt que de 25% comme actuellement.

Selon les données fournies par les MA aux jours de sondage, leur temps de travail journalier était de

7,7 heures en moyenne (*sans* temps d'étude personnelle), en moyenne le plus souvent sous degré de supervision 1 et le moins souvent sous degré de supervision 4 (fig. 9, 10, cf. tab. 1). Ils déclarèrent un temps de travail hebdomadaire de 42 heures plus 4 heures de formation personnelle (valeurs médianes).

Les AM n'ont pratiquement pas été perturbées dans leur travail, mais selon leurs propres estimations, 74 (93%) des 80 AM ayant répondu ont travaillé plutôt plus jusqu'à nettement plus durant la période d'assistantat. En moyenne, selon l'estimation globale des AM, 82% de tous les patients avaient une position favorable à l'égard de l'assistantat au cabinet, respectivement n'ont au moins pas été dérangés par la présence du MA (fig. 11).

Tableau 3

Exemple d'items d'évaluation de procédés thérapeutiques (chacun différencié selon le savoir et le savoir-faire, échelle de 1 à 6).

<i>Petite traumatologie</i>
Traitement de plaies
Traitement de fracture/luxation
Ablation de plâtre
<i>Excisions/incisions</i>
Excision/biopsie superficielle
Ponction articulaire
Ponction, incision, drainage
<i>Petites interventions chirurgicales</i>
Ongle incarné
Verrues
<i>Injections</i>
i.m., i.v., s.c.
intra-articulaire
anesthésie de conduction
<i>Pansements, tamponnements</i>
Pansements de recouvrement
Pansements compressifs (y compris tamponnement nasal)
Pansements compressifs en cas de varices et d'œdèmes lymphatiques
<i>Conseil/évaluation psychique</i>
Entretien personnel
Entretien de couple
Entretien de famille
Evaluation psychologique formelle
Problèmes de retraite, chômage
Dépendances (méthadone, némexine)
<i>Autres</i>
Mobilisation active et passive
Lavage d'oreilles
Traitement par ultrasons
Electrostimulation
Mise en place/retrait de sondes
Insertion/retrait de pessaires et moyens de contraception intra-vaginaux
Contrôles de grossesse

Figure 2

Formation postgraduée accomplie par les MA avant leur stage d'assistantat au cabinet médical.

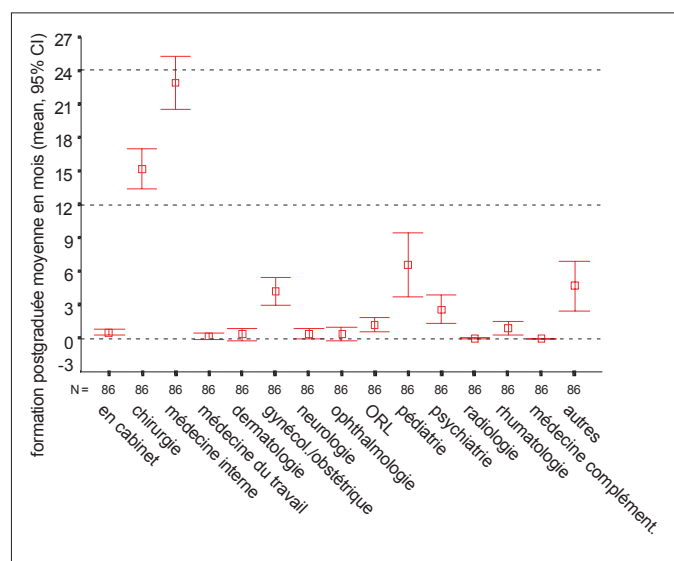
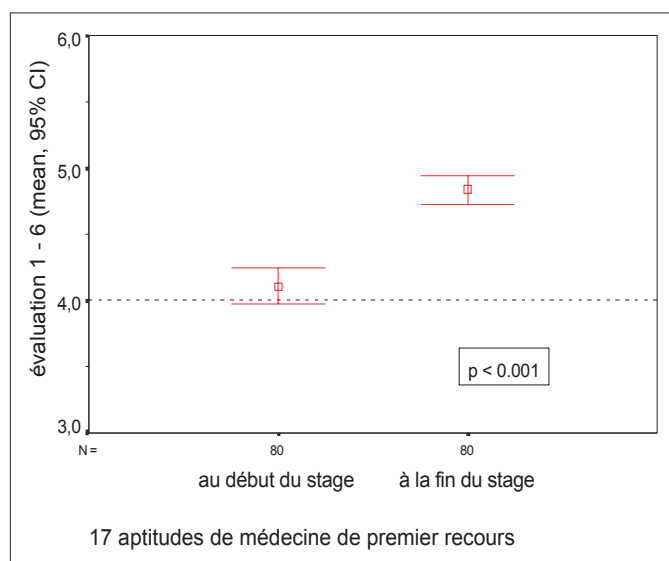


Figure 3

Effet d'apprentissage pour les aptitudes de médecine de premier recours (auto-évaluation des MA).



Le bilan des protagonistes

Plus de 90% de ceux qui ont répondu (82 MS, 81 MA et 82 AM) déclarèrent avoir une impression positive de la période d'assistantat sous revue et recommandent cette forme d'apprentissage à leurs collègues. Les MS apprécieraient avant tout l'enrichissement (didactique) de leur quotidien (93%) et l'effet positif sur leur formation professionnelle continue (82%). Pratiquement tous les acteurs firent des remarques et commentaires qui soulignent les côtés positifs de cette forme d'apprentissage (tab. 5). Mais il y eut aussi des problèmes, avant tout d'interaction, dans quelques cabinets médicaux. Dans de nombreux commentaires concernant l'amélioration de l'assistantat au cabinet

du praticien, il a par exemple été proposé d'allonger le temps de formation des MS, d'organiser un cours d'introduction pour les MA, de convenir d'objectifs d'apprentissage clairs dès le début de la période d'assistantat, d'allonger la période d'observation directe (degré de supervision 4) ou d'offrir de l'aide dans les situations de conflit.

Les MA (mais les MS également) ont indiqué la persistance, à la fin du stage, de nombreuses lacunes dans le savoir et les aptitudes des MA, par exemple dans des branches telles que la gynécologie, la pédiatrie, la dermatologie, ou ont indiqué des insuffisances par exemple dans les aptitudes manuelles, les solutions de problème ou l'écoute active. 53 (63%) MA ont émis le désir d'un second voire troisième stage

Tableau 4

Aperçu de l'effet d'apprentissage dans les domaines examinés. Comparaison des valeurs moyennes de toutes les évaluations respectives par domaine (échelle de notation 1 à 6).

Domaine	Auto-évaluation des MA			Evaluation par les MS			
	début	fin	gain	début	fin	gain	
Savoir en médecine de premier recours (MPR)	3,87	4,35	0,48*	4,24	4,75	0,51*	
Aptitudes en MPR	4,11	4,90	0,79*	4,46	5,08	0,61*	
Procédés diagnostiques	savoir	4,69	5,07	0,38*	4,91	5,50	0,59*
	savoir-faire	3,34	4,39	1,05*	5,05	4,35	0,70*
Procédés thérapeutiques	savoir	4,29	4,74	0,45*	4,86	5,44	0,58*
	savoir-faire	3,91	4,50	0,59*	4,60	5,27	0,67*
Autres procédés	savoir	4,02	4,67	0,65*	4,69	5,14	0,45*
	savoir-faire	3,84	4,51	0,67*	4,57	5,10	0,53**

*p < 0,001 (significatif)

Figure 4
 Effet d'apprentissage des diverses aptitudes (auto-évaluation des MA).

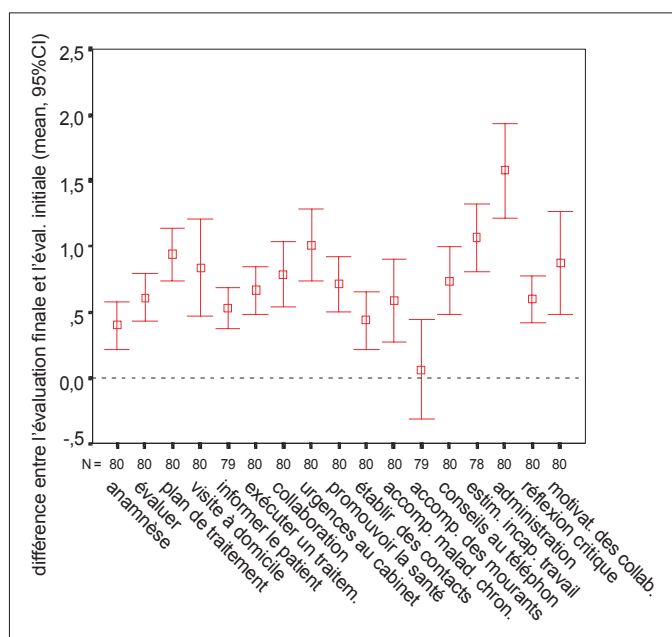
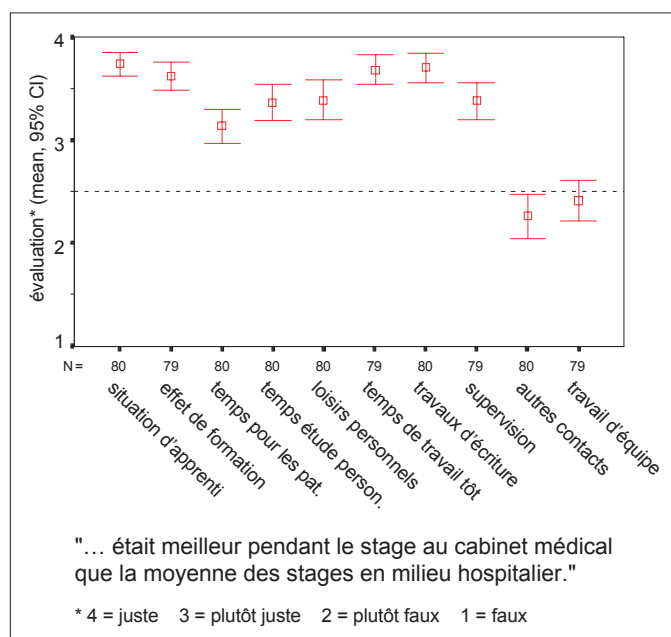


Figure 5
 Comparaison des situations d'apprentissage au cabinet et en milieu hospitalier (évaluation par les MA).



d'assistantat au cabinet médical durant la période de formation postgraduée. 52 (63%) MA estimèrent que la durée optimale d'un stage de formation au cabinet était de 4 à 6 mois, 11 (14%) l'estimèrent à plus de six mois et 19 (23%) à moins de 4 mois.

Le 85% des MS et des MA se déclarèrent satisfaits de l'information et de l'accompagnement par la direction du projet; les insatisfactions ont été manifestées surtout au cours de la première moitié de la durée du projet, alors que les mécanismes administratifs ne fonctionnaient pas encore très bien.

Discussion

Les expériences positives tirées du projet pilote valent – conformément aux conditions cadres – en premier lieu pour les MS et MA motivées et engagées. On peut supposer que les MA faisaient de toute manière preuve d'engagement ailleurs aussi, de sorte que l'effet d'apprentissage de l'assistantat au cabinet médical aurait pu être moins grand. En dépit du fait que la plupart des MA avaient pratiquement accompli toute la durée de leur formation postgraduée (en

Tableau 5
 Citations (choix de remarques émises dans les questionnaires (traduction française)).

«L'assistantat au cabinet du médecin de premier recours fut pour moi la période la plus riche du point de vue de l'enseignement, la plus diversifiée et aussi la plus axée sur la pratique, sans doute un des meilleurs stages de ma formation postgraduée. A mon avis, tous les médecins, y compris les médecins hospitaliers, devraient en principe avoir été une fois en cabinet médical.» (citation d'un MA)

«A l'université, j'étais un bon MA, compétent et qualifié de sérieux. Maintenant, je m'aperçois que je n'ai rien appris sur les coliques du nourrisson, le conseil diététique et d'allaitement, les troubles du sommeil du petit enfant, la problématique de la jalousie, les habitus de propreté (énurésie, encoprésie), d'autres troubles fonctionnels rencontrés dans la pratique de tous les jours, les systèmes familiaux, etc., etc.» (citation d'un MA)

«Mon maître de stage aurait eu besoin d'un cours sur la gestion des conflits!» (citation d'un MA)

«Ce fut le meilleur temps de mes 16 ans d'activité en cabinet.» (citation d'un MS)

«Finalement, nous sommes tous les deux quelque peu consternés du peu d'apport d'une formation accomplie dans les hôpitaux pour la pratique en cabinet privé. Une activité d'MA qui se déroule uniquement en clinique ne suffira jamais à personne pour répondre aux exigences multiples de notre profession!» (citation d'un MS)

«Mon impression est partagée. D'un côté, je suis idéologiquement en faveur de l'assistantat au cabinet du praticien. Je fais l'expérience que travailler avec de jeunes collègues est très fertile pour moi. Mais l'apport de mon MA n'a pas été grand et le fardeau de la prise en charge du MA a été très important.» (citation d'un MS)

«L'MA était professionnellement bon et poursuivait sa formation. Il se comportait parfois comme un éléphant dans un magasin de porcelaine.» (citation d'une AM)

«Dans les deux premières semaines, le travail avec l'MA était très pénible, mais après, tout se déroula vraiment super, de sorte que nous sommes très satisfaites des deux mois et demi suivants.» (citation d'une AM).

Figure 6
 Nombre de consultations avant et après la période d'assistantat.

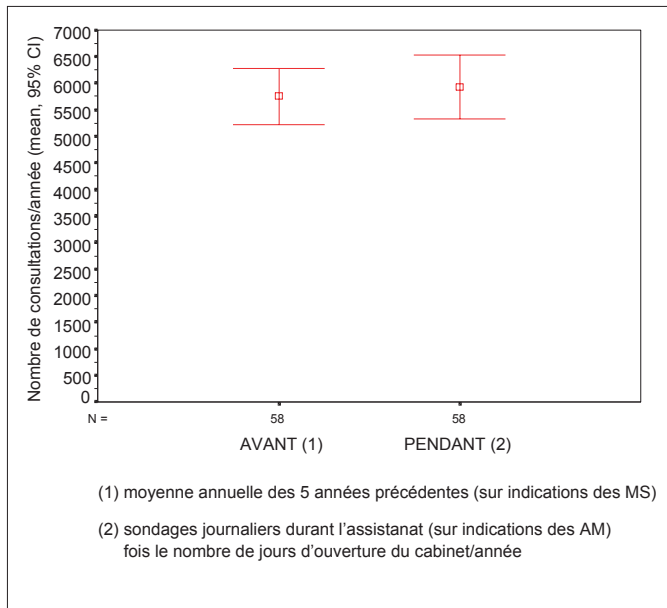
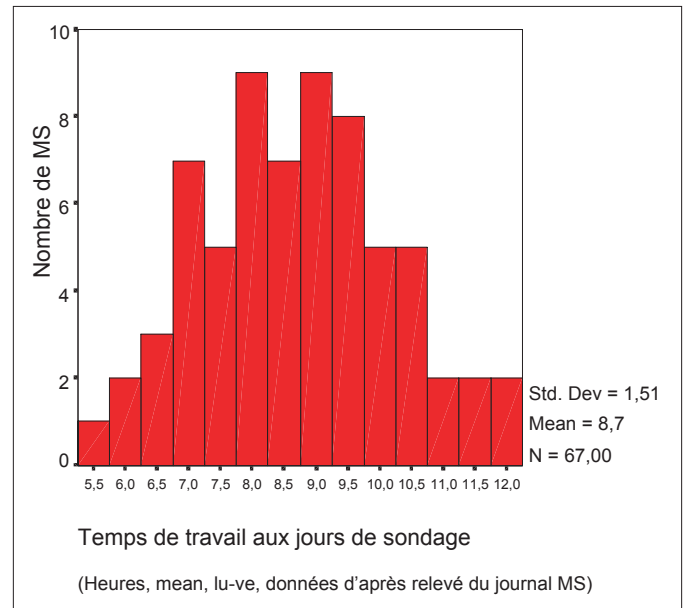


Figure 7
 Temps de travail journalier des MS.



moyenne cinq ans) avant leur stage au cabinet du praticien, ils atteignirent encore une nette amélioration de leur savoir et de leurs aptitudes à l'issue de leur période (de presque 4 mois en moyenne) d'assistantat au cabinet du praticien. Après ce stage, les MA signalaient la persistance de lacunes dans leur savoir et leurs aptitudes et leurs auto-appréciations dans les divers domaines examinés atteignaient à peine la note 5. En sorte que la plupart des MA se sont montrés désireux d'accomplir en principe deux stages d'assistantat au cabinet médical d'une durée de 4 à 6 mois chacun, dans le cadre de leur formation postgraduée.

Comme facteur de succès de cet effet d'apprentissage, il faut certainement mentionner en premier lieu la bonne structuration de l'assistantat (p.ex. supervision, temps d'enseignement et de travail), dont les MA ont jugé divers éléments meilleurs que dans les stages d'assistantat hospitalier effectués précédemment. La répartition des réponses à la question de la compatibilité entre travail, vie familiale et loisirs est pratiquement l'image en miroir de celle résultant d'une enquête auprès des MA en milieu hospitalier dans le canton de Zurich en 1998 [9] (là, le 6% des réponses étaient «oui, compatibles», 22% «partiellement compatible» et 72% «non»). Le temps de travail journalier des MA participant au projet était plus court (en moyenne juste 8 heures par jour) que dans les stages habituels en milieu hospitalier [10].

Au cours de certains stages, il y eut des problèmes d'interaction entre les protagonistes, ce à quoi la direction du projet doit être attentive à l'avenir, comme d'ailleurs aux nombreuses propositions d'amélioration qui ont été consignées dans le rapport sur le projet, telles que par exemple faire bonne connaissance («Schnuppertag») avec des conventions claires dès le

début du stage, un feedback régulier ou pouvoir bénéficier de l'aide nécessaire en cas de conflit durant le stage.

Les MA ont payé la bonne situation d'apprentissage par le renoncement à une partie de leur salaire, ce qui représentait pour beaucoup un fardeau financier. Pour les MS, la charge financière paraissait à leurs propres yeux en moyenne moins importante, cependant significative pour 60% d'entre eux. Avec un nombre de consultations inchangé et une contribution pourtant encore considérable au salaire du MA, il faut sans doute s'attendre à un certain sacrifice financier. Cependant, pour des raisons méthodologiques et pratiques, il fut impossible d'obtenir des chiffres plus concrets sur les changements des recettes du cabinet dans le cadre du projet pilote. Il nous manque par exemple des données sur d'éventuelles modifications des recettes du cabinet dans les mois qui suivent la période d'assistantat. L'évaluation du bilan financier par les MS fut par ailleurs très diverse d'un cabinet à l'autre et le nombre de consultations était d'ailleurs aussi sensiblement différent.

Mais le bilan des MS fut certainement aussi influencé par des «gains» plutôt immatériels. Les uns pouvaient disposer de plus de temps au cabinet ou à côté, d'autres profitèrent, durant ou après le stage, d'avoir à disposition un remplaçant connaissant bien les rouages de leur cabinet et d'autres apprécièrent en particulier le cours d'introduction pour MS. Il ne faut pas oublier non plus l'enrichissement didactique du quotidien de travailler avec un MA et l'apport souhaité pour la formation continue personnelle du MS.

Si, pour les MS, l'assistantat au cabinet dans le cadre du projet pilote fut supportable financièrement, il en alla de même pour le temps investi: en moyenne, il n'y eut au minimum aucune charge supplémentaire.

Figure 8

Part d'enseignement durant le temps de travail.

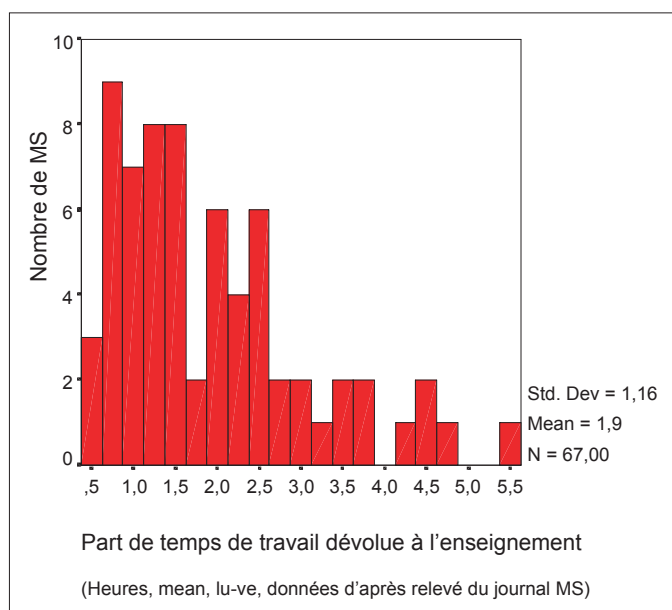
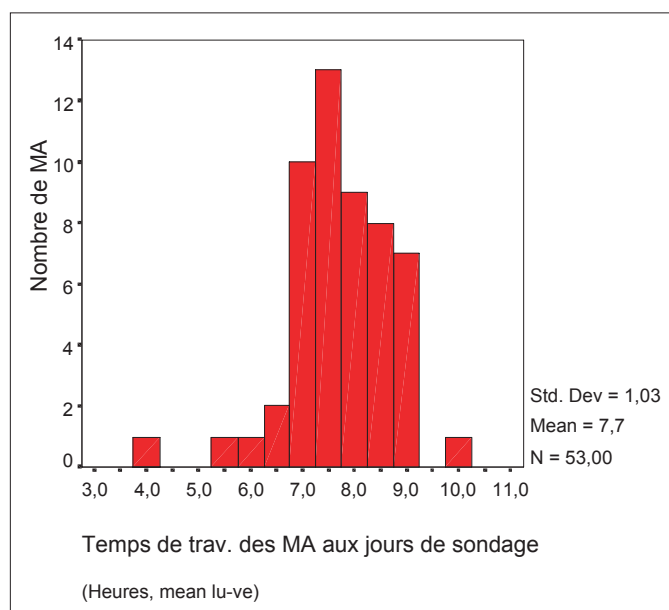


Figure 9

Temps de travail journalier des MA
 (seulement avec un taux d'occupation de 100%).



La crainte que les patients seraient «dérangés» par la présence du MA ne s'est révélée exacte que dans peu de cas.

Globalement, les résultats de l'évaluation de ce projet pilote ne permettent pas de douter que, sous la forme qui lui a été donnée, l'assistantat au cabinet du médecin de premier recours est une forme d'apprentissage des éléments essentiels de la médecine de premier recours efficace, appréciée et praticable.

A tous les protagonistes: MS, MA, AM, un grand merci pour la collaboration dans l'évaluation de ce projet pilote en remplissant généreusement les nombreux questionnaires et journaux!

Références

1 Schläppi P, Hofer D, Bloch R. Weiterbildung in Hausarztpraxen (Praxisassistenten) – Evaluation von Lerneffekt und «Kosten» im dreijährigen Pilotprojekt des Kollegiums für Hausarztmedizin KHM in Zusammenarbeit mit VSAO, FMH und SAMW. Forschungsbericht IAWF, 2001/2.

2 Schläppi P. Bénéfice didactique avec l'assistantat au cabinet médical – Premiers résultats de l'évaluation pilote Assistantat au cabinet médical du Collège de Médecine de premier recours. Bull Méd Suisses 2000;81(36):1991-3.
 3 Projektpapier Pilotprojekt Praxisassistenten, Kollegium für Hausarztmedizin, 1998.
 4 Rindlisbacher B, Battaglia M. Formation postgraduée au cabinet du médecin de premier recours. Bull Méd Suisses 2002;83(14):643-5.
 5 Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. Program Evaluation. Alternative Approaches and Practical Guidelines. New York: Longman; 1997.
 6 Bächler A, Wimmersberger A. Weiterbildung in Pädiatrie, Krise als Chance. Bellach: Verlag Praxispädiatrie; 1997.
 7 Lamberts H, Wood M. ICPC in the European Community. Oxford: University Press; 1993.
 8 Teachers and Trainers in General Practice: attributes and learning areas. EURACT, 1997.
 9 Meuli U. Die Lebensqualität von Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzten. VSAO-Journal 1998;4/5:4-8.
 10 Bloch R, Hofer D, Spichiger JC, Disteli S. How much service, education, and research? Acad Med 1997;72(10):S115-7.

Traduction: B. Croisier

Figure 10

Part de temps d'apprentissage d'après le degré de supervision
 (taux d'occupation de 100%).

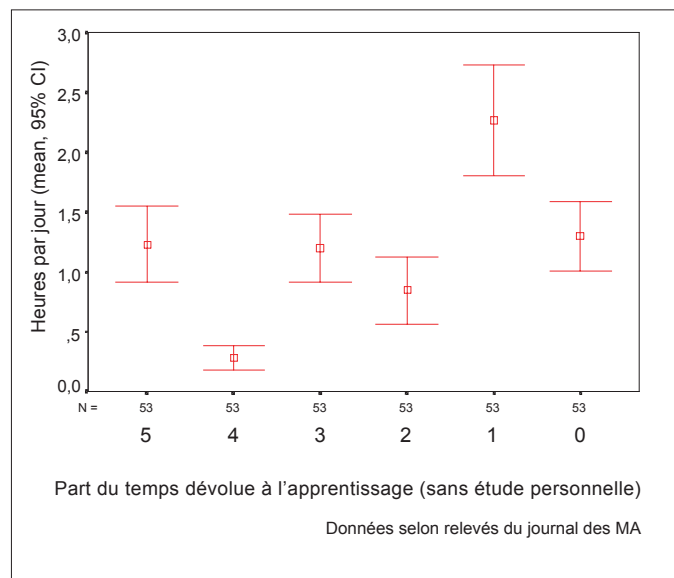


Figure 11

Réactions des patients envers le MA selon les AM.

