

L'assistantat au cabinet médical: «... la période la plus instructive de ma formation!»

Evaluation du projet «Formation postgraduée au cabinet du praticien de premier recours» du Collège de médecine de premier recours CMPR

S. Feller

Le projet «Formation postgraduée au cabinet du praticien de premier recours» a démarré en 1998 par une phase pilote de trois ans, qui a fait l'objet d'un bilan en 2001. A ce jour, 730 mois d'assistantat ont pu être réalisés en cabinet par quelques 190 futurs médecins de premier recours. L'évaluation présentée confirme les résultats de la phase pilote. Les médecins assistants qui ont participé au projet, de même que les maîtres de stage, rapportent à nouveau un gain net de compétences dans tous les domaines de la médecine de famille. Cela dit, même après l'accomplissement de cette période d'assistantat, il persiste un certain nombre de lacunes en termes de savoir et de savoir-faire.

Il serait dès lors souhaitable que les médecins assistants qui visent l'obtention d'un titre de spécialiste en médecine de premier recours puissent effectuer un second stage en cabinet médical. Cette forme d'enseignement qu'est l'assistantat au cabinet du praticien est décrite par les maîtres de stage, les médecins assistants et les assistantes médicales comme bien établie, très instructive et essentielle dans l'optique de la formation postgraduée en médecine de premier recours. Si une telle opportunité, aussi riche d'enseignements et d'expériences, doit pouvoir être offerte à tous les futurs praticiens de premier recours, son financement demande à être revu.

Deutsch erschienen
in SÄZ Nr. 19/2005

Introduction

«La période d'assistantat au cabinet médical d'un spécialiste en médecine générale, suivie – le cas échéant – du remplacement de ce dernier, est pour le candidat l'un des moyens les plus efficaces d'acquérir et de perfectionner ses connaissances, ses aptitudes et ses attitudes.» (Programme de formation postgraduée en médecine générale, alinéa 3.2.1).

Les titres de spécialiste en médecine générale, en médecine interne et en pédiatrie sont considérés en Suisse comme des titres de spécialiste en médecine de premier recours. Les programmes correspondants fixent les modalités de la formation postgraduée dans chacune de ces spécialités et en définissent la durée à cinq ans, tout en précisant qu'une année *peut* être réalisée sous forme d'assistantat dans un cabinet de médecin praticien (Art. 34 RFP). Le groupe de travail pour la formation postgraduée de la SSMG a récemment proposé que l'octroi du titre de spécialiste en médecine générale nécessite l'accomplissement d'au moins un an de stage dans un cabinet de praticien de premier recours (une durée maxi-

Abréviations

MS	Maîtres de stage
MA	Médecins assistants au cabinet du praticien
AM	Assistants médicales du cabinet du praticien
CMPR	Collège de médecine de premier recours
FMH	Association des médecins suisses
ASMAC	Association suisse des médecins assistants et chefs de clinique
SSMG	Société suisse de médecine générale
SSMI	Société suisse de médecine interne
SSP	Société suisse de pédiatrie – Médecine de l'enfance et de l'adolescence

male de trois ans d'assistantat en cabinet sera admise; valable au plus tôt dès le 1^{er} janvier 2006).

La formation postgraduée en médecine de premier recours prend des formes différentes dans les pays de l'UE et dure de trois à cinq ans. Les programmes de formation postgraduée européens ont en commun le fait qu'une part appréciable de la formation doit se dérouler dans des institutions de soins primaires [1]. Des guidelines récents recommandent de porter la durée de la formation postgraduée en médecine générale à quatre ou à cinq ans, dont au moins la moitié devra être effectuée dans des cabinets de médecine de premier recours [2–4]. Et ceci pas uniquement après la formation hospitalière – comme l'ont notamment critiqué Caird et Howard [5] –, mais en alternance avec les stages hospitaliers.

En comparaison internationale, il s'avère que la Suisse est probablement le seul pays européen où on peut obtenir un titre de spécialiste en médecine de premier recours sans avoir jamais eu le moindre contact avec son futur domaine d'activité [6, 7]. Cette situation ne pourra plus être maintenue bien longtemps compte tenu des nouvelles dispositions d'accréditation qui sont entrées en vigueur récemment (Loi fédérale sur les professions médicales Lpméd, Révision 1999).

Correspondance:
Sabine Feller, lic. phil.
Institut für medizinische Lehre
IML / AAE
Inselspital 37a
CH-3010 Berne
E-mail: sabine.feller@iml.unibe.ch

Projet «Formation postgraduée au cabinet du praticien»

En tenant compte de cela, le Collège de médecine de premier recours en collaboration avec la FMH et l'ASMAC a mis sur pied le projet d'assistantat au cabinet du praticien (appelé ci-dessous «assistantat au cabinet»). Il permet à un certain nombre de médecins assistants d'accomplir un stage de trois à six mois dans un cabinet de médecine de premier recours. Le financement d'une partie du salaire de l'assistant est assuré par le fonds du projet.

Les médecins de premier recours constituent la première instance à laquelle la population peut s'adresser aisément en cas de problèmes de santé. Ils connaissent le contexte social de leurs patients et doivent disposer de compétences spécifiques adaptées au genre et à la fréquence des maladies dans la population. De telles compétences ne peuvent pas s'acquérir en milieu hospitalier. Elles nécessitent l'expérience du terrain que le cabinet de médecine de premier recours est seul à pouvoir procurer. Cette période de formation postgraduée de trois à six mois doit répondre aux exigences suivantes (pour les objectifs détaillés, cf. a):

- Les médecins assistants se chargent avec compétence d'environ 20 consultations par jour durant au moins deux semaines au stade de supervision 1 ou 0^b.
- Ils peuvent se faire une idée précise de la vie quotidienne d'un cabinet de praticien, de sa gestion et de ses aspects économiques.

Le projet a démarré en 1998 par une phase pilote qui a duré trois ans. Il a pu être développé puis concrétisé grâce au soutien financier de la FMH, de l'ASMAC, de la SSMG, de la SSMI, de la SSP et du CMPR.

Depuis son lancement en 1998, quelques 190 assistantats (730 mois d'assistantat) ont été co-financés dans le cadre du projet. Initialement, la durée moyenne d'une période d'assistantat au cabinet était de trois à quatre mois, mais elle se situe actuellement à un peu plus de cinq mois en moyenne.

Les fonds mis à disposition dans le projet proviennent aujourd'hui encore exclusivement des milieux médicaux. Les salaires des médecins assistants sont supportés à 50% par les MS, les 50% restants étant subventionnés par le projet. Les médecins assistants fournissent également une contribution en renonçant à 25% du salaire moyen dans un service hospitalier.

L'évaluation du projet

L'évaluation du projet pilote mené entre 1998 et 2001 a été faite sur un plan très large [8, 9] et elle est parvenue à la conclusion que l'assistantat au cabinet est une forme d'enseignement efficace, appréciée et réalisable pour l'apprentissage des éléments essentiels pour la pratique de la médecine de premier recours [9, page 415]. Pour la période dont il est question ici (juillet 2002 à décembre 2004), le groupe de travail Formation postgraduée du CMPR a réduit l'évaluation. Les participants^c n'ont été interrogés par questionnaire qu'à la fin de la période d'assistantat, contrairement à la phase pilote.

Les économies ainsi réalisées permettent de financer d'autres places d'assistants au cabinet. Le questionnaire n'est pas anonyme et sert simultanément à l'évaluation du site de formation postgraduée.

Les questions suivantes revêtent un intérêt tout particulier:

- Où les MA situaient-ils leurs compétences et les connaissances acquises à l'issue de leur assistantat?
- Le même degré de compétences et le même gain de connaissances ont-ils été atteints qu'au cours de la phase pilote?
- Quel bilan les MS, les MA et les AM tirent-ils de leurs expériences?

Instruments d'évaluation

Les questions et les critères découlent des instruments d'évaluation développés durant la phase pilote (tab. 1, [8, 9]). Le renoncement à une enquête initiale (caractérisation de l'état des compétences au début de la formation postgraduée dans le cabinet de médecine de premier recours) signifie que les nouvelles compétences et connaissances acquises durant la formation postgraduée sont estimées directement par les participants, plutôt que d'être calculées.

Résultats

Les expériences faites avec l'assistantat au cabinet et avec les instruments d'évaluation révisés ont été publiées en 2004 [10]. Les résultats brièvement présentés ici concernent les 2½ années de juillet 2002 à décembre 2004^d.

89 stages de formation postgraduée au cabinet de médecine de premier recours ont pu être réalisés dans le cadre de ce projet. Les données proviennent de 60 stages de médecine générale,

a Cf. pages 10–11, Formation postgraduée au cabinet médical. Un projet du CMPR en collaboration avec l'ASMAC et la FMH. Document d'information pour les maîtres de stage et les médecins assistants. Version Janvier 2004. www.kollegium.ch.

b Degré 1 = travail de manière indépendante, le maître de stage fonctionnant comme piquet; degré 0 = remplace le maître de stage de manière indépendante (autre médecin de premier recours est disponible sur appel).

c Détenteur/détentrice de cabinet (maître de stage), médecins assistants, assistantes médicales.

12 de médecine interne et 17 de pédiatrie. 87 maîtres de stage, 88 médecins assistants et 81 assistantes médicales ont répondu au questionnaire.

Impression générale, charge de travail, financement

Comme lors de la phase pilote (1998–2001), l'impression générale des participants est positive.

Tableau 1
Questions aux MS, MA et AM.

<i>Questions à choix multiples</i>
Impression générale spontanée (tous)
Charge en temps (tous), financier (MS et MA) et didactique (MS)
Questions à propos de la répartition du financement (MS, MA)
Comparaison de l'assistantat au cabinet avec un stage d'assistant hospitalier classique (MA)
Estimation des compétences dans le domaine de la médecine de premier recours après l'assistantat au cabinet (connaissances, aptitudes, diagnostic, thérapeutique, procédures cliniques/administratives), 128 critères (MS, MA)
Estimation du gain de connaissances des MA en termes de compétences en médecine de premier recours (MS, MA)
Estimation de la qualité de l'enseignement du MS (MA)
<i>Questions avec réponses librement formulées</i>
Rétrospectivement, qu'est-ce qui devrait être changé, selon les participants, dans l'assistantat au cabinet? (tous)
Rétrospectivement, qu'est-ce qui ne doit en aucun cas être modifié selon les participants, dans l'assistantat au cabinet? (tous)
Autres remarques / suggestions pour l'assistantat au cabinet (tous)

d L'évaluation détaillée adressée à la direction du projet est disponible auprès du Collège de médecine de premier recours. www.kollegium.ch.

Dans la phase actuelle, la charge en temps est jugé «moyenne» ou «peu importante» par plus de 80% des participants. 19% des maîtres de stage estiment que l'investissement de temps est «important». Par rapport à la phase pilote, les maîtres de stage ont trouvé plus important leur charge en temps par l'assistantat.

La charge financière est également ressentie comme plus importante dans la phase actuelle que dans la phase pilote.

70% des maîtres de stage trouvent la clé de répartition du financement correcte; 65% des médecins assistants estiment que la contribution des maîtres de stage est adéquate et que leur propre participation (renoncement à une part du salaire) est supportable, si elle se situe entre 20 à 25%.

Comparaison entre l'assistantat au cabinet et celui à l'hôpital

La formation postgraduée au cabinet du médecin de premier recours est comparée à l'assistantat en milieu hospitalier sur la base d'un certain nombre de critères précis (tab. 2). Plus de 50% des médecins assistants sont d'avis que la situation d'apprentissage correspondait mieux au but professionnel lors d'un assistantat au cabinet, que l'effet de formation postgraduée en rapport au but de formation était plus important et que le temps de travail total était de durée inférieure, de même que la part de temps consacré aux écritures était inférieure. En revanche, les stages hospitaliers donnent plus d'opportunités de contacts avec d'autres professionnels de la santé et offrent plus d'expériences de travail en équipe. On constate, à l'examen des données recueillies au cours de la phase actuelle, que les réponses aux questions sont moins tranchées que lors de la phase pilote.

Tableau 2
Comparaison de l'assistantat au cabinet avec l'assistantat en milieu hospitalier (médecins assistants uniquement). Résultats formulés en pour-cents (les chiffres entre parenthèses reflètent les données de la phase pilote 1998–2001).

Durant mon assistantat au cabinet ...	Vrai	Plutôt vrai	Plutôt faux	Faux
... la situation d'apprentissage correspondait mieux à mon but professionnel ...	67 (78)	29 (18)	4 (4)	– (–)
... l'effet de formation postgraduée en rapport à mon but de formation était plus important ...	55 (66)	36 (30)	9 (3)	– (1)
... je disposais de plus de temps auprès des patients ...	33 (35)	37 (44)	23 (21)	7 (–)
... je disposais de plus de temps pour ma formation postgraduée individuelle ...	38 (56)	43 (27)	17 (16)	2 (1)
... je disposais de plus de loisir personnel («temps pour moi sans médecine») ...	53 (59)	35 (25)	11 (12)	1 (4)
... le temps de travail total (y compris temps de présence) était de durée inférieure ...	59 (76)	32 (18)	6 (5)	3 (1)
... la part de temps consacré aux écritures était inférieure ...	66 (78)	28 (15)	6 (6)	– (1)
... la supervision (par le maître de stage) était meilleure ...	45 (53)	44 (34)	8 (9)	3 (4)
... j'avais plus de contacts avec d'autres professionnels de la santé ...	9 (16)	14 (14)	49 (52)	28 (18)
... j'ai pu accumuler plus d'expériences de travail en équipe ...	8 (12)	25 (31)	51 (43)	16 (14)
... que durant ma phase d'assistantat en milieu hospitalier.				

Efficacité de l'apprentissage

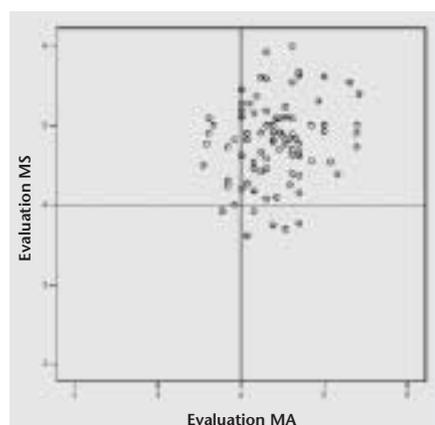
Les médecins assistants portent un jugement sur leurs compétences en médecine de premier recours et leur gain de connaissances après l'assistantat au cabinet (tab. 3, 4). Cette auto-évaluation peut être comparée à l'évaluation par les maîtres de stage.

Les MS et les médecins assistants jugent les *compétences en médecine de premier recours* de l'assistant de façon comparable à ce qui avait été rapporté lors de la phase pilote. Les résultats de l'auto-évaluation et de l'évaluation par les maîtres de stage diffèrent toutefois à nouveau: la majorité des MA se jugent plus sévèrement

Figure 1

Rapport entre l'auto-évaluation des MA et l'évaluation des MS des connaissances (A) et des compétences (B) en médecine de premier recours. Echelle de 2 à 6 (2 = encore insuffisant, 6 = très bon). Des valeurs identiques sur les axes X et Y signifient que les évaluations étaient égales

1A: Connaissances en médecine de premier recours



1B: Compétences en médecine de premier recours

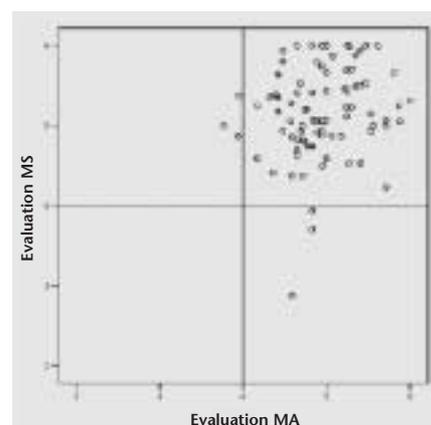


Tableau 3

Etat des compétences. Les valeurs moyennes de chacune des évaluations sont représentées (1 = encore très mauvais, 6 = très bon).

Domaine	Auto-évaluation MA		Evaluation MS	
	1998–2001	2002–2004	1998–2001	2002–2004
Connaissances en médecine de premier recours	4,35	4,41	4,75	4,81
Compétences en médecine de premier recours	4,90	4,95	5,08	5,18
<i>Analyses diagnostiques</i>				
Savoir	5,07	5,21	5,50	5,48
Savoir faire	4,39	4,39	5,05	5,11
<i>Procédés thérapeutiques</i>				
Savoir	4,74	4,89	5,44	5,31
Savoir faire	4,50	4,71	5,27	5,19
<i>Prestations cliniques/administratives</i>				
Savoir	4,67	4,55	5,14	5,24
Savoir faire	4,51	4,47	5,10	5,18

Tableau 4

Profit didactique tiré lors de l'assistantat au cabinet. Les valeurs moyennes de chacune des évaluations sont représentées (4 = grand, 3 = plutôt grand, 2 = plutôt modeste, 1 = nul).

Domaine	Auto-évaluation MA	Evaluation MS
Connaissances en médecine de premier recours	3,66	3,54
Compétences en médecine de premier recours	3,53	3,45
Analyses diagnostiques de premier recours	2,74	2,95
Procédés thérapeutiques	3,07	3,09
Prestations cliniques/administratives	2,94	2,87

Tableau 5

Extrait des réponses des participants au projet à trois questions ouvertes.

Rétrospectivement, qu'auriez-vous souhaité de différent pendant votre assistantat au cabinet médical?

MS Un peu plus de temps pour pouvoir contrôler ensemble le gain de connaissances et formuler les objectifs d'apprentissage (feedback).

L'assistantat au cabinet médical aurait dû durer 6 mois; le MA était à peine bien introduit dans son travail et commençait à être connu des patients lorsqu'il devait (malheureusement) quitter le cabinet.

MA Une meilleure compréhension de l'administration du cabinet. Une rencontre entre les MA serait peut-être utile après quelques semaines pour échanger les expériences faites dans les différentes places.

Les maîtres de stage devraient aussi consacrer suffisamment de temps aux discussions mensuelles et aux entretiens consacrés aux buts du stage et mettre en pratique les conclusions qui en résultent.

Rétrospectivement, qu'est-ce que vous pensez qu'il faut absolument maintenir?

MS Entretiens d'appréciation réguliers avec le MA.

Le cours pour maîtres de stage était informatif et m'a ouvert différentes perspectives. J'aurais volontiers effectué mon cours d'introduction de maître de stage avant le début de l'assistantat au cabinet.

Le projet dans sa forme actuelle est arrivé à maturité et ce qui est particulièrement utile, c'est l'organisation du travail en différents stades de supervision.

MA L'institution de l'assistantat au cabinet proprement dite pour éviter le « choc du cabinet ».

La supervision directe et rapide vaut de l'or – très grand effet d'apprentissage! Peu de temps morts frustrants (contrairement au milieu hospitalier).

Le stade de supervision 4 (i.e. MS observe le MA) est très important, n'existe pour ainsi dire pas à l'hôpital, alors que c'est un élément essentiel pour l'apprentissage de la conduite de l'entretien avec le patient!

Autres remarques/suggestions pour l'assistantat au cabinet médical:

MS Apporte beaucoup (échanges, discussion, dans différents aspects touchant à la routine quotidienne).

Un peu de temps libre (3 semaines consécutives de vacances pour la première fois en 20 ans!).

Charge financière importante (car pas davantage de patients qu'en étant seul!).

Pour moi, ces 3 mois ont été très précieux. L'échange de connaissances était intense. Oui cela a constitué pour moi un challenge, mais il a fallu consacrer beaucoup de temps au teaching. La charge financière est assez grande.

MA Dans l'ensemble, c'est de loin la période la plus instructive de ma formation!

Un *must* pour les médecins souhaitant s'installer en cabinet de praticien!

L'assistantat au cabinet est à promouvoir absolument, pas seulement chez les internistes ou les généralistes, mais pourquoi pas aussi chez les dermatologues, pédiatres, rhumatologues...

Il serait souhaitable que plus de 6 mois (100%) d'assistantat au cabinet du praticien soient acceptés.

L'expérience a montré que le travail en milieu hospitalier est totalement différent de celui au cabinet du praticien.

AM La période d'assistantat a été pour nous un changement très instructif.

La charge est importante au début, mais beaucoup moins à la fin. Il faut une grande flexibilité, puis cela devient passionnant, nouvelles impulsions.

Avec le temps d'adaptation, six mois passent très vite. Pourquoi ne pas faire des stages plus longs?

Tester avant le début du travail.

Nos apprenties assistantes médicales ont pu tirer profit de l'assistantat au cabinet.

que ne le font les MS (la figure 1 montre cela à l'exemple des connaissances et des compétences en médecine de premier recours).

Au cours de la période 2002–2004, les MA ne jugent leurs compétences bonnes que dans la dimension «savoir sur les analyses diagnostiques». Tous les autres domaines de compétence atteignent des «notes» inférieures à «5». Les maîtres de stage accordent pour leur part des notes bonnes à très bonnes dans tous les domaines de compétences (à l'exception des «connaissances en médecine de premier recours»).

Par rapport à la phase pilote, les MA jugent leurs compétences un peu meilleures dans

tous les domaines (à l'exception des prestations cliniques et administratives), alors que les MS annotent seulement les compétences en procédés thérapeutiques des MA un peu moins bien (tab. 3).

Comme dans la phase pilote, 95% des maîtres de stage et des médecins assistants relèvent que la phase actuelle apporte un grand *bénéfice en connaissance et compétence* en médecine de premier recours.

Dans les domaines du diagnostic et des prestations cliniques et administratives, le gain semble un peu moins significatif (tab. 4).

Evaluation de la qualité de l'enseignement des maîtres de stage

La qualité de l'enseignement des MS (23 critères) est estimée par les MA au même niveau que durant la phase pilote sur une échelle de 1 à 6 (5,33 resp. 5,36 points).

Bilan des participants

Les réponses aux trois questions ouvertes donnent une image fondamentalement positive de l'assistantat au cabinet médical. Le tableau 5 contient quelques réponses représentatives^e.

Discussion

Toutes les personnes impliquées dans le projet fournissent un travail considérable pour permettre à cette formation postgraduée au cabinet du médecin de premier recours d'être un succès. Il ressort des différents commentaires que l'assistantat au cabinet est bien établi et qu'il est instructif, tant pour les MS, les MA que les assistantes médicales. Il peut d'ores et déjà être considéré comme un élément essentiel de la formation postgraduée en médecine de premier recours.

La formation postgraduée au cabinet médical continue d'être appréciée par les MA: le *contexte de cet apprentissage* et son efficacité en termes d'enseignement postgraduée sont considérés comme supérieurs à ceux d'un stage classique d'assistant dans un service hospitalier et la part nécessitée par les travaux administratifs est jugée moindre.

Les affirmations qui figurent dans le tableau 2 ne sont cependant pas neutres. Elles sont plutôt formulées en faveur de l'assistantat au cabinet et doivent donc être interprétées avec prudence.

La clé de répartition du financement a été modifiée par rapport à la phase pilote et pourrait expliquer au moins en partie que l'évaluation des MA était moins fortement en faveur de l'assistantat au cabinet par rapport au stage hospitalier traditionnel en comparaison avec la phase pilote: il est possible que la charge financière plus importante qui pèse sur les MS donne l'impression aux médecins assistants qu'ils sont soumis à une plus forte pression pour être capables de travailler relativement rapidement de manière autonome et productive.

Cette modification de la clé de répartition du financement peut aussi expliquer pourquoi les MS estiment la charge financière et les contraintes de temps plus lourdes par rapport à la phase pilote.

Selon les MA et les maîtres de stage, le *degré de compétences* atteint durant la phase actuelle en termes de connaissances et de compétences en médecine de premier recours est comparable à celui de la phase pilote. Les MA décrivent à nouveau leurs compétences comme seulement «suffisantes à bonnes», une opinion que les maîtres de stage ne partagent pas totalement. Il est probable qu'un stage plus long ou scindé en deux périodes serait probablement de nature à combler cette lacune subjective.

De nombreux maîtres de stage, médecins assistants et assistantes médicales sont de toutes manières d'avis qu'une période d'assistantat de trois mois est insuffisante et qu'une durée de cinq ou six mois serait souhaitable.

Comme durant la phase pilote, les médecins assistants jugent pour la plupart qu'ils ont *fortement bénéficié* de leur stage en termes de gain de compétences en médecine de premier recours, alors qu'ils estiment leur niveau de compétences en médecine de premier recours comme «seulement» suffisant à bon. Ce résultat peut s'interpréter de la manière suivante: les médecins assistants n'ont pu acquérir que trop peu de compétences dans le domaine spécifique de la médecine de premier recours au cours de leur formation postgraduée dans les services hospitaliers. Les résultats de l'enquête de la phase pilote avaient montré que les MA jugeaient leur niveau de compétence en médecine de premier recours insuffisant *au début* de leur assistantat, après une formation postgraduée hospitalière qui avait pourtant duré dans certains cas plus de cinq ans.

Le *financement* de l'assistantat au cabinet pose problème pour certains maîtres de stage et médecins assistants, mais est jugé supportable par la majorité d'entre eux. La grande acceptation rencontrée parmi les maîtres de stage pour une participation de 50% aux frais de salaire doit cependant être interprétée avec une certaine prudence, car ne participent au projet que des MS qui acceptent ce modèle de financement. Certains maîtres de stage évoquent l'importance de cette participation financière comme principale raison de renoncement à la prise en charge de nouveaux médecins assistants dans leur cabinet.

La clé de répartition du financement doit donc certainement être revue. Si l'assistantat au cabinet devait devenir obligatoire pour tous les médecins qui suivent une formation en médecine de premier recours (comme cela figure dans la proposition du groupe de travail pour la formation postgraduée de la SSMG et comme l'exigent dans le fond les standards d'accrédita-

^e Le rapport final adressé à la direction du projet contient tous les commentaires et peut être obtenu auprès du CMPR. www.kollegium.ch.

tion des programmes internationaux de formation postgraduée en médecine de famille), il va falloir trouver d'autres modes de financement. Les commentaires qui ont été recueillis laissent clairement penser qu'on ne trouvera pas assez de maîtres de stage prêts à former leurs futurs collègues aux conditions actuelles.

On peut aussi constater à la lecture de certaines remarques que l'organisation et le déroulement de certains assistantats au cabinet peuvent encore être améliorés, notamment en ce qui concerne les accords d'enseignement, la supervision, l'attribution des patients ou l'information des patients et du personnel. La formation des maîtres de stage devrait accorder davantage d'attention à ces aspects particuliers.

Les questions touchant au moment le plus favorable pour l'accomplissement d'un assistantat au cabinet ou au nombre idéal de périodes de stage ont été posées durant la phase pilote. Le moment idéal semble se situer entre la 3^e et la 5^e année de formation postgraduée et le nombre de stages aux alentours de 2. Différentes remarques formulées par les MS et les MA à propos de la phase actuelle confirment que le moment idéal pour un assistantat au cabinet se situe relativement tôt dans la formation postgraduée et une deuxième période peu avant l'ouverture de son propre cabinet. Les avis au sujet de cette question n'ont plus été recueillis de manière systématique durant la phase actuelle. Il y a quasi unanimité parmi les participants sur la durée: les stages de trois mois sont trop courts et une durée d'assistantat de six mois serait préférable.

La direction du projet a d'ores et déjà tiré les conséquences de ces remarques en améliorant l'attractivité pour les praticiens formateurs des périodes d'assistantat plus longues par le maintien du co-financement à 50% de ces stages.

En résumé

L'impression générale reste positive et les objectifs de formation (compétences en médecine de famille) peuvent apparemment être atteints de la même manière que lors de la phase pilote. La qualité de l'enseignement des maîtres de stage est jugée par les médecins assistants aussi bonne que durant la phase pilote. On peut en conclure

que l'assistantat au cabinet de médecine de premier recours proposé dans le cadre du projet du CMPR est toujours une forme d'apprentissage efficace, appréciée et réalisable en vue de l'apprentissage des éléments essentiels de la médecine de premier recours.

Références

- 1 Elwyn GJ, Smail SA, Edwards AGK. Is general practice in need of a career structure? *BMJ* 1998; 317:730-3.
- 2 European Academy of Teachers in General Practice EURACT. Statement on Selection of Trainers and Teaching Practices for Specific Training in General Practice. Tartu 2002. www.euract.org/html/page03b.shtml (Zugriff am 7.3.2005).
- 3 Royal College of General Practitioners RCGP. Education and Training in General Practice. October 2000. RCGP Information Sheet No. 9. www.rcgp.org.uk/press/careers_pack/docs/info0009.doc (Zugriff am 7.3.2005).
- 4 UEMO. UEMO 2003 Declaration on Specific Training in General Practice/Family Medicine in Europe. www.uemo.org/policy/uemo_2003_declaration_on_specifi.htm (Zugriff am 7.3.2005).
- 5 Caird GR, Howard JV. GP/FM Vocational Training Schemes – The Options. March 2004. Zitiert in Draft Specialist Training Programme in Family Medicine – Malta, 2004.
- 6 EU-Richtlinie 1993. www.europa.eu.int/eur-lex/de/lif/reg/de_register_062050.html.
- 7 Schär H-U, Jungi F. St. Galler Praxisassistentz – Pilotprojekt 1997–2001. *PrimaryCare* 2002;2: 166-9.
- 8 Schläppi P, Hofer D, Bloch R. Weiterbildung in Hausarztpraxen (Praxisassistentz). Evaluation von Lerneffekt und Kosten im dreijährigen Pilotprojekt des Kollegiums für Hausarztmedizin KHM in Zusammenarbeit mit dem Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen/-ärzte VSAO, der Verbindung Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH sowie der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. Forschungsbericht. Bern: IAWF; 2001.
- 9 Schläppi P, Hofer D, Bloch R. Lernform Praxisassistentz bewährt sich. Evaluation des dreijährigen Pilotprojektes «Weiterbildung in Hausarztpraxen (Praxisassistentz)» des Kollegiums für Hausarztmedizin KHM in Zusammenarbeit mit FMH, VSAO und SAMW. *Schweiz Ärztezeitung* 2002;83:410-6.
- 10 Schläppi P. Praxisassistentz: lehrreich und beliebt. *PrimaryCare* 2004;42:822-7.