

Sima Djalali, Thomas Rosemann

# Le cursus parfait de médecine générale – qui l'a donc inventé?

## La formation des généralistes en Suisse et en Europe

**Depuis janvier 2011, il faut acquérir le nouveau titre de spécialiste en «médecine interne générale» pour devenir médecin de famille en Suisse. Les candidats qui réussissent leur examen de spécialiste après cinq ans de formation postgraduée sont autorisés sans autres à s'établir en tant que médecins de famille. Se pose alors la question: ces spécialistes ont-ils bénéficié d'une formation pratique suffisante, ou faut-il encore améliorer le nouveau cursus? Nous allons nous baser sur un aperçu de quelques programmes européens de formation postgraduée pour apporter quelques éclaircissements à cette question.**

### Durée de la formation postgraduée: plus courte dans certains pays, plus longue dans d'autres

En ce qui concerne la durée de la formation postgraduée des médecins de famille, la Suisse est dans la moyenne européenne, qui se situe entre 3 ans (Italie par ex.) et 6 ans (Danemark par ex.). Depuis 2005, l'Union européenne propose une durée légale minimale de 3 ans de formation pour l'acquisition du titre de médecin généraliste à ses Etats membres [1].

### Le généraliste suisse dans l'Union européenne

Les cinq ans de formation postgraduée prescrits pour l'obtention du titre fédéral de spécialiste en médecine interne générale (souvent appelé improprement titre FMH) vont au-delà des normes exigées par l'UE pour la médecine générale. Le titulaire en MIG remplit automatiquement les conditions nécessaires à l'obtention du titre fédéral de médecin praticien et peut demander sans autre ce diplôme. Le titre de «médecin praticien» correspond à l'attestation de formation des généralistes (médecins de famille ou «general practitioners») en vigueur dans tous les Etats membres de l'UE. Les porteurs du titre fédéral en MIG qui demandent la reconnaissance du titre de «médecin praticien» peuvent de ce fait s'établir dans tous les pays de l'UE et y exercer en tant que généralistes; de plus, ils peuvent demander la reconnaissance du titre de spécialiste en médecine interne dans chacun de ces pays.

A l'inverse, les collègues de l'Union européenne porteurs d'une attestation de formation en médecine générale peuvent s'enregistrer uniquement comme médecins praticiens. S'ils désirent obtenir un titre fédéral de spécialiste en MIG, ils doivent satisfaire aux conditions exigées par le Programme suisse de formation postgraduée. Les formations postgraduées équivalentes acquises à l'étranger sont prises en compte, du moins partiellement [2].

### Accent mis sur la formation hospitalière

Pour l'obtention du titre de spécialiste en médecine interne générale, les directives de l'UE concernant les modules de formation postgraduée à suivre sont très libres (tab. 1). Elles prévoient que la formation postgraduée, d'une durée minimale de trois ans, contient au moins 6 mois d'assistantat au cabinet médical et 6 mois en milieu hospitalier, et elles laissent aux différents Etats membres

**Tableau 1**

Directives de l'UE sur la formation spécifique en médecine générale (selon [1]).

- La durée totale est de 3 ans au minimum
- Au minimum 6 mois d'assistantat dans un cabinet de médecine générale
- Au minimum 6 mois de formation postgraduée en médecine générale dans un établissement hospitalier.
- Au moins 6 mois d'assistantat en option dans d'autres institutions/services autorisés du système de santé qui ont à faire avec la médecine générale

le soin de mettre l'accent plutôt sur une formation hospitalière ou plutôt sur une formation ambulatoire/pratique de cabinet. Les différences d'un Etat membre à l'autre sont notables. En Allemagne par exemple, sur une formation postgraduée de cinq ans, l'option de médecine générale ne comprend que 1,5 ans d'assistantat au cabinet médical, contre deux ans de médecine interne hospitalière et encore 1,5 ans de spécialité dans un domaine à choix. La Grèce va encore plus loin: sur quatre ans de formation postgraduée, seuls 10 mois doivent être consacrés aux soins de premier recours. Comme l'application des directives de l'Union européenne dans les Etats membres n'est pas obligatoire, il existe encore d'autres variantes: en Autriche, l'assistantat au cabinet médical est uniquement en option et sa durée maximale est de 6 mois, ce qui correspond tout juste au minimum prévu par les directives européennes.

### Accent mis sur la formation au cabinet médical

Aux Pays-Bas par contre, le programme de formation postgraduée en médecine générale met nettement l'accent sur la pratique du médecin de famille en cabinet: sur trois années de formation, deux sont consacrées à l'assistantat au cabinet médical et une seule aux rotations dans les hôpitaux. En Norvège, c'est à peu près semblable, avec trois ans d'assistantat au cabinet contre une année de rotation en hôpital [3].

De nombreux Etats membres ont opté pour une solution intermédiaire et partagent la période de formation postgraduée en deux blocs d'égale durée, l'un focalisé sur le cabinet médical et l'autre sur l'hôpital (par ex. l'Irlande, la Pologne et le Portugal). Ils ne renoncent pas pour autant à mettre en avant certains points forts. La Grande-Bretagne et le Danemark par exemple, possèdent comme les Pays-Bas un système de santé fortement axés sur la médecine de famille, et cette orientation influence le programme de formation. Formellement, le bloc au cabinet médical et le bloc hospitalier durent 1,5 an en Grande-Bretagne et 2,5 ans au Danemark. Mais sur le plan des contenus, la formation est nettement dirigée vers la pratique.

### Cours spécifiques

Ainsi en Grande-Bretagne, les futurs généralistes doivent-ils se soumettre à un examen final (examen de «Membership of the Royal College of General Practitioners»), qui exige, en supplément des exigences purement cliniques, des compétences en médecine

générale basée sur l'évidence, en informatique de santé, en administration ainsi qu'en communication. Les candidats doivent entre autres faire preuve de leurs aptitudes lors d'une simulation réaliste de consultations de dix minutes en cabinet médical. Pour s'y préparer, ils suivent des cours hebdomadaires et obligatoires d'une demi-journée pendant toute leur période de formation et participent à des groupes de travail où ils acquièrent les gestes techniques appropriés [4].

Au Danemark, l'université organise des cours de médecine générale à suivre en cours d'emploi [5].

### Système de mentorat

De surcroît, les candidats danois au titre de généraliste continuent à travailler un jour par semaine dans un cabinet médical qui leur est assigné pendant les 2,5 ans de la phase de rotation hospitalière [5]. Cette manière de procéder se rapproche fortement d'un programme de mentorat pratiqué par exemple aux Pays-Bas, qui consiste à assurer un contact régulier et une collaboration avec des médecins expérimentés afin d'exercer le regard propre au médecin de famille et positionner la formation hospitalière spécialisée dans la perspective plus large de la médecine générale. Cela implique que les futurs médecins de famille soient soutenus dans la planification de leur formation postgraduée. En Espagne par exemple, ces derniers bénéficient de la mise à disposition d'un tuteur qui les conseille dans le choix des sites de formation et qui supervise le passage des étapes nécessaires à leur formation.

### Choix branches cliniques

Les directives de l'UE ne prévoient pas de telles mesures d'encouragement. Elles ne contiennent pas non plus de contraintes concernant les branches autres que la médecine générale, qui doivent être effectuées pour accéder au titre de spécialiste en «médecine interne générale». Le texte de la directive dit: «La formation spécifique en médecine générale [...] est de nature plus pratique que théorique. La formation pratique est dispensée, d'une part, pendant six mois au moins, dans un établissement hospitalier agréé disposant de l'équipement et des services appropriés et, d'autre part, [...] dans un cabinet de médecine générale agréé ou dans un centre de soins primaires agréé» [1].

On trouve ainsi des Etats membres avec ou sans règlement concernant les branches cliniques des médecins généralistes. Les disciplines les plus fréquemment effectuées sont la gynécologie, la pédiatrie, la chirurgie et la psychiatrie (tab. 2).

Il n'est pas surprenant de constater que les Etats membres dans lesquels les cursus de médecine générale sont en principe très structurés, comme les Pays-Bas, la Grande-Bretagne et le Danemark, ont développé des critères requis quant aux rotations hospitalières, alors que les Etats membres peu focalisés sur la pratique au cabinet médical, tels que l'Allemagne, n'imposent que peu de restrictions.

En Allemagne, les futurs médecins généralistes doivent organiser leurs périodes de formation eux-mêmes. Le contenu de ces «stages hors discipline» est considéré comme équivalent à celui des stages en service hospitalier spécialisé, et aucune exigence ne mentionne une quelconque relation avec la médecine générale.

### Deux tendances prédominantes en Europe

On peut dire dans l'ensemble que les directives peu précises de l'Union européenne ont donné naissance à deux tendances. Les Etats membres dont le système de santé est axé sur la médecine générale ont généralement développé des programmes de for-

mation postgraduée ciblés qui définissent clairement la filière à suivre pour devenir généraliste. Les participants à ces programmes sont enregistrés, ce qui permet d'avoir un certain suivi de la relève et de dispenser le candidat à la médecine générale d'une partie de l'organisation.

Les Etats membres dans lesquels les généralistes ne sont pas le point d'entrée officiel du réseau de soins («gate keepers») possèdent une structure de formation postgraduée en médecine générale moins spécifique et ils offrent moins de soutien quant au plan de carrière. Le fait que les médecins assistants doivent organiser eux-mêmes leur plan de carrière conduit à une connaissance insuffisante de l'effectif de la relève, car les candidats potentiels à la médecine générale ne sont pas enregistrés. Les statistiques de la relève médicale sont donc imprécises, car elles ne tiennent pas compte des médecins qui se détournent de la médecine générale en cours de formation et demeurent en milieu hospitalier parce qu'ils ne se sentent pas capables d'exercer en cabinet médical ou n'y voient pas d'avenir.

**En Grande-Bretagne, le programme de formation postgraduée en médecine générale enregistre aujourd'hui davantage d'inscriptions qu'il n'y a de places disponibles.**

### Incitations pour la relève

Du point de vue qualitatif, les formations postgraduées en médecine générale qui sont spécifiques, fortement structurées et dotées de mesures incitatives appropriées sous forme de concepts et d'avantages financiers, font généralement office de programmes de stimulation de la relève. Les mesures incitatives comprennent d'une part une instruction ciblée et un système de mentorat, d'autre part des avantages financiers grâce à des adaptations tarifaires. Ainsi la voie du généraliste n'est-elle plus intrinsèquement liée à des préjudices sur le plan financier. En Grande-Bretagne par exemple, les salaires des généralistes ont été augmentés substantiellement de 58% en quelques années [6] pour rejoindre le niveau de salaires des spécialistes; on a ainsi réussi à pallier le problème de relève qui se dessinait en l'an 2000. Aujourd'hui, la Grande-Bretagne enregistre davantage d'inscriptions qu'il n'y a de places disponibles au sein de son programme de formation postgraduée en médecine générale [4].

**Tableau 2**

Exemples des rotations hospitalières qu'il faut avoir accomplies en vue d'obtenir le titre de médecin généraliste (selon [3-5]).

|          |  |
|----------|--|
| Danemark | gynécologie, pédiatrie, chirurgie, psychiatrie                                   |
| France   | médecine interne ou gériatrie, gynécologie ou pédiatrie, médecine d'urgence      |
| Italie   | gynécologie, pédiatrie, chirurgie, psychiatrie, médecine d'urgence, policlinique |
| Pays-Bas | médecine d'urgence, gériatrie, psychiatrie                                       |
| Pologne  | gynécologie, pédiatrie, chirurgie, ORL, ophtalmologie, dermatologie              |
| Portugal | gynécologie, pédiatrie, psychiatrie, médecine d'urgence                          |
| Suède    | gynécologie, pédiatrie, psychiatrie  |
| Espagne  | gynécologie, pédiatrie, chirurgie, médecine d'urgence, orthopédie                |

## Lacunes dans les structures

Dans les faits, les programmes de formation postgraduée non spécifiques demandent au médecin beaucoup d'initiative personnelle. Il en résulte une pénalisation de la formation au cabinet médical, car le candidat doit l'organiser tout seul. Or cette démarche peut lui paraître moins confortable que celle consistant à s'engager sur la voie de la spécialisation, pour laquelle la formation est mieux tracée et les objectifs sont plus clairs – et ceci d'autant plus

**Dans la majorité des pays européens, le salaire des candidats généralistes est équivalent à celui des assistants hospitaliers; ce n'est pas le cas en Allemagne, en Autriche ni en Suisse.**

si l'effort à accomplir pour effectuer une période d'assistantat au cabinet médical ou pour la prolonger au-delà du strict nécessaire ne s'accompagne d'aucun avantage matériel, et si l'activité de spécialiste s'avère généralement plus profitable que celle de généraliste. La Suisse pourrait se trouver dans cette situation. Notre programme de formation postgraduée en médecine de famille est peu structuré et dépourvu de spécificité par rapport à celui de nos voisins européens. Une enquête menée auprès

des représentants de l'European Academy of Teachers in General Practice / Family Medicine (EURACT) a par ailleurs montré que dans la majorité des pays européens, le revenu des candidats généralistes est équivalent à celui des assistants hospitaliers. Ce qui n'est pas le cas en Allemagne, en Autriche ni en Suisse, où le salaire des médecins assistants dans un cabinet médical est inférieur de 15 à 40% à celui qu'ils toucheraient dans un hôpital pour un poste de rotation [7].

## L'embarras du choix

Les concepteurs du programme modulaire de formation postgraduée en «médecine interne générale», entré en vigueur en Suisse le premier janvier 2011, se targuent d'offrir une grande liberté de choix et de permettre à chacun de configurer son cursus de façon individuelle [2]. Le programme prévoit que pendant les trois ans de formation de base, les médecins-assistants généralistes puissent passer jusqu'à une année au cabinet médical / en policlinique de médecine, alors que les assistants en médecine interne hospitalière se dirigent plutôt vers les postes de formation postgraduée des services hospitaliers et ne doivent attester que d'un minimum de 6 mois de médecine générale ambulatoire pour être reçus (tab. 3). Contrairement aux autres pays où les blocs sont données, les directives suisses laissent aux candidats la possibilité de varier individuellement la pondération des phases de formation hospita-

**Tableau 3**

Le cursus de médecine interne générale (MIG) en Suisse (selon [2]).

### Formation postgraduée de base: trois ans de MIG, dont au moins une année au sein d'une institution des catégories A ou I

- Au minimum 2 ans de MIG hospitalière (catégories A à D, y c. 3 mois dans un service des urgences)
- Au minimum 6 mois de MIG ambulatoire (catégories I à IV\*)

### Formation postgraduée secondaire: deux ans

- Sélection parmi 31 spécialités autres que la MIG, selon la liste figurant au chiffre 2.3 du programme de formation postgraduée
- Durée: généralement de six à douze mois

\* assistantat au cabinet médical = catégorie III

lière et ambulatoire. Cependant, même au sein de la variante la mieux adaptée aux besoins des médecins de famille, l'accent reste sur la formation hospitalière.

Vient ensuite la deuxième étape de formation postgraduée, d'une durée de 2 ans, pendant laquelle les futurs médecins généralistes effectuent des stages de formation (dont chacun dure généralement entre 6 mois et une année) dans l'une ou l'autre des 31 spécialités proposées (tab. 3). L'idée est d'offrir la possibilité aux candidats poursuivant la filière de la médecine de famille de s'inscrire à plusieurs disciplines susceptibles d'apporter une plus-value à l'activité qu'ils exerceront dans les soins de premier recours. Les candidats ne sont assujettis à aucune obligation et ne reçoivent aucune recommandation: seul leur reste l'embarras du choix. Il sera intéressant d'observer l'évolution ou la stagnation du choix des spécialités au cours des premières années suivant l'introduction de la nouvelle Règlementation pour la formation postgraduée. Les statistiques montrent que ces dernières années, les médecins généralistes ont majoritairement opté pour la chirurgie générale comme discipline étrangère (97%). Les autres spécialités à option fréquemment choisies sont psychiatrie (28%), médecine physique et réadaptation (25%), gynécologie (20%), ORL (16%) et pédiatrie (14%). En moyenne, les candidats au titre de spécialiste FMH ont suivi des formations dans 4 ou 5 disciplines différentes [8].

## Mise en œuvre

Un logbook électronique créé récemment permet désormais de consigner les étapes de formation sur un support informatique et de renseigner les candidats sur les objectifs de formation atteints. Il n'existe pas encore d'instance supérieure qui soit capable d'assurer une supervision ou un mentorat et de supporter activement l'obtention des postes de formation postgraduée. Il faut mettre sur pied des évaluations au poste de travail et des programmes d'enseignement spécifiques pour que les sites de formation hors de la médecine interne soient en mesure de dispenser une formation postgraduée adaptée aux besoins particuliers des généralistes; en Suisse, ce travail n'est encore qu'en cours d'élaboration [2].

## Sondage réalisé en Suisse auprès des médecins assistants

Une enquête a été menée récemment en Suisse auprès de 535 assistants en médecine interne ou en chirurgie pour évaluer l'influence du vécu de la période de formation postgraduée sur la décision de se tourner ou non vers la médecine de premier recours. Environ la moitié des personnes interrogées ont indiqué avoir pris leur décision pendant la phase de formation postgraduée [9], et 85% auraient souhaité que les catalogues d'objectifs de formation soient plus détaillés. Seules 20% des personnes interrogées avaient reçu une checklist énumérant les points forts spécifiques de la formation en médecine de premier recours, et à peine 24% ont eu l'opportunité de s'entretenir au moins une fois avec un supérieur au sujet des objectifs de formation. Moins de la moitié était affiliée à un modèle d'assistantat au cabinet médical. La suggestion la plus fréquemment citée pour améliorer les futurs programmes de formation postgraduée était d'élargir l'offre des cursus de médecine de famille organisés et structurés de façon centrale.

## Discussion

Des études menées par le passé font état d'une baisse de motivation des jeunes médecins à s'engager dans une carrière de médecin de famille [10]. Buddeberg-Fischer et al. [11] ont montré que ce

phénomène est dû en partie au décalage de considération et de salaire des généralistes par rapport aux spécialistes. Des observations similaires ont été faites dans d'autres pays. Par exemple, des études aux États Unis ont montré que la proportion d'étudiants en médecine qui optent pour une discipline particulière augmente de 1% si les attentes de revenu dans cette discipline augmentent de 1% [12, 13]. Dans une autre étude, Buddeberg-Fischer et al. avaient

**Le système suisse n'exploite pas suffisamment le potentiel offert par la fixation d'objectifs de formation et par l'élaboration d'un programme d'enseignement spécifique à la médecine de premier recours.**

cependant déjà relevé que les motivations financières ne sont pas les seuls déterminants et que l'attrait de la médecine de famille dépend également des cursus de formation postgraduée [14].

La considération et l'attrait d'une profession dépendent non seulement du niveau de rétribution mais aussi de l'image qu'en donnent ses représentants. Les jeunes sont sensibles au soin accordé à la promotion de la relève au sein d'une profession. A cet égard, le nouveau cursus de médecine interne générale a encore besoin d'être amélioré. Un coup d'œil sur nos voisins

européens montre à quel point la mise en pratique des directives de l'UE concernant la reconnaissance des titres au-delà des frontières nationales peut différer d'un pays à l'autre; en comparaison avec les Etats voisins, le système suisse n'exploite pas suffisamment le potentiel offert par la fixation d'objectifs de formation et par l'élaboration d'un programme d'enseignement spécifique à la médecine de premier recours.

## Conclusions

L'approche consistant à organiser la formation postgraduée de façon plus structurée et centralisée semble répondre à un besoin concret et immédiat de la relève concernée, et il faut donc continuer sur cette voie [9]. A cet effet, nous devons doter le cursus de médecine de famille d'objectifs de formation clairement définis et basés sur la pratique, ainsi que d'un curriculum de rotations comprenant une composante hospitalière adaptée à l'activité ultérieure au cabinet médical et une composante d'assistantat en cabinet médical. Ces deux composantes doivent être associées à une évaluation concomitante.

Il peut valoir la peine de nous inspirer des expériences faites dans d'autres pays européens pour éviter la répétition d'erreurs déjà commises.

## Références

- 1 Das europäische Parlament und der Rat der europäischen Union. Richtlinie 2005/36/EG des europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:DE:PDF> 2005; Download 11.11.2011.
- 2 Bauer W., Hänggeli C. Eine neue Epoche: das Weiterbildungsprogramm Allgemeine Innere Medizin. *Schweiz Ärztezeitung*. 2010;91(49):1929–32.
- 3 WONCA Europe Working Group for New and Future General Practitioners: The Vasco da Gama Movement [http://www.vdgmeu/indexcfm/spKey/exchange/participating\\_countries.html](http://www.vdgmeu/indexcfm/spKey/exchange/participating_countries.html) 2011; Download 23.11.2011.
- 4 Harris M. Das englische Hausarzt-Weiterbildungsprogramm – Lehren für die Schweiz. *PrimaryCare*. 2010;10(13):249–50.
- 5 Maagaard R. Vocational training. EURACT presentation May 2011 2011; <http://www.euract.eu/resources/education-a-training-presentations/>

## Les médecins de premier recours d'Europe s'accordent à dire qu'il y a du retard à combler

A l'occasion de la session de novembre 2011, l'European Academy of Teachers in General Practice / Family Medicine (EURACT) a publié un communiqué sur la situation actuelle de la médecine de premier recours en Europe. Sur le plan de la formation, le conseil de l'EURACT s'inquiète du fait que certains Etats membres font preuve de négligence dans la sélection des enseignants et des étudiants/assistants en formation postgraduée et dans la mise en œuvre des cursus de médecine générale/de famille, et il en appelle aux institutions d'Etat et à tous les partis prenants pour qu'ils améliorent cette structuration [15]. Depuis mars 2010, un groupe de travail allemand placé sous la coordination du «Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg» s'est attelé à l'élaboration d'un cursus de médecine générale. Ce groupe de travail est composé de médecins en formation postgraduée, de personnes autorisées à dispenser la formation postgraduée et de collaborateurs scientifiques venus de 11 länder allemands [16].

[finish/18-education-a-training-presentations/108-vocational-training-dr-roar-maagaard](http://www.euract.eu/resources/education-a-training-presentations/108-vocational-training-dr-roar-maagaard)

- 6 National Audit Office: NHS Pay Modernisation: New Contracts for General Practice Services in England. . Report by the comptroller and auditor general HC 307 Session 2007–2008; 28 February 2008. [www.nao.org.uk](http://www.nao.org.uk), Download 29.11.2011.
- 7 Sammut MR, Lindh M, Rindlisbacher B. Funding of vocational training programmes for general practice/family medicine in Europe. *Eur J Gen Pract*. 2008;14:83–8.
- 8 Marty F, Zemp N. Titelverleihungen Fachärztin/Facharzt FMH für Allgemeinmedizin 2009. *PrimaryCare* 2010;10(8):149–50.
- 9 Badertscher N, Schöni M, Berger L, Zoller M, Rosemann T. Weiterbildung von angehenden Hausärzten an stationären Weiterbildungsstellen: Sicht der Assistenzärzte [Vocational Training of Future GPs in Swiss Hospitals: the View of Assistant Physicians]. *Schweiz Rundschau Med Prax*. 2011;100:349–55.
- 10 Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Stamm M, et al. Primary care in Switzerland -- no longer attractive for young physicians? *Swiss Med Wkly*. 2006;136:416–24.
- 11 Buddeberg-Fischer B, Dietz C, Klaghofer R, Buddeberg C. Swiss residents' arguments for and against a career in medicine. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:98.
- 12 Hurlley JE. Physicians' Choices of Specialty, Location, and Mode: A Reexamination within an Interdependent Decision Framework. *The Journal of Human Resources*. 1991;26:47–71.
- 13 Nicholson S. Physician Specialty Choice Under Uncertainty. *Physician Specialty Choice Under Uncertainty* 2002;20:816–47.
- 14 Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Marty F. Attraktivitätssteigerung der Hausarztmedizin – Ansichten und Vorschläge von praktizierenden Hausärzten. *PrimaryCare* 2007;7(42):639–41.
- 15 Kersnik J. on behalf of EURAC: Public statement of EURACT Council Meeting: General Practice/ Family Medicine can deliver real solutions in stressed healthcare systems, throughout Europe. University of The Algarve November 10–12, 2011 *PrimaryCare*. 2012;12(4):69
- 16 Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg: Kompetenz-basiertes Curriculum Allgemeinmedizin. <http://www.kompetenzzentrum-allgemeinmedizin.de/public/curriculum.shtml>

## Correspondance:

Dr. med. Sima Djalali  
Institut für Hausarztmedizin  
Universität Zürich  
Pestalozzistrasse 24  
CH-8091 Zürich  
[sima.djalali\[at\]usz.ch](mailto:sima.djalali[at]usz.ch)