



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé

CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Exigences minimales pour la formation postgrade en cabinet des futurs médecins de premier recours (assistantat au cabinet médical)

Rapport mandaté par le groupe de travail
«Soins médicaux de premier recours»
de la Conférence des directeurs cantonaux de la santé (CDS)
et du Département fédéral de l'Intérieur (DFI)

Au nom du board «Assistantat au cabinet médical» du CMPR:

Dr Peter Schläppi, responsable du board Assistantat au cabinet
Dr Bernhard Rindlisbacher, responsable du programme
Assistantat au cabinet



KHM CMPR CMB CPCM

KOLLEGIUM FÜR HAUSARZTMEDIZIN
COLLÈGE DE MÉDECINE DE PREMIER RECOURS
COLLEGIO DI MEDICINA DI BASE
COLLEGE OF PRIMARY CARE MEDICINE

Octobre 2007

Table des matières

1. Introduction	3
2. Exigences posées à la formation postgrade spécifique des médecins de premier recours	3
3. Objectifs d'apprentissage pour le stage au cabinet médical	5
4. Conditions préalables et exigences posées aux cabinets formateurs, aux praticiens formateurs et aux médecins en formation	6
4.1. Critères de structures	
4.2. Critères de processus	
4.3. Critères de résultats	
5. Tâches imparties aux praticiens formateurs et aux médecins en formation	8
5.1. Praticiens formateurs	
5.2. Médecins en formation	
6. Evaluation (Assessment) des praticiens formateurs et des médecins en formation	8
7. Exigences minimales pour la mise en œuvre d'un assistantat au cabinet médical	9

Annexe

Objectifs d'apprentissage spécifiques pour le stage au cabinet médical (formation postgrade en médecine de premier recours)

1. Introduction

La CDS, et plus précisément le groupe de travail «Médecine de premier recours» (CDS/OFSP), a chargé le board «Assistanat au cabinet médical» du Collège de Médecine de Premier recours (CMPR) d'élaborer un catalogue d'exigences et un outil permettant de garantir, dans l'ensemble des cantons, une qualité minimale et bien définie de l'assistanat en cabinet, afin d'obtenir notamment une meilleure comparabilité entre cantons en la matière. Dans les lignes qui suivent, nous passons en revue ces différents points et les approfondissons.

Nous ne reviendrons pas ici sur les divers facteurs qui rappellent toute l'importance et l'urgence d'une amélioration de la formation postgrade des futurs médecins de premier recours: cette analyse a été faite ailleurs, par exemple, dans l'étude très fouillée de M. Trutmann: «Magna cum cura - Zur aktuellen Situation der medizinischen Grundversorgung in der Schweiz».¹

2. Exigences posées à la formation postgrade spécifique des médecins de premier recours

Dans de nombreux pays européens (en Europe septentrionale tout au moins), les stages en cabinet des médecins de premier recours occupent au moins la moitié des 4-5 années que dure la formation postgrade. Cette pratique correspond à une exigence minimale de l'Union européenne des médecins omnipraticiens (UEMO)². Pour que la Suisse puisse s'aligner sur cette exigence, une période d'au moins 2-3 années sur l'ensemble de la formation postgrade devrait avoir lieu en cabinet. A l'heure actuelle, les associations de médecins de premier recours prévoient dans leurs programmes de formation postgrade menant au titre de spécialiste, qu'une année tout au plus passée au cabinet médical peut être prise en compte, et encore est-ce à titre facultatif³.

Au niveau international, les **spécificités de la médecine de premier recours** en tant qu'objectif pour la formation sont connues (définition de l'Union européenne des médecins omnipraticiens, Wonca-Europe⁴). Les éléments essentiels en sont les suivants:

La médecine de famille

1. Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
2. Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
3. Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
4. Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
5. Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et à long terme, selon les besoins du patient.
6. Elle base sa démarche décisionnelle spécifique confirmée par la prévalence et l'incidence des maladies dans la population.

¹ www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Gesundheitsversorgung/Medizinische_Grundversorgung/Grundversorger_III.pdf

² http://www.uemo.org/policy/uemo_2003_declaration_on_specifi.htm, point 5.

³ http://www.fmh.ch/ww/fr/pub/awf/weiterbildung/grundlagen/programmes_formation_postgradu/programmes_de_formation_postgr.htm

⁴ Définition européenne de la médecine de famille: voir site internet de la SSMG: <http://www.ssmg.ch>

7. Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
8. Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
9. Elle favorise la promotion de la santé et de la qualité de vie par une intervention appropriée et efficace.
10. Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
11. Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

A l'heure actuelle, le développement de l'assistantat au cabinet médical et des cabinets formateurs pour les futurs praticiens de premier recours représente une première étape (importante) pour répondre à ces objectifs dans l'ensemble des efforts déployés en vue de former en nombre suffisant de (bons) médecins de premier recours.

Pour y parvenir, un certain nombre d'**exigences générales pour l'ensemble des années de formation en médecine de famille** doivent être formulées, à l'instar de ce qui figure déjà dans les règlements de formation postgrade actuellement en vigueur, comme par ex:

1. Postes d'assistantat dans les disciplines importantes de la médecine universitaire, dans lesquels les assistantes et assistants qui se destinent à la profession de médecin de premier recours puissent bénéficier de la formation et du développement requis dans les domaines importants pour l'exercice de leur profession future.
2. Assistantat en cabinet dans des cabinets formateurs.
3. Formation postgrade modulaire dans d'autres domaines actuellement négligés comme par exemple la gestion d'un cabinet, la conduite d'une équipe, les médecines complémentaires, la collaboration en réseaux, les assurances, la maîtrise des coûts, l'éthique et la théorie médicales.

La formation au cabinet doit par conséquent être intégrée dans un curriculum de formation postgrade structuré. Dans le cadre de son projet-pilote mené à bien de 1998 à 2001 et du programme qui en a résulté, le CMPR a favorisé l'émergence de possibilités effectives de formation postgrade dans l'ensemble de la Suisse. Il a pu être notamment démontré que l'apprentissage des composantes essentielles de la profession de médecin de premier recours ne pouvait se faire qu'en cabinet et que les médecins en formation accomplissaient, en quelques mois seulement de pratique, des progrès considérables dans de nombreux secteurs d'activité spécifiques à cette médecine.

Pour l'essentiel, **les exigences suivantes** ont été retenues:

1. L'assistantat au cabinet médical est défini par une situation d'apprentissage 1:1 en cabinet. Sur la base d'un concept didactique structuré, les praticiens spécialement formés à cette tâche introduisent les assistants dans la prise en charge du patient, assumée en toute responsabilité et autonomie, les sensibilisent aux questions éthiques et aux conditions économiques liées à la gestion d'un cabinet. Les objectifs de formation individuels sont consignés dans un contrat de formation postgrade. Pour une journée d'assistantat en cabinet, on prévoit en règle générale une heure de supervision. L'assistantat en cabinet n'est donc ni un stage, ni un remplacement.
2. L'assistantat en cabinet dure au moins 6 mois pour atteindre des objectifs d'apprentissage minimaux. Un assistantat trop court est souvent source de frustrations tant du côté des praticiens formateurs que des médecins en formation qui ne trouvent pas le temps nécessaire pour développer une collaboration à la fois fructueuse et enrichissante.

3. Les praticiens formateurs sont reconnus par la FMH comme superviseurs et se sont préparés à cette tâche spécifique en suivant différents cours. Le cours du CMPR d'une journée et demie, dans le cadre duquel sont abordés dans le détail la préparation et la conduite de l'assistanat en cabinet, constitue un minimum en la matière.
4. Les médecins assistants en cabinet doivent bénéficier d'une égalité de traitement avec les assistants en milieu hospitalier. Cette exigence concerne aussi la rémunération. Selon le modèle de financement, les salaires des assistants sont pris en charge par les cantons, les médecins formateurs, les organisations de médecins et le cas échéant par d'autres instances (par ex. assureurs, industrie pharmaceutique). Toute obligation de remboursement des subsides cantonaux par les assistants en cabinet ou toute contrainte de s'établir dans un certain canton donné doivent être rejetées. Il s'agirait en l'occurrence d'une inégalité de traitement manifeste par rapport aux médecins assistants hospitaliers, rendant peu attrayante la médecine de premier recours. De même, tout modèle qui lie de façon contraignante les places d'assistanat en cabinet financées par le canton à des places hospitalières n'est pas admissible, à moins que celles-ci ne s'inscrivent dans un programme spécialement conçu pour la médecine de premier recours. L'assistanat en cabinet ne doit pas servir à revaloriser des places hospitalières peu attrayantes.
5. Les praticiens formateurs sont rétribués pour cette activité. Cette rétribution peut être aussi non pécuniaire, par exemple sous la forme d'une décharge de travail à partir du moment où le médecin assistant en cabinet est déjà suffisamment indépendant.
6. La direction du programme au niveau de son contenu est dans les mains des associations de médecins de premier recours. Une collaboration avec les hôpitaux est souhaitée, mais pas dans le sens où la sélection des candidats et la possibilité ou non de suivre une formation postgrade en cabinet seraient laissées à l'arbitrage des seuls médecins chefs, alors que ceux-ci ignorent souvent les spécificités de la médecine de premier recours.
7. L'accompagnement du programme (direction du programme) est confié à une structure professionnelle, composée par exemple de médecins de premier recours fonctionnant comme «mentors» ou «superviseurs», qui contrôle et évalue mais qui intervient aussi entre autres dans les questions d'organisation, d'administration, de rétribution et d'assurance, ou encore dans la formation des praticiens formateurs. La direction du programme a pour mission de mettre en réseau les cabinets offrant un assistanat avec d'autres offres comparables au niveau cantonal et national mais aussi avec d'autres instances de formation pour les médecins de premier recours, afin de garantir à chaque médecin de premier recours un curriculum de qualité.

3. Objectifs d'apprentissage pour le stage au cabinet médical

En se basant sur les caractéristiques de l'exercice de la médecine de premier recours évoquées ci-avant, les objectifs d'apprentissage suivants sont prioritaires pour la phase de formation en cabinet (voir aussi la liste complète en annexe):

A l'issue de la période de stage en cabinet, le médecin en formation est capable ...

1. *dans le cadre de son activité de consultation, de passer constamment d'un domaine de la médecine à un autre, en fonction de la situation du/de la patient-e;*

2. *de décrire les troubles indéfinis typiques et les symptômes précoces, de les interpréter et de les classer correctement et, en particulier, d'identifier toute évolution dangereuse pouvant être évitée;*
3. *par des conseils et un accompagnement, de chercher des solutions individuelles aux problèmes d'un patient en appliquant les directives scientifiques et factuelles régissant l'investigation et le traitement et en faisant recours à sa propre expérience;*
4. *de recourir à toute la palette des techniques d'auscultation et thérapies utilisées en médecine de premier recours;*
5. *de décider, en fonction de la situation spécifique du patient, à quel moment il convient d'impliquer un autre professionnel de santé ou de procéder à son transfert vers une autre structure;*
6. *de construire avec le patient une relation durable et efficace qui favorise l'autonomie et fait appel à ses ressources;*
7. *de procéder à des évaluations progressives en laissant le diagnostic en suspens tout en tenant compte de l'incidence et de la prévalence des maladies spécifiques à la médecine de famille;*
8. *d'appliquer correctement le système tarifaire;*
9. *de diriger le personnel assistant.*

4. Conditions préalables et exigences posées aux cabinets formateurs, aux praticiens formateurs et aux médecins en formation

4.1. Critères de structures

1. *Type de cabinet:* cabinet de premier recours (individuel ou de groupe) dans les domaines spécialisés de la médecine générale, de la médecine interne ou de la pédiatrie avec une activité dans des domaines spécialisés de la médecine universitaire ou de la médecine complémentaire qui ne dépasse pas les 30% de l'activité globale du cabinet.
2. *Conditions posées aux médecins formateurs:*
 - a. Titre de médecin spécialiste en médecine générale, médecine interne ou pédiatrie
 - b. Satisfaire aux conditions des sociétés de discipline médicale et de la FMH (en particulier, reconnaissance comme praticien formateur; obligation de formation continue satisfaite)
 - c. Participation attestée à un cours d'introduction
 - d. Obligation de supervision (teaching) pendant une heure par jour
 - e. Participation à l'évaluation.
3. *Conditions posées aux médecins en formation:*
 - a. Diplôme fédéral de médecin ou reconnu au niveau fédéral
 - b. Objectif de formation postgrade visé: médecine générale, médecine interne ou pédiatrie
 - c. Au moins 2 jusqu'à un maximum de 7 années de formation postgrade clinique et centrée sur le patient (reconnues conformément à la RFP)
 - d. Collaboration à l'évaluation.
4. *Infrastructure du cabinet:* propre salle de consultation à la disposition du médecin en formation.
5. *Volume d'activité du cabinet:* pour une activité à 100 pour cent du détenteur, pas plus de 150 à un maximum de 180 consultations (y compris les visites à domicile). En moyenne sur l'ensemble de la période d'assistantat au cabinet, pour une activité à 50 heures/semaine, le médecin en formation doit mener 10 consultations par journée de travail. En outre, sur une période d'au moins 14 jours où il mène son

activité de manière indépendante et autonome (en niveau de supervision 1 ou 0, voir ci-dessous), ce chiffre est de 20 consultations par jour.

6. *Les cabinets de groupe ou individuels* (y compris HMO) sont souhaités; dans les cabinets de groupe, on désigne un praticien formateur et un remplaçant. Les assistanats accomplis dans un cabinet de groupe favorisent les expériences dans le cadre de nouveaux modèles de travail.
7. *Durée d'un assistanat en cabinet*: 4-6 mois pour un taux d'occupation de 100%, durée allongée en cas de temps partiel au prorata du temps de travail effectif. Travail à temps partiel: au moins 50% (avec allongement correspondant de la période d'assistantat).
8. *Le temps de travail* du médecin assistant ne doit pas considérablement dépasser le temps de présence du praticien formateur (à l'exception des niveaux de supervision 1 et 0).
9. *Remplacement (niveau de supervision 0, cf. ci-dessous)*: n'est pas autorisé durant le premier mois de l'assistantat en cabinet (pour une activité à 50% durant les 2 premiers mois) et durant la dernière semaine de stage. La durée des périodes de remplacement ne doit pas excéder 25% de la durée du stage de formation postgrade.
10. *Parenté*: des assistanats en cabinet entre parents du premier degré (par ex. père et fils) doivent être rejetés.

4.2. Critères de processus

1. Les conditions de travail sont réglées dans un contrat de travail.
2. Le praticien formateur s'engage, lui-même et l'ensemble des collaborateurs de son cabinet, à participer à l'évaluation prévue dans le cadre du projet.
3. En préalable à l'assistantat en cabinet, les objectifs d'apprentissage individuels et spécifiques sont consignés dans un contrat conjoint de formation postgrade. Les objectifs d'apprentissage spécifiés dans l'annexe et, en général, les objectifs précisés dans les programmes de formation postgrade (cf. www.fmh.ch sous «Programmes de formation postgrade») en constituent le cadre contraignant. D'autres objectifs d'apprentissage sont consignés dans les documents qui ont été élaborés pour le projet d'assistantat au cabinet médical du CMPR (cf. <http://www.kollegium.ch/pa/f.html> --> Assistanat au cabinet).
4. Des rencontres mensuelles (assistant/formateur) destinées à l'évaluation formative et à la fixation des objectifs font l'objet d'un procès-verbal.
5. Participation à des manifestations locales et régionales de formation postgrade.
6. Le transfert progressif de certaines responsabilités est précisé au travers des *5 degrés de supervision* suivants:
 - 5 = *spectateur*
 - 4 = *sous observation directe*
 - 3 = *demande d'avis avant décision*
 - 2 = *compte rendu régulier/au minimum journalier*
 - 1 = *travail de manière indépendante, formateur atteignable présent en cabinet (ou à proximité immédiate)*
 - 0 = *remplace le praticien formateur de manière indépendante, autre médecin de premier recours disponible sur appel.*

Ces niveaux de supervision ne correspondent pas à un ordre chronologique. Dans la pratique du cabinet, on passe d'un degré à l'autre, selon les aptitudes du médecin en formation, l'objectif d'apprentissage recherché et les difficultés du problème du patient.

L'utilisation de ces degrés de supervision est tout spécialement abordée et exercée dans le cours de formation pour les praticiens formateurs. Le niveau de supervision 4 occupe une place particulière, dans la mesure où, lié à un feedback adéquat, il présente un important potentiel d'apprentissage.

4.3. Critères de résultats

1. Les praticiens formateurs et les médecins en formation dressent un bilan dans le cadre de l'évaluation permanente qui vise à vérifier l'atteinte des objectifs chez l'apprenant, la qualité des praticiens et des cabinets formateurs ainsi que celle du programme (voir 6.).

5. Tâches imparties aux praticiens formateurs et aux médecins en formation

5.1. Praticiens formateurs

1. soutiennent les médecins en formation pour atteindre les objectifs d'apprentissage (cf. 3.)
2. s'engagent à satisfaire les caractéristiques du processus en cours (voir 4.2.), à suivre en particulier tous les niveaux de supervision et à conduire des entretiens d'évaluation mensuels
3. collaborent avec soin à l'évaluation
4. informent les instances responsables en cas de problèmes avec le médecin assistant et collaborent à la solution du problème.

5.2. Les médecins en formation

1. exécutent consciencieusement leur travail et tiennent compte dans la mesure du possible du style et des habitudes du médecin formateur
2. nouent une collaboration loyale avec le praticien formateur
3. collaborent, après entente réciproque, également au service des urgences
4. ne communiquent d'aucune manière les informations recueillies sur le cabinet et sur le praticien formateur pendant la durée de l'assistantat (exception: évaluation)
5. collaborent avec soin à l'évaluation
6. informent les instances responsables en cas de problèmes avec le praticien formateur et collaborent à la recherche du problème.

6. Evaluation (Assessment) des médecins formateurs et des médecins en formation

A l'issue de l'assistantat, les praticiens formateurs pratiquent l'évaluation *sommative* des **prestations des médecins en formation**, comme dans tous les autres établissements de formation postgrade, par le biais du certificat FMH (procès-verbal d'évaluation). L'évaluation au niveau de la spécialisation relève de l'examen de spécialiste.

Dans les évaluations *formatives* („feedback“), les prestations sont évaluées sur la base de critères d'objectifs d'apprentissage. Ces évaluations se basent sur des relevés réguliers structurés (questionnaire sur l'auto-évaluation et l'évaluation externe) pendant et après tout assistantat au cabinet effectués par le praticien formateur et le médecin en formation. Le niveau de compétences et les connaissances nouvellement acquises du médecin en formation font l'objet d'un examen et d'une évaluation particuliers.

Les **prestations d'enseignement des praticiens formateurs** sont consignées par les médecins en formation à la fin de leur assistantat au cabinet dans l'**évaluation du programme**. Cette évaluation finale à laquelle participent l'ensemble des personnes impliquées (y compris l'assistante médicale) permet de vérifier le déroulement, l'organisation et le suivi du programme.

L'évaluation est conduite par une instance **indépendante** (dans le programme d'assistantat au cabinet du CMPR, il s'agit de l'Institut pour la formation médicale de l'Université de Berne). Au moins une partie de l'évaluation de l'ensemble des assistantats au cabinet doit

être uniforme, afin de créer les conditions d'une comparaison entre les différents programmes.

Sur la base de cette évaluation, la direction du programme garantit que les exigences du programme sont satisfaites et que les cabinets formateurs, les praticiens formateurs et les médecins en formation sont soutenus, supervisés ou, le cas échéant, disqualifiés.

7. Exigences minimales pour la mise en œuvre de l'assistantat au cabinet médical

1. *Les médecins installés prennent en charge la formation postgrade au cabinet:* la direction des programmes est dans les mains des organisations de médecins de premier recours (y compris les pédiatres).
2. *Penser globalement, agir localement:* pour assurer le succès et la durabilité de cette mesure relevant de la politique de la santé, une organisation locale responsable des programmes d'assistantat au cabinet est tout aussi importante que la collaboration avec les organisations similaires existant dans les autres cantons de même qu'une intégration au niveau national.
3. *Ne pas réinventer la roue mais en construire une soi-même:* de bons critères au niveau de la structure, des processus et des résultats pour l'assistantat au cabinet de même que le bilan des expériences faites jusqu'ici sont d'ores et déjà disponibles. Une évaluation continue au niveau national est importante.
4. *Un bon praticien de premier recours n'est pas forcément un bon formateur:* Il convient de porter une attention soutenue à la formation dispensée et à l'accompagnement didactique des programmes.
5. *Garantir le salaire du médecin en formation ne suffit pas.* Le financement des places d'assistantat ne se limite pas aux salaires; il convient de prendre en considération l'ensemble des charges résultant de cette activité, par exemple pour la formation des praticiens formateurs, leurs prestations ou encore tout l'accompagnement du programme. En fin de compte, seul un projet convenablement financé - et apprécié en conséquence - peut s'imposer dans la durée.

Et pour que les assistantats en cabinet ne soient pas une goutte d'eau qui se perd dans la mer: au niveau suisse, les besoins actuels en médecins de premier recours sont estimés à au moins 160 nouveaux praticiens par année (équivalent plein temps). A l'avenir, les modèles à temps partiel étant appelés à se multiplier, les besoins en places d'assistantat au cabinet vont également augmenter si l'on veut que chaque futur-e praticien-ne puissent faire un assistantat d'au moins six mois en cabinet. Traduit en termes démographiques, il faut disposer d'au moins une place en assistantat pour 40'000 habitants. Et si nous voulions nous mettre en conformité avec la qualité pratiquée hors de nos frontières et qui prévoit au moins 2 ans de formation postgrade en cabinet, le nombre de places d'assistantat supplémentaire serait quatre fois plus élevé.

L'ensemble des parties impliquées doivent donc tirer à la même corde et collaborer afin de pouvoir atteindre le but commun visé: disposer dans tout le pays de médecins de premier recours en nombre suffisant et bien formés.

ANNEXE

Objectifs d'apprentissage pour le stage au cabinet médical (formation postgrade en médecine de premier recours)

A l'issue du stage en cabinet, le médecin en formation est capable ...

1 De traiter des patients présentant des troubles indéfinis et des symptômes précoces de maladies.

Ceci implique qu'il/elle apprend,

- 1.2 *A décrire les troubles indéfinis et les symptômes précoces typiques, à les interpréter et à les classer correctement et, en particulier, à identifier toute évolution dangereuse pouvant être évitée.*

2 D'aborder tout l'éventail des troubles et des risques de santé.

Ceci implique qu'il/elle apprend,

- 2.1 *dans le cadre de la consultation, à passer constamment d'un domaine de la médecine à un autre en fonction de la situation du/de la patient-e*
2.2 *à recourir à toute la palette d'examens cliniques utilisés en médecine de premier recours*
2.3 *à accomplir d'une manière autonome les examens supplémentaires et les examens de laboratoire dans les cas d'urgence*
2.4 *à mettre en œuvre des traitements non-médicamenteux pour les affections les plus courantes et à donner les directives correspondantes au/ à la patient-e*
2.5 *à répondre à des situations d'urgence en faisant appel aux ressources habituelles d'un cabinet.*

3 De coordonner le traitement du patient et d'agir dans l'intérêt de ce dernier.

Ceci implique qu'il/elle apprend

- 3.1 *à décrire les tâches et compétences des professionnels du domaine ambulatoire et à établir une collaboration avec eux*
3.2 *à décider, en fonction de la situation spécifique du patient, à quel moment il convient d'impliquer un spécialiste ou de procéder au transfert du patient vers une autre structure.*

4 D'appliquer une approche individualisée dans son contact avec le/la patient-e en tenant compte de son itinéraire personnel et du contexte dans lequel il/elle évolue.

Ceci implique qu'il/elle apprend

- 4.1 *à saisir l'environnement social et culturel du patient et à comprendre son système de valeurs*
4.2 *à chercher par des conseils et un accompagnement des solutions individuelles aux problèmes d'un patient en appliquant les directives scientifiques et factuelles régissant l'investigation et le traitement et en faisant recours à sa propre expérience;*
4.3 *à renforcer les ressources du patient et à l'amener, dans la mesure du possible, à affronter sa maladie et à se prendre en charge.*

5 De construire une relation efficace médecin-patient-e par une communication compétente et sensible et par une attitude d'intérêt pour la personne

Ceci implique qu'il/elle apprend

- 5.1 *à réfléchir en permanence à son style de communication et à l'adapter au patient.*

6 De garantir une prise en charge de longue durée

Ceci implique qu'il/elle apprend

- 6.1 à élaborer une planification à long terme des différentes étapes des investigations et du traitement avec le/la patient-e
- 6.2 à faciliter la collaboration avec le/la patient-e et à préserver, dans toute la mesure du possible, la responsabilité de ce dernier dans sa participation à la prise de décision
- 6.3 à faire une distinction entre les trois aspects d'une prise en charge de longue durée:
 - la disponibilité personnelle 24h24 pour le/la patient-e
 - établir une relation personnalisée dans un rôle de „coach“ et d'accompagnateur pour toutes les questions de santé
 - assurer la disponibilité de l'information médicale concernant le/la patient-e
- 6.4 à appliquer des méthodes d'assurance-qualité pour la prise en charge de longue durée.

7 À utiliser le temps comme un outil de diagnostic et à savoir maîtriser les incertitudes.

Ceci implique qu'il/elle apprend

- 7.1 à identifier dans quelle mesure une situation d'attente est à la fois indiquée et possible et de le communiquer au patient
- 7.2 à effectuer d'une manière appropriée et progressive des évaluations en tenant compte des impératifs d'efficacité et de contrôle des coûts.

8 A prendre en considération la prévalence et l'incidence de la maladie dans toute décision relevant du diagnostic ou du traitement.

Ceci implique qu'il/elle apprend

- 8.1 à désigner l'incidence et la prévalence des principaux problèmes qui se manifestent au cabinet
- 8.2 à évaluer correctement, au niveau du cabinet, la pertinence spécifique des tests effectués (valeurs prédictives positives et négatives).

9 D'aborder une pluralité de troubles et de pathologies du/de la patient-e.

Ceci implique qu'il/elle apprend

- 9.1 à fixer, chez un patient confronté à des troubles multiples, les justes priorités en fonction de l'évolution à long terme
- 9.2 à prendre en considération les interactions entre les différentes pathologies.

10 De promouvoir la santé et le bien-être du/de la patient par des stratégies appropriées de promotion de la santé et de prévention.

Ceci implique qu'il/elle apprend

- 10.1 à désigner et à appliquer au cabinet médical les mesures de prévention qui sont pertinentes.

11 D'utiliser dans son activité un modèle bio-psycho-social et centré sur le patient.

Ceci implique qu'il/elle apprend,

- 11.1 à consigner systématiquement, pour chaque consultation, les souhaits et besoins du/de la patient-e et son interprétation des symptômes
- 11.2 à prendre en considération, dans ses propositions de marche à suivre, les souhaits et valeurs du/de la patient-e et son approche de la maladie
- 11.3 à remettre en question sa propre approche et compréhension de la maladie.

12 À gérer d'une manière autonome un cabinet de médecine de premier recours.

Ceci implique qu'il/elle apprend,

- 12.1 à utiliser correctement le système tarifaire
- 12.2 à diriger le personnel
- 12.3 à assurer le fonctionnement interne approprié au cabinet.