

Transition entre la formation postgraduée et l'installation en cabinet: peut-on faire mieux?

Drs NOËLLE JUNOD PERRON^{a,b}, CÉDRIC LANIER^{c,d} et SANAE MAZOURI^e

Rev Med Suisse 2018; 14: 980-5

La transition entre la formation postgraduée et l'installation en cabinet peut être vécue comme très stressante. Cela est d'autant plus le cas que pour obtenir le titre de spécialiste ISFM (Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue) en médecine interne générale, seuls six mois de formation en médecine ambulatoire sont requis. Cela paraît largement insuffisant en raison de la diversité des tâches à accomplir et des compétences à maîtriser. Cet article a pour but de rendre attentif les médecins en formation aux compétences particulièrement utiles à acquérir dans le domaine tant médical que non médical (gestion d'entreprise, aspects asséurologiques et médico-légaux). Sur la base de leur expérience et de celles de collègues récemment installés, les auteurs proposent une approche par étape pour faciliter la transition entre formation et installation en médecine interne générale ambulatoire.

Transition from postgraduate training to independent practice: can we do better?

Transition from postgraduate training to independent practice in primary care can be experienced as very stressful. This may be partly explained by the fact that in Switzerland, only six months training in ambulatory medicine are required as part of a five year training for the title of primary care physician. This seems largely insufficient given the diversity of tasks and skills to master. This article aims to make junior doctors aware of the medical and non medical skills they should acquire before entering in primary care independent practice (practice management, insurance, medico-legal issues). The authors formulate a step by step approach based on their experience as those of other colleagues in order to facilitate such transition.

C.M., A.G. et I.S. ont tous les trois choisi de s'installer après 7-8 ans de formation postgraduée et de pratique clinique dans différents centres de formation en Suisse. L'un s'est installé dans un centre médical en milieu urbain, l'autre dans un cabinet médical avec deux autres collègues en zone suburbaine dans un canton voisin et le troisième a repris le cabinet d'un confrère en milieu rural.

QUELLE TRANSITION ENTRE FORMATION POSTGRADUÉE ET INSTALLATION EN CABINET?

La transition est définie comme un processus de changement durant lequel les personnes font l'expérience d'une discontinuité dans leur espace de vie et doivent apprendre et s'adapter à de nouvelles tâches et rôles.¹

C.M. s'est senti perdu face à la diversité des pathologies et attentes des patients pour lesquelles il ne se sentait pas prêt et a eu des difficultés à gérer son agenda et le flux des patients.

A.G. a vécu de plein fouet l'insécurité financière liée à la pratique autonome et s'est trouvée très démunie pour adresser ses patients aux différents spécialistes.

I.S. s'est senti peu préparé à faire face aux aspects médico-légaux et asséurologiques en lien avec la prise en charge des patients et a eu du mal à gérer la complexité de certaines situations et l'incertitude médicale.

En revanche, tous ont apprécié la liberté et l'autonomie liées au statut d'indépendant et de pouvoir être enfin reconnus par les patients comme «leur médecin».

Sur le plan professionnel, les étudiants en médecine et médecins en formation font l'expérience de plusieurs transitions au cours de leur parcours professionnel. Ces périodes sont souvent associées à des états de stress émotionnel intenses causés en partie par un manque de préparation ou d'anticipation des activités et rôles endossés, mais aussi en raison de changement d'équipe et de statut hiérarchique.^{2,3} Les expériences de transition étant conditionnées, entre autres, par les attentes, expériences et croyances des individus, voyons quelles sont les raisons qui ont conduit nos trois collègues à choisir cette spécialisation.

POURQUOI AVOIR CHOISI LA MÉDECINE INTERNE GÉNÉRALE AMBULATOIRE?

Plusieurs études ont démontré que le choix de carrière pour la médecine interne générale ambulatoire se fait en lien avec les éléments suivants: indépendance, diversité de patients et de maladies, suivi au long cours, variété de la pratique médicale, relation médecin/patient, qualité de vie. Le défi intellectuel, l'engagement auprès des patients et les rôles modèles sont également des éléments considérés comme

^a Institut de médecine de premier recours, HUG, 1211 Genève 14, ^b Centre médical de Lancy, 1213 Genève, ^c Unité des internistes généralistes et pédiatres, Faculté de médecine, 1211 Genève, ^d Cabinet médical, 1217 Meyrin, ^e Service de médecine de premier recours, HUG, 1211 Genève 14
noelle.junod@hcuge.ch | cedric.lanier@unige.ch | sanae.mazouri@hcuge.ch

plus importants en médecine interne que dans d'autres spécialités.⁴

C.M. a choisi la médecine interne, au départ hospitalière, séduit par l'approche intellectuelle de la discipline et la complexité des prises de décisions.

A.G., désireuse de fonder une famille et d'y consacrer du temps, a voulu une profession permettant de concilier vie professionnelle et privée de manière harmonieuse.

I.S. a été favorablement influencé par l'image de son médecin de famille qu'il considère comme un modèle de rôle très positif en termes d'engagement, de disponibilité, de qualité d'écoute et d'expertise.

LA FORMATION POSTGRADUÉE PRÉPARE-T-ELLE À LA PRATIQUE AUTONOME EN CABINET?

En Suisse, la formation en médecine interne générale dure théoriquement cinq ans et est largement plus longue que dans les autres pays européens (3-4 ans). Elle est conçue selon une structure modulaire incluant une formation de base de trois ans en médecine interne générale et une formation secondaire de deux ans (tableau 1).⁵

Pour l'ensemble des médecins visant un titre de spécialiste ISFM en médecine interne générale, six mois de médecine ambulatoire sont exigés dans ce cursus et peuvent se faire soit en policlinique médicale universitaire, soit sous forme d'assistantat au cabinet. Cela peut sembler très court, car travailler de manière autonome dans cette discipline impose d'avoir appris à prendre en charge des maladies aiguës et chroniques, faire de la prévention et de la promotion de la santé, prodiguer des soins centrés sur le patient tout en faisant l'expérience d'une relation continue avec les patients.^{6,7} Des études ont montré que la formation en médecine générale est efficace et favorise l'acquisition de compétences telles que l'éducation thérapeutique, une prise de conscience des enjeux légaux et éthiques, la communication médecin/patient, les connaissances, savoir-faire et savoir-être propres à la médecine générale, le raisonnement clinique, la confiance, la capacité à gérer l'incertitude et les interactions avec les patients.⁸

Pourquoi alors seulement six mois de formation ambulatoire? Ce format modulaire et flexible a été privilégié en raison de la

forte proportion d'indécis par rapport à un choix de carrière durant les premières années d'assistantat.⁹ Cette grande flexibilité va de pair avec une durée relativement importante de la période de formation (6,5 et 7,5 années, cette durée n'étant que légèrement plus courte que pour d'autres disciplines, telles que la chirurgie (données ISFM)).

QU'EN EST-IL DE NOS COLLÈGUES?

C.M. a fait une longue formation en milieu hospitalier (huit ans) incluant urgences vitales, soins intensifs et médecine interne, puis une année de sous-spécialisation en hémostase avant de décider de s'installer comme interniste généraliste (la validation des six mois de pratique ambulatoire reste mystérieuse et précède la mise en œuvre des nouvelles réglementations).

A.G. a fait une formation de quatre ans en médecine hospitalière, d'abord en périphérie puis en milieu universitaire, précédée d'un an de chirurgie digestive, puis a terminé par trois années en policlinique universitaire, une comme médecin assistante puis deux comme cheffe de clinique.

I.S. a fait deux ans de médecine interne générale hospitalière dans un hôpital cantonal, six mois de SMUR, un an de polichirurgie, une année de psychiatrie, six mois de gynécologie, six mois d'ORL, avant de finir par six mois d'assistantat en cabinet.

Ces différents parcours de formation préparent-ils à la pratique autonome en cabinet?

Il existe peu de données en Suisse dans ce domaine. Une enquête menée auprès des détenteurs d'un titre de spécialiste ISFM, obtenu entre 2009 et 2011, a évalué l'adéquation de la transmission des différentes compétences ainsi que l'appréciation de leur pertinence pour la pratique au quotidien.¹⁰ Pour la médecine interne générale (options ambulatoire et hospitalière confondues), la conduite d'entretien et l'évaluation de la capacité de travail ont été identifiées comme des compétences «importantes» à «très importantes» pour la pratique, mais insuffisamment enseignées durant la formation postgraduée. 33% des internistes généralistes pensaient que des objectifs de formation importants manquent dans le programme de formation postgraduée, les insuffisances touchant davantage les objectifs de formation généraux concernant l'activité médicale que les objectifs spécifiques à la spécialisation. A noter cependant que ces données ont été

TABLEAU 1 Possibles cursus pour obtenir un titre de spécialiste ISFM de médecine interne générale

MIG: médecine interne générale.

Formation postgraduée de base			Formation postgraduée secondaire		
Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	
Formation hospitalière en MIG	Assistantat au cabinet		Chirurgie/traumatologie	ORL/dermatologie	
Formation hospitalière en MIG	Assistantat au cabinet/policlinique		Gynécologie/pédiatrie	Psychiatrie/rhumatologie	
Formation hospitalière en MIG	Policlinique		Cardiologie/pneumologie	Infectiologie/immunologie	
Formation hospitalière en MIG	Policlinique	Urgences	Formation hospitalière en MIG	Soins intensifs	Cardiologie/angiologie

(Adapté de réf.⁵).

récoltées par les médecins ayant un titre de spécialiste depuis au moins trois mois, mais qu'elles ne se rapportent pas forcément à la pratique en cabinet. Étonnamment, le questionnaire ne semble pas avoir porté sur les compétences générales, administratives, managériales en lien avec l'installation ou une fonction de cadre dans un établissement hospitalier. Pourtant, des études internationales confirment que les médecins nouvellement installés manquent de compétences dans la gestion entrepreneuriale, financière et assécurologique de leur cabinet.¹¹⁻¹³

Dans une étude qualitative, menée en 2015 auprès de 29 médecins détenteurs d'un titre de spécialiste ISFM en médecine interne générale et installés depuis moins de cinq ans en Suisse romande, ces derniers relevaient que, moyennant une formation de médecine interne générale en milieu ambulatoire, ils se sentaient armés pour faire face à la plupart des problèmes de santé présentés par les patients, mais relevaient une formation insuffisante dans les domaines suivants: rhumatologie, traumatologie mineure, ORL, dermatologie et psychiatrie.¹⁴ Les besoins de formation en pédiatrie et gynécologie étaient décrits comme variables en fonction de leur lieu d'installation. Les expériences en policlinique universitaire (orientation médecine de premier recours et communautaire) et en assistantat au cabinet semblaient complémentaires, le milieu universitaire offrant une formation plus complète dans certains domaines (*evidence-based medicine*, complexité psychosociale et maladies chroniques) et une supervision plus étroite, alors que la formation en cabinet permettait d'être exposé à une plus large variété de patients et de problèmes cliniques, de développer davantage d'autonomie et de pouvoir se familiariser avec des pratiques de gestion de cabinet. En revanche, tous ont regretté leur manque d'intérêt initial et une préparation insuffisante pour l'acquisition des compétences non médicales en lien avec la gestion administrative et financière d'une activité d'indépendant, ainsi que dans le domaine médico-légal et assécurologique. Par ailleurs, ils rapportaient avoir sous-estimé l'importance de bien connaître le réseau de médecins spécialisés à qui référer leurs patients en cas de besoin une fois en dehors de l'environnement hospitalier. Finalement, ils n'avaient pas non plus anticipé les dilemmes éthiques opposant leurs valeurs professionnelles (altruisme, engagement) avec la réalité de la pratique (nécessité de gagner sa vie, équilibre entre vies professionnelle et privée, rapport avec les assurances).

Les formes d'installation se sont diversifiées ces dernières années. A la reprise de cabinet ou la création *de novo* d'un cabinet en solo ou à 2-6, se sont rajoutés d'autres types d'installation tels que des postes de salariés ou d'indépendants dans des centres médicaux, que ces derniers soient indépendants ou affiliés à une maison de santé, une clinique privée ou une assurance de santé. Ces différentes formes d'installation, de même que les lieux d'installation (urbain versus rural), vont exiger des compétences médicales plus ou moins larges en fonction de l'accès facilité ou non à des spécialistes. Elles vont également faire appel à des compétences de gestion variables selon le rôle joué dans la structure.

Afin de faciliter la transition à la pratique indépendante, voici, de manière générale, les étapes à considérer par les médecins en formation envisageant une installation:

1. Formation clinique – rotations/formations recommandées.
2. Projet de cabinet: cabinet versus centre médical.
3. Démarches administratives pour tous.
4. Planification financière.
5. Réseau de spécialistes.
6. Personnel.
7. Annonce d'ouverture.

Ces étapes sont détaillées dans le **tableau 2**. Elles se basent en partie sur notre expérience et celles de collègues récemment installés, mais peuvent ne pas s'adapter à tous. Cela dépend du taux d'activité prévu. En effet, les charges sont en général moins importantes en cabinet indépendant si les médecins travaillent à 80-100%. Lors de pourcentages plus bas, il devient alors judicieux de partager la surface avec d'autres professionnels ou alors de travailler dans un centre médical pour diminuer les charges.

Selon les recommandations listées dans le **tableau 2**, voici les schémas de formation que nos médecins installés auraient pu suivre afin de faciliter la transition formation-installation.

C.M., avec une formation purement hospitalière, aurait bénéficié d'une année au minimum de formation ambulatoire pour acquérir des compétences en promotion/prévention, maladies chroniques, éducation thérapeutique, rhumatologie fonctionnelle, etc. En s'installant dans un centre médical, il peut cependant plus facilement bénéficier des expériences/conseils de ses collègues et combler son manque de formation dans ces domaines.

A.G., en s'installant dans un cabinet indépendant, aurait bénéficié au terme de ses deux ans de cheffe de clinique de six mois en cabinet privé dans la région d'installation, avec comme priorité une initiation à la gestion et une meilleure connaissance du réseau socio-sanitaire.

I.S. a fait toute la formation nécessaire pour s'établir en milieu rural et est à même de gérer les aspects administratifs du cabinet grâce aux six mois d'assistantat en cabinet. Six mois de plus dans une policlinique de médecine avec prise en charge de patients complexes et multimorbides auraient été un plus. Le fait de ne pas avoir été chef de clinique n'exclut pas la possibilité de superviser des étudiants ou des internes. En effet, en faisant une formation certificative, il peut acquérir un certificat de formateur en cabinet et accueillir des étudiants ou des assistants en formation.

La formation en médecine interne générale s'effectue donc encore insuffisamment dans le milieu dans lequel les médecins vont pratiquer, c'est-à-dire en cabinet. Les soutiens à une formation contextualisée et proche de la pratique future sont encore peu présents en dépit d'efforts récents mais cependant encourageants. En 2015, le nombre de places de formation en cabinet (six mois à 100%) était très hétérogène, variant entre 0,7 à 30 par canton avec un financement cantonal ou partiel par la Fondation pour la promotion de la formation en médecine de famille.¹⁵ Les conditions pour être reconnu comme praticien formateur et faire reconnaître le cabinet comme établissement de formation postgraduée figurent sur le site de l'ISFM.¹⁶ Le Cursus romand de médecine de famille vise, par exemple, à encourager les étudiants et médecins assistants en formation à choisir la voie de la médecine interne

TABLEAU 2 Etapes importantes et échéancier en vue d'une installation en cabinet

ARAM: association romande des assistantes médicales; CAS: certificate of advanced studies (certificat de formation continue universitaire); CMPR: collège de médecine de premier recours; EBM: evidence based medicine (médecine fondée sur les preuves); FMH: fédération des médecins suisses; RC: responsabilité civile; RCC: registre des codes créanciers; RCP: responsabilité civile professionnelle.

Etapes de l'installation	Quel que soit le projet: reprise ou création de cabinet ou pratique dans un centre médical/maison de santé		
1. Formation clinique postgraduée <i>Tout au long mais au minimum 2 ans avant</i>	<ul style="list-style-type: none"> Après une formation dans différents services hospitaliers, combiner la formation en policlinique universitaire et en cabinet sur deux ans: concilier les avantages des deux types de lieux de formation (EBM, supervision plus étroite et formation structurée vs autonomie et plus grande diversité de patients) Se former en milieu de travail ou en congrès sur les aspects asséurologiques et médico-légaux: mieux connaître les enjeux en lien avec les rédactions de rapports/demandes de curatelle Une rotation de 6 à 12 mois en psychiatrie en cours de formation ou le CAS en psychosomatique permet d'acquérir des compétences nécessaires en médecine ambulatoire En cas d'installation en milieu rural: se former à des spécialités telles que la dermatologie, l'ORL, la traumatologie/petite chirurgie, la rhumatologie/médecine manuelle, la gynécologie et la pédiatrie, afin d'élargir l'éventail des compétences cliniques Selon le type d'équipement prévu dans le futur cabinet (laboratoire, radiologie standard), suivre le cours pratique du laboratoire au cabinet médical (CMPR) et/ou une formation complémentaire pour la pratique d'exams de radiologie à fortes doses (CMPR) 		
	Cabinet indépendant (en solo ou en groupe)		Centre médical/maison de santé
	En cas de reprise de cabinet	En cas de création de cabinet	En cas de pratique dans un centre médical
2. Projet de cabinet <i>12-24 mois avant</i>	<ul style="list-style-type: none"> Recherche de cabinet à reprendre Consulter les annonces de reprise des journaux médicaux cantonaux, Bulletin des médecins suisses, site FMH, bouche à oreille, réseau Favoriser au minimum six mois de chevauchement avec le prédécesseur pour la transmission d'informations administratives et de gestion S'accorder sur le mode de fonctionnement pendant la période de transition (salarial, indépendant avec participation aux charges) Se faire conseiller par une fiduciaire durant la transition Si installation en groupe: FAIRE et SIGNER CONTRAT 	<ul style="list-style-type: none"> Définir le concept/politique/éthique médical du futur cabinet (médecine intégrative, médecines complémentaires) et le type d'activité: seul ou à plusieurs avec d'autres médecins généralistes, spécialistes et/ou thérapeutes Commencer à identifier vos futurs collaborateurs (choix des futurs associés, futur personnel, identifier/créer réseau de spécialistes, choix de laboratoire d'analyse) Choisir son lieu géographique d'installation (selon besoins démographiques (cf. statistiques FMH); quartier en expansion, chercher la surface adaptée (proximité d'une gare, pharmacie, centre commercial, transports publics et parking) Si installation en groupe: FAIRE et SIGNER CONTRAT 	<ul style="list-style-type: none"> Définir le statut: indépendant, salarié Négocier le % prélevé sur le chiffre d'affaires (40-50%) ou charges fixées au prorata de l'utilisation du personnel et de la surface locative (prélèvement dégressif selon chiffre d'affaires) S'informer du taux d'occupation possible (flexible ou rigide) S'informer des clauses en cas de départ de la structure
3. Démarches administratives générales <i>12 mois avant</i>	<ul style="list-style-type: none"> Suivre des formations spécifiques organisées par les Sociétés cantonales, l'association par les médecins pour les médecins (www.pourlesmedecins.ch/) 1 x/an ou par FMH services, 2 séminaires/an (informations sur les démarches à entreprendre pour s'installer et obtenir le droit de pratique indépendant à charge de l'assurance, le code créancier, l'informatique, la facturation) Demander le droit de pratique à la charge de la LAMal auprès du service de la santé publique ou de médecine cantonal (selon les cantons) Demander le code créancier RCC auprès de SASIS SA Contacteur 1-2 conseillers en prévoyance et/ou courtiers en assurance: informations sur les démarches à entreprendre concernant les assurances et la prévoyance: environ 10-20% du chiffre d'affaires (CA), assurances médecin (AVS-AI obligatoire, RCP obligatoire, perte de gain, protection juridique, éventuellement 2^e et 3^e piliers) Si reprise ou création de cabinet: assurance pour le personnel et cabinet (RC pour le personnel, assurance accident obligatoire, perte de gain conseillée, assurance ménage, assurance matériel et cabinet, AVS AI et 2^e pilier pour le personnel) Si nécessaire, choisir un logiciel informatique pour le dossier médical et la facturation 		
	Cabinet indépendant (en solo ou en groupe)		Centre médical/maison de santé
	En cas de reprise de cabinet	En cas de création de cabinet	En cas de pratique dans un centre médical
4. Planification financière avec une fiduciaire <i>6-12 mois avant</i>	<ul style="list-style-type: none"> Demander le chiffre d'affaires des cinq dernières années, négocier le rachat du matériel Rédiger un business plan: Crédit d'investissement (nouveau matériel, parfois informatisation du cabinet, etc.) Crédit d'exploitation (salaires des premiers mois, frais de fonctionnement) Chercher un financement (prêt bancaire, actionnaires) 	<ul style="list-style-type: none"> Rédiger le business plan: Crédits d'investissement (équipement, informatique, logiciel de facturation, mobilier), Crédits d'exploitation (inclure premiers revenus en attendant de constituer une patientèle, frais de fonctionnement) Chercher un financement (prêt bancaire, actionnaires) 	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation de réserves financières ou crédit d'exploitation ou avance faite par le centre médical

TABLEAU 2		(suite)	
Étapes de l'installation		Quel que soit le projet: reprise ou création de cabinet ou pratique dans un centre médical/maison de santé	
Cave: pas de revenu pendant les 3-4 premiers mois Une transition mi-temps en milieu institutionnel/gardes en permanence ou à domicile en tant que salarié et mi-temps en cabinet sur 6-12 mois peut être une option intéressante			
5. Réseau de spécialistes 6-12 mois avant	<ul style="list-style-type: none"> S'appuyer sur le réseau de spécialistes existant en cas de reprise ou se constituer un nouveau réseau de spécialistes (bouche à oreille de proximité, inauguration de cabinet, colloques, présentations individuelles, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Constituer ou consolider un réseau de spécialistes, idéalement commencer pendant sa formation postgraduée en travaillant au moins un an dans la région d'installation prévue 	
6. Le personnel 6 mois avant	<ul style="list-style-type: none"> Si possible garder le personnel déjà en place (assistante, secrétaire): cela aide à se familiariser avec les patients, permet une continuité avec les patients et le réseau de partenaires Sinon recruter le personnel (site d'annonces (Facebook, ARAM, réseau, bouche à oreilles) 	<ul style="list-style-type: none"> Recruter le personnel (ex: 0,5-1 assistante médicale/médecin ou répartiteur assistante médicale faisant les soins et secrétaire répondant au téléphone et s'occupant de la facturation) 	
7. Annonce de reprise/ouverture 1-3 mois	<ul style="list-style-type: none"> Annoncer la reprise ou l'ouverture du cabinet: inauguration en invitant les professionnels de la santé de proximité, annonce dans la presse (seule occasion autorisée), flyers dans les commerces et pharmacies de proximité, cabinets de spécialistes environnants, etc. 		

générale ambulatoire, en créant des communautés de pratique professionnelle entre médecins jeunes intéressés par la discipline et des médecins expérimentés (mentors).¹⁷ Il favorise également des filières de formation décentralisées pour faciliter l'installation dans des zones médicalement moins denses. Dans certains pays voisins comme la France, les médecins généralistes sont préparés à leur future installation dès leur formation postgraduée en effectuant un à deux semestres dans un ou plusieurs centres ambulatoires (cabinet solo ou de groupe, centre médical, etc.), où ils sont progressivement formés à la gestion administrative et deviennent de plus en plus autonomes, jusqu'à devenir capables de remplacer leurs confrères installés.¹⁸ Tout au long de leur formation postgraduée, ils bénéficient aussi de cours et/ou de séminaires les préparant à l'installation.¹⁹

CONCLUSION

La formation postgraduée suisse en médecine interne générale pourrait donc gagner en efficacité en adoptant les mesures suivantes:

- Coupler différentes formes de formation ambulatoire sur une durée minimale d'un an, en combinant par exemple, des formations en policlinique médicale universitaire à vocation «premier recours/communautaire» et en cabinet.
- Assurer une formation à la gestion d'entreprise lors de l'assistantat en cabinet.
- Renforcer les formations structurées contextualisées sur la préparation à l'installation via, par exemple, les associations cantonales de médecine de famille.
- Soutenir plus formellement les communautés de pratique et les possibilités de mentorat entre médecins en formation et médecins expérimentés travaillant en cabinet.
- Favoriser un temps partagé pour les superviseurs et mentors entre cabinet et instituts de formation académiques.

Cela permettrait d'exposer les médecins en formation à une plus grande diversité de patients et de pathologies, de les initier aux aspects entrepreneuriaux de la pratique d'indépendant. Cela leur donnerait également la possibilité de prendre en charge des patients chroniques, de les former de manière structurée à la relation et à l'éducation thérapeutiques et d'acquérir les dernières nouveautés en matière de soins. La participation plus active aux communautés de pratique permettrait également de mieux appréhender la réalité de la pratique autonome et d'atténuer les craintes liées au passage d'indépendant. Finalement, un rattachement des superviseurs en cabinet à des instituts de formation académiques aiderait à garder un lien fort entre les deux milieux et favoriserait une plus grande académisation des activités de médecine interne générale ambulatoire d'une part et une meilleure (re)connaissance de la discipline d'autre part. Cela nous paraît d'autant plus important que la profession va évoluer vers un travail de collaboration plus étroit avec les autres partenaires de soins.

Maintenant que la médecine générale et la médecine interne générale ne font qu'une, pourquoi ne pas unifier les efforts pour optimiser les cursus et l'encadrement des médecins se formant en médecine interne générale ambulatoire? La transition n'en serait que plus douce...

Remerciements: Les auteurs remercient Cédric Gillibert (GE) et Nicole Jaunin-Stalder (VD) pour leurs commentaires et propositions sur les étapes de l'installation (**tableau 2**).

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La transition entre la formation postgraduée et l'installation est source de stress important
- Six mois d'assistantat en cabinet ou en policlinique médicale sont insuffisants pour acquérir les compétences médicales et non médicales utiles à la pratique autonome en cabinet
- Le lieu d'installation, le taux de travail envisagé et le format d'installation vont conditionner les compétences médicales et non médicales à maîtriser
- Une formation ambulatoire plus longue, associant une formation en cabinet avec une supervision spécifique sur les aspects managériaux et en policlinique médicale universitaire à orientation communautaire, est souhaitable

1 Chao GT, O'Leary-Kelly AM, Wolf S, et al. Organisational socialisation: its content and consequences. *J App Psychol* 1994;79:730-43.
 2 *Teunissen PW, Westerman M. Opportunity or threat: the ambiguity of the consequences of transitions in medical education. *Med Educ* 2011;45:51-9.
 3 *Kilminster S, Zukas M, Quinton N, Roberts T. Preparedness is not enough: understanding transitions as critically intensive learning periods. *Med Educ*

2011;45:1006-15.
 4 van der Horst K, Siegrist M, Orlov P, Giger M. Residents' reasons for specialty choice: influence of gender, time, patient and career. *Med Educ Jun* 2010;44:595-602.
 5 Bauer W, Hänggeli, C. Le programme de formation postgraduée en médecine interne générale: le début d'une nouvelle époque. *Bull Med Suisses* 2010;91:1929.
 6 Holmboe ES, Bowen JL, Green M, et al. Reforming internal medicine

residency training. A report from the Society of General Internal Medicine's task force for residency reform. *J Gen Intern Med* 2005;20:1165-72.
 7 Wiest FC, Ferris TG, Gokhale M, et al. Preparedness of internal medicine and family practice residents for treating common conditions. *JAMA* 2002;288:2609-14.
 8 O'Shea EE. Extension of training for general practice: a review of the evidence. *Educ Prim Care* 2009;20:15-20.
 9 Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Klaghofer R. Career paths in physicians' postgraduate training – an eight-year follow-up study. *Swiss Med Wkly* 2010;140:w13056.
 10 *Siegrist M, Sütterlin B, Burgermeister LC, Bauer W. Rétrospective de la formation postgraduée de médecin spécialiste. *Bull Med Suisses* 2015;96:758-76.
 11 Capewell S, Stewart K, Bowie P, Kelly M. Trainees' experiences of a four-year programme for specialty training in general practice. *Educ Prim Care* 2014;25:18-25.
 12 Griffin A, Abouharb T, Etherington C, Bandura I. Transition to independent practice: a national enquiry into the educational support for newly qualified GPs. *Educ Prim Care* 2010;21:299-307.
 13 O'Shea EB. What's another year? A qualitative evaluation of extension of

general practice training in the West of Ireland. *Educ Prim Care* 2009;20:159-66.
 14 * Junod Perron N, Audetat MC, Mazouri S, Schindler M, Haller DM, Sommer J. How well are Swiss French physicians prepared for future practice in primary care? *BMC Med Educ* 2018;18:65.
 15 *Häuptle C. La pratique est indispensable. *Journal ASMAC* 2015;14.
 16 Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM). Reconnaissance des cabinets médicaux. www.fmh.ch/fr/formation-isfm/formation-postgraduee/pour-responsables-form-post/reconnaissance_cabinets/formulaire_cabinet_medical.html
 17 Cursus Romand de Médecine de Famille. <http://crmf.ch/>
 18 Ministère de l'Éducation nationale de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Liste et réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. *Bulletin officiel* 2004;39.
 19 Le syndicat des médecins généralistes. Guide d'installation. www.mgfrance.org/index.php/services/guide-de-l-installation

* à lire
 ** à lire absolument