

20.02.2024

La sécurité des patients dans la formation médicale postgraduée et continue

Table des matières

Catalogue de compétences - réflexions de fond	4
1. Quel est le niveau de sécurité chez nous? How safe are we?	6
2. Comment éviter les dommages? How to prevent harm?	7
2.1 Comment éviter les dommages - au niveau organisationnel ?	7
2.2 Comment éviter les dommages - au niveau individuel ?	8
2.3 Comment éviter les dommages - en équipe et en interaction ?	9
3. Que faire en cas de dommage ? How to handle harm?	10
4. Comment apprendre des incidents? How to learn from events?	11

Avant-propos

L'ISFM s'attelle au développement d'une stratégie pour la mise en œuvre de ce qui est appelé les « objectifs généraux de formation ». Suite à un mandat général concluant que la sécurité des patients est un thème prioritaire de la formation médicale postgraduée et continue, nous avons pu nous assurer le concours de trois excellents experts de la sécurité des patients, qui ont rédigé le présent document. Rappelons que l'ISFM et la FMH se sont penchés ensemble sur le sujet. Pour l'ISFM, la sécurité des patients est une question centrale de la formation prégraduée, postgraduée et continue. Pour la FMH, la sécurité des patients occupe une place centrale dans le travail de tous les médecins. Le présent document n'est cependant pas voué à disparaître dans un tiroir. Nous nous engagerons à ce que les propositions et les conclusions de ces travaux trouvent leur place dans les cabinets médicaux et soient mises en œuvre au quotidien.

Dre Monika Brodmann Maeder, p.-d. et MME

Présidente de l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM)

La sécurité des patients est un point capital pour la FMH, c'est pourquoi elle soutient également le pôle de recherche sur la sécurité des patients de l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Berne, encourageant ainsi une recherche indépendante sur ce sujet. Conjointement avec l'ISFM, la FMH entend s'engager pour que les gestes qui ont un sens dans un contexte concret soient appliqués par les médecins. Le présent catalogue de compétences constitue une des étapes nécessaires dans ce sens afin de créer le cadre permettant aux médecins en formation postgraduée d'acquérir les qualifications pour aborder les questions fondamentales de la sécurité des patients. Je remercie Sven Staender, David Schwappach et Wolf Hautz pour leur précieux travail et me réjouis des prochaines étapes !

Dr Christoph Bosshard

Vice-président de la Fédération des médecins suisses (FMH)

Membres du groupe de travail

- Dr Christoph Bosshard, vice-président de la FMH
- Dre Monika Brodmann Maeder, p.-d. et MME, présidente de l'ISFM
- Esther Kraft, cheffe de la division Développement numérique, données et qualité, FMH
- Prof. Giatgen Spinaz, vice-président de l'ISFM

Auteurs

- Prof. Wolf Hautz, Dr méd. et MME, clinique universitaire de médecine d'urgence, Hôpital de l'Île, Hôpital universitaire de Berne, Université de Berne
- Prof. David Schwappach, Institut de médecine sociale et préventive (ISPM) de l'Université de Berne
- Dr Sven Staender, p.-d., membre du centre de compétences Médecine - Éthique - Droit - Helvetiae (MERH), Université de Zurich

Catalogue de compétences - réflexions de fond

Wolf Hautz, David Schwappach, Sven Staender

Réflexions de fond concernant le catalogue de compétences

Les termes de « faute » et d'« erreur » ne sont pas employés dans le présent catalogue des compétences qui préfère systématiquement la notion de dommages à éviter pour les patientes et patients¹. Les fautes ou erreurs sont généralement attribuées à des personnes et sont marquées d'une connotation négative. Or, commettre des erreurs fait partie du processus d'apprentissage, en particulier pendant la formation prégraduée et postgraduée. Par conséquent, si l'objectif d'une « prise en charge médicale sûre » doit consister à garantir que les erreurs ne conduisent pas à des dommages sur la santé, il doit encore davantage veiller à les prévenir et à réduire leur impact.

Le catalogue de compétences tient également compte du fait que la sécurité est plus que l'absence de dommages. Pour garantir la sécurité de la prise en charge médicale, il est par exemple important d'identifier les risques avant qu'ils ne provoquent des dommages. La capacité d'adaptation et la résilience d'une institution de santé et de son personnel font également partie d'une « prise en charge sûre » et sont donc aussi prises en compte dans le présent catalogue.

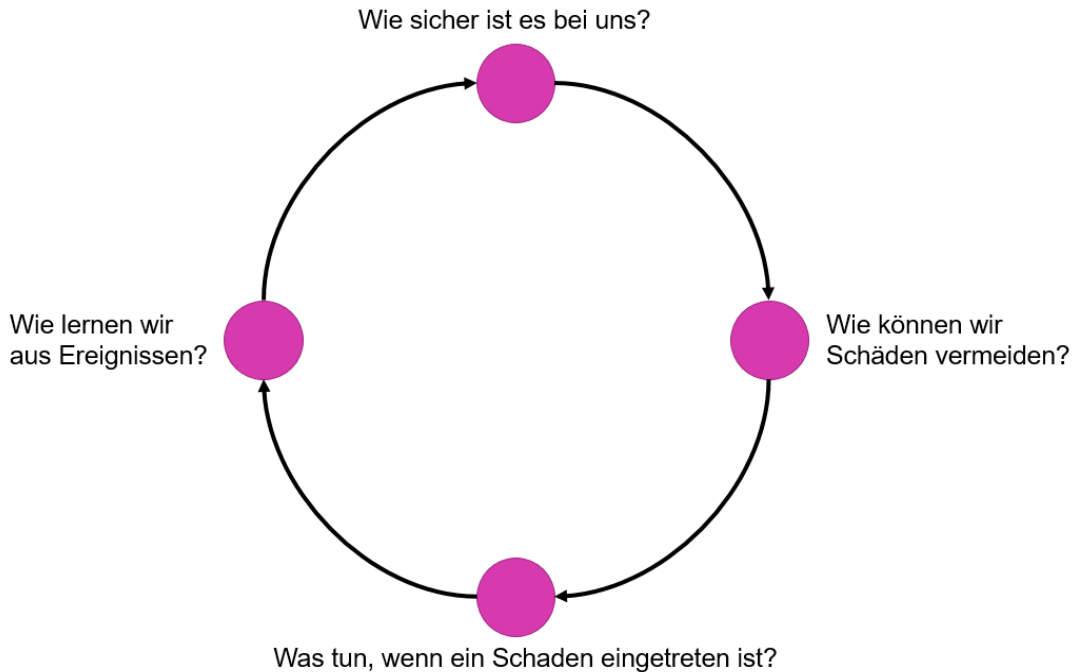
Le catalogue traite en premier lieu des compétences concernant les médecins, puisqu'elles constituent l'objectif de la formation pré- et postgraduée. Il n'en reste pas moins que la sécurité de la prise en charge des patientes et des patients dépend aussi des caractéristiques du système dans lequel ces médecins agissent. Une mesure de protection est efficace avant tout quand son efficacité se vérifie quelle que soit la personne qui agit. Concevoir un système sûr au sein d'une organisation ne peut pas être substitué par le seul renforcement des compétences individuelles. En revanche, l'évolution positive d'un système (dans son ensemble) est favorisée par un nombre croissant de médecins disposant de solides compétences en matière de sécurité des patients.

L'objectif du présent document consiste à créer le cadre permettant aux médecins en formation postgraduée d'acquérir les qualifications pour aborder les questions fondamentales de la sécurité des patients. Il s'adresse aussi bien aux responsables de la formation postgraduée qu'aux médecins en formation.

Nous avons veillé à formuler ce cadre en restant le plus proche possible de la pratique, sans trop limiter la possibilité de l'adapter en fonction d'une discipline. Il est très important que les sociétés de discipline médicale adaptent les compétences formulées ci-après aux aspects concrets de leur domaine de spécialisation. Pour soutenir cette démarche, nous avons donné quelques exemples concrets.

¹ Renvoi aux définitions reconnues des erreurs, des événements indésirables et des événements indésirables évitables : Schwappach, D: Patientensicherheit, dans : Lehrbuch Public Health Kompakt. Egger, Razum, Rieder (éd.), De Gruyter 2021.

Les compétences formulées ci-après se basent sur quatre questions directrices (fig. 1). À la fin de sa formation postgraduée, chaque médecin devrait être en mesure de proposer des réponses à ces questions pour sa discipline et pour sa propre activité. De notre point de vue, il n'existe pas de réponses justes et universelles à ces questions, mais plutôt des compétences nécessaires pour pouvoir y apporter des réponses opérationnelles. Ce sont ces compétences que nous abordons ci-après.



Quel est le niveau de sécurité chez nous?
Comment éviter les dommages?
Que faire en cas de dommage?
Comment apprendre des incidents?

Figure 1 : Questions directrices sur la sécurité des patients

1. Quel est le niveau de sécurité chez nous? How safe are we?

Compétence 1.1 :

Les médecins en formation appliquent de manière objective les méthodes leur permettant d'évaluer raisonnablement la sécurité de la prise en charge des patientes et des patients dans leur discipline. Cela inclut à la fois les méthodes pour répertorier le résultat clinique réel des patients et celles pour mesurer le niveau de sécurité actuel.

Exemples de mise en pratique pour les sociétés de discipline médicale :

Les méthodes appropriées peuvent être les suivantes :

- Utilisation de registres tels que le registre des AVC, des traumatismes ou de la réanimation
- Interprétation des rapports de référence (benchmark) des registres
- Traitement systématique des cas de responsabilité civile
- Saisie et évaluation systématiques des douleurs
- Utilisation d'indicateurs issus de données de routine (p. ex. statistiques médicales ou fichier journal du système informatique)
- Utilisation de données de routine nationales (par ex. indicateurs de qualité de l'ANQ ou de l'OFSP, etc.)
- Observations de la pratique, p. ex. mise en œuvre de mesures relevant de la sécurité
- Interprétation des enquêtes sur le climat de sécurité

2. Comment éviter les dommages? How to prevent harm?

2.1 Comment éviter les dommages - au niveau organisationnel ?

Compétence 2.1.1 :

Les médecins en formation sont en mesure d'organiser leur espace de travail et les processus qui en découlent de manière à leur permettre de pratiquer en toute sécurité.

Exemples de mise en pratique pour les sociétés de discipline médicale :

Les méthodes appropriées peuvent être les suivantes :

- Application des principes de base de *l'ergonomie du poste de travail*
- Préparation du lieu de travail en utilisant par exemple des listes de contrôle pour s'assurer de la *présence de tout* le matériel et l'équipement critiques
- Application de recommandations pour identifier sans équivoque les patients, les échantillons et le matériel (diagnostic) et pour éviter d'intervertir une opération ou le site de l'opération
- Utilisation de systèmes de médication électroniques (remise de médicaments, scannage de codes-barres et distribution de doses unitaires)
- Prise en compte des directives sur l'utilisation adéquate des mesures d'hygiène et des principes de *l'Antibiotic Stewardship*
- Prise en compte des facteurs psychiques, cognitifs et sociaux (facteurs humains) lors de l'élaboration de procédures et de processus standard

Compétence 2.1.2 :

Les médecins en formation connaissent les mesures visant à promouvoir la sécurité des patients dans leur discipline et s'engagent à les mettre en place durablement dans leur espace de travail.

Exemples de mise en pratique pour les sociétés de discipline médicale :

Les méthodes appropriées peuvent être les suivantes :

- Plan de médication, analyses de la médication et contrôles des interactions, en particulier chez les patients avec polypharmacie
- Dé-prescription
- Mesures de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins
- Mise en œuvre de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale de l'OMS (« *Safe-Surgery-Checklist* »)
- Diagnostic quality toolkit de la Society to improve Diagnosis in Medicine (SIDM) : <https://www.improvediagnosis.org/toolkits/>

2.2 Comment éviter les dommages - au niveau individuel ?

Compétence 2.2.1 :

Les médecins en formation appliquent des méthodes efficaces pour se prémunir aussi bien en situation aiguë qu'à long terme contre les surcharges professionnelles et ils ont recours à des stratégies leur permettant d'optimiser et de prendre soin de leurs propres ressources.

Exemples de mise en pratique pour les sociétés de discipline médicale :

Les méthodes appropriées peuvent être les suivantes :

- Utilisation de recommandations pour un mode de vie sain et adéquat en milieu professionnel
- Adaptation et mise en œuvre de recommandations internationales sur le thème de la *fatigue*, par exemple de l'European Patient Safety Foundation : <https://www.eupsf.org/fightfatigue>
- Diffusion et mise en œuvre de concepts internationaux de « *bien-être au travail* », comme ceux de l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) : <https://caep.ca/caep-emergency-medicine-wellness/wellness-resources/>

Compétence 2.2.2 :

Les médecins en formation utilisent les outils électroniques d'aide à la décision de manière efficace et adaptée à la situation, connaissent les risques du dossier médical informatisé et des systèmes de prescription électroniques et les utilisent en veillant à minimiser ces risques.

Exemples de mise en pratique pour les sociétés de discipline médicale :

Comportements appropriés possibles :

- Utilisation réfléchie d'outils d'aide à la décision validés et pertinents dans la discipline concernée
- Utilisation d'e-triggers pour identifier les situations diagnostiques à risque : <https://psnet.ahrq.gov/primer/triggers-and-trigger-tools>

Compétence 2.2.3 :

Les médecins en formation analysent leurs décisions et processus de décision.

Exemples de mise en pratique pour les sociétés de discipline médicale :

Réflexions appropriées possibles :

- Application de la « réflexion délibérée » pour les cas présentant un défi diagnostique
- Utilisation structurée de la collaboration collégiale lors de la pose du diagnostic et de la prise de décision
- Application de processus structurés pour les retours et le suivi
- Mise en place de tumorboards
- Connaissance des heuristiques (raccourcis cognitifs) les plus courantes du processus de décision

2.3 Comment éviter les dommages - en équipe et en interaction ?

Compétence 2.3.1 :

Les médecins en formation communiquent de manière adéquate avec les patients et leurs proches sur les risques liés au diagnostic et au traitement médical et les aident à prendre des décisions en connaissance de cause.

Exemples de mise en pratique pour les sociétés de discipline médicale :

Activités envisageables pour une communication appropriée :

- Programmes de formation à la communication
- Mise en œuvre des recommandations sur la communication des risques, par ex. : <https://www.hardingcenter.de/de/transfer-und-nutzen/faktenboxen>

Compétence 2.3.2 :

Les médecins en formation utilisent des techniques de communication axées sur la sécurité leur permettant d'interagir en adoptant une communication transversale, ciblée, empathique et respectueuse.

Exemples de mise en pratique pour les sociétés de discipline médicale :

Activités envisageables pour une communication appropriée :

- Participation régulière à des programmes de formation à la communication, à des formations au feed-back et à des simulations en équipe
- Application des principes du Crew-Resource-Management
- Application et pratique des préceptes du « parler-écouter » et du feed-back constructif
- Utilisation d'outils pour un débriefing structuré (tels que I-PASS ou SBAR).

Compétence 2.3.3 :

Les médecins en formation adoptent un comportement exemplaire face aux jeunes collègues en matière de sécurité des patients.

Exemples de mise en pratique pour les sociétés de discipline médicale :

Méthodes appropriées possibles :

- Soutien par des programmes de formation à la communication et des simulations de situation à résoudre en équipe
- Développement des compétences de leadership par des formations et des cours appropriés
- Culture de sécurité psychologique

3. Que faire en cas de dommage ? How to handle harm?

Compétence 3.1 :

Après un incident grave lié à la sécurité des patients, les médecins en formation s'entretiennent de manière transparente et empathique avec la patiente ou le patient et ses proches, et communiquent de manière adaptée au sein de l'organisation.

Exemples de mise en pratique pour les sociétés de discipline médicale :

Soutien approprié possible :

- Création d'une politique de gestion des incidents graves

Exemples de formats d'enseignement et d'apprentissage appropriés:

- Cours de communication
- Adaptation et mise en œuvre de guides de pratique, p. ex. CANDOR Toolkit : <https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/candor/index.html>

Compétence 3.2 :

Les médecins en formation entretiennent des relations constructives et soutenantes avec leurs collègues qui doivent gérer un événement lié à la sécurité des patients et savent quand demander de l'aide lorsque c'est à eux de gérer un événement grave lié à la sécurité des patients.

Exemples de mise en pratique pour les sociétés de discipline médicale :

Soutien approprié possible :

- Adaptation et mise en œuvre des recommandations relatives à la question des « secondes victimes », par exemple la Publication n° 3 de Sécurité des patients Suisse : https://patientensicherheit.ch/wp/wp-content/uploads/2023/03/3_SR_3_Taeter_als_Opfer_F_160725_.pdf
- Soutien dans l'accès aux structures de soutien existantes, comme le réseau ReMed de la FMH : <https://remed.fmh.ch/>

4. Comment apprendre des incidents? How to learn from events?

Compétence 4.1 :

Les médecins en formation mènent régulièrement des échanges constructifs, collégiaux et interprofessionnels sur leurs connaissances et leurs évaluations concernant la sécurité de la prise en charge des patients sur leur lieu de travail.

Exemples de mise en pratique pour les sociétés de discipline médicale :

Formats appropriés possibles pour les échanges :

- Conférences sur la morbidité et la mortalité (conférences M&M)
- Réunions interprofessionnelles sur les rapports délivrés par un système CIRS (Critical Incident Reporting System) ou les plaintes reçues

Compétence 4.2 :

Les médecins en formation développent des idées sur la manière de mettre en œuvre des formats d'enseignement et de formation interprofessionnels, interdisciplinaires et interactifs visant à améliorer la sécurité des soins aux patients sur leur lieu de travail.

Exemples de mise en pratique pour les sociétés de discipline médicale :

Formats d'enseignement et de formation appropriés possibles :

- Simulations interdisciplinaires et interprofessionnelles in situ
- Offre régulière d'une « *room of horror / room of error* », éventuellement adaptée aux événements intramuros

Annexe 1 : Concept & méthodes du catalogue de compétences

Réalisé sur mandat de l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) et de la Fédération des médecins suisses (FMH), le présent catalogue de compétences a été développé selon une procédure en plusieurs étapes.

Pour ce faire, les auteurs ont suivi le processus dit de « *backward planning* » qui consiste dans un premier temps à identifier les problèmes concrets du point de vue des patients. À partir de là, ils ont dégagé les comportements (compétences) que les médecins doivent adopter pour les éviter, les minimiser ou les résoudre. Ces compétences exigent des connaissances, des capacités et des attitudes concrètes (KSA : *knowledge, skills & attitudes*), qui doivent être enseignées aux médecins selon des formations adéquates et pour lesquelles ils doivent passer un examen selon un format adapté. Alors que les compétences exposées dans le présent catalogue sont génériques, c'est-à-dire indépendantes de la discipline, les KSA requises et les formats d'enseignement et d'examen sont spécifiques à chaque discipline. C'est pourquoi les auteurs se sont réunis lors d'un atelier d'une demi-journée afin de déterminer la structure de base uniforme de la définition d'une compétence.

Compétence X :

Les médecins en formation [verbe] [comportement spécifique].

Exemples de mise en pratique pour les sociétés de discipline médicale :

[Exemples]

En ce qui concerne le contenu, une première étape a consisté en une recherche bibliographique pour identifier le cadre international relatif à la sécurité des patients. L'analyse de ce cadre a permis d'en déduire les questions directrices du présent document lors de l'atelier d'une demi-journée susmentionné.

Forts de leur expérience dans le domaine de la sécurité des patients, les auteurs ont formulé dans un deuxième temps les compétences essentielles à leurs yeux pour aborder les quatre questions directrices. Pour ce faire, ils ont travaillé sur un document collaboratif en ligne grâce auquel ils ont tous participé à la révision et à la spécification de toutes les compétences. L'objectif était de définir les compétences de manière à ce qu'elles

- a) soient largement pertinentes pour toutes les disciplines et tous les médecins en formation,
- b) puissent être enseignées par les personnes en charge de la formation et
- c) qu'elles abordent tous les domaines importants de la sécurité des patients sur la base des connaissances internationales actuelles.

En cas de conflit, les objectifs a) et b) avaient l'avantage sur c), c'est-à-dire que le lien avec la pratique et le destinataire a primé sur l'exhaustivité, afin que le nombre de compétences définies reste gérable.

La troisième étape a consisté à comparer tout ce qui a été identifié à l'étape 1 avec les compétences et les exemples élaborés, afin de s'assurer qu'aucune compétence importante n'avait été omise.

Une fois la structure du catalogue et les compétences acceptées par l'ISFM et la FMH, de nombreux exemples de réalisation concrète ont ensuite été définis par les sociétés de discipline médicale, puis les annexes au catalogue ont été rédigées dans le but de proposer une approche concrète et orientée aux sociétés de discipline médicale et aux responsables de la formation postgraduée. Celles-ci se trouvent ci-dessous.

Le présent catalogue de compétences a été mandaté par l'ISFM (Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue) et la FMH (Fédération des médecins suisses)

Annexe 2 : bibliographie complémentaire :

1. Wears RL, Sutcliffe KM. *Still Not Safe: Patient Safety and the Middle -Managing of American Medicine*. Oxford University Press; 2020.
2. AHRQ's Patient Safety Network (PSNet). Accessed February 28, 2024. <https://psnet.ahrq.gov/>
3. Plan d'action mondial pour la sécurité des patients 2021-2030. Accessed February 28, 2024. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
4. Ministère de la Santé allemand, ed. *Globaler Aktionsplan für Patientensicherheit 2021-2030*.
5. Häslér L, Schwappach DD. *Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen*. Published online 2019.
6. Vincent C, Burnett S, Carthey J. *The Measurement and Monitoring of Safety: Drawing Together Academic Evidence and Practical Experience to Produce a Framework for Safety Measurement and Monitoring*. The Health Foundation; 2013.
7. Gigerenzer G. *Das Einmaleins der Skepsis: über den richtigen Umgang mit Zahlen und Risiken*. 4. Auflage. Piper; 2022.
8. St.Pierre M, Hofinger G. *Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin*. Springer Berlin Heidelberg; 2014. doi:10.1007/978-3-642-55420-9
9. Gupta K, Wachter RM, eds. *Understanding Patient Safety, 3e*. 3rd ed. McGraw-Hill Education LLC.; 2018.
10. Aleff M, Barisch M, Belliger A, Beus P de, Blumenberg P, Bornes G. *Risiko- und Sicherheitskultur im Gesundheitswesen*. (Hecker RT, ed.). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2022.
11. Gausmann P, Henninger M, Koppenberg J, eds. *Patientensicherheitsmanagement. 2., überarbeitete und ergänzte Auflage*. De Gruyter; 2021.