

Le chef de clinique, la cheffe de clinique

Un personnage clé de l'hôpital qui doit être renforcé

Quelle est l'importance d'un chef ou d'une cheffe de clinique pour la clinique? Quelles compétences sont nécessaires pour gérer les tâches qui incombent au chef ou à la cheffe de clinique? Quels sont les défis de son activité d'aujourd'hui et de demain? L'objectif de cet article est de mettre en lumière l'importance du chef ou de la cheffe de clinique pour un hôpital et pour la relève médicale.

Dr méd. Martin Perrig^a, Prof. Dr méd. Stefan Breitenstein^b, Dr méd. Christine Roten^a

^a Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin (KAIM), Inselspital Bern, Bern; ^b Klinik für Viszeral- und Thoraxchirurgie, Kantonsspital Winterthur, Winterthur

L'importance du chef de clinique ou de la cheffe de clinique

Les chefs et cheffes de clinique assurent une qualité médicale élevée des soins prodigués aux patient-es, et jouent un rôle clé dans chaque clinique: ils sont l'interface entre le ou la médecin cadre (médecin adjoint-e, médecin-chef-fe, chef-fe de département), les médecins assistant-es, les étudiant-es et l'équipe non médicale dans la prise en charge des patient-es (fig. 1), et assurent le flux d'information entre ceux-ci dans la prise en charge des groupes de personnes impliqués. Indépendamment de la discipline, ils assument la responsabilité médicale d'un domaine clinique spécifique (unité hospitalière, policlinique, service des urgences, service de soins intensifs, etc.) et supervisent le travail clinique de l'équipe médicale. Ils assurent ainsi une grande partie de la formation initiale et postgraduada clinique de la relève médicale. En fonction de la discipline et de la clinique, ils exercent en outre une activité clinique indépendante (réalisation d'opérations, consultations, etc.).

Par leur position et leurs activités, les chefs et cheffes de clinique assurent également des tâches de gestion et de planification, par exemple la coordination du flux de patient-es entre le service des urgences et l'unité hospitalière, le planning des médecins ou l'assurance qualité (hygiène hospitalière, événements critiques).

Dans les cliniques universitaires, en particulier, les chefs et cheffes de clinique prennent part à des projets de recherche, contribuant

ainsi grandement au développement de leur discipline et incarnant la relève académique.

En Suisse, il existe différentes désignations pour les personnes dans cette position: chef et cheffe de clinique adjoint-e, «Oberarzt» et «Oberärztin» ou «Capo clinica». Dans la sphère anglophone, on parle de «Attending», «Attending Physician» ou «Chief Resident» [1, 2].

Les chefs et cheffes de clinique se trouvent dans une zone de tension entre soins médicaux, tâches internes à la clinique, enseignement et formation postgraduada personnelle (par ex. acquisition du titre de médecin-spécialiste, titre de

formation approfondie, certificats de capacité, etc.). Les nombreuses facettes de leurs tâches rendent leur fonction très diversifiée et attrayante, mais elles sont très exigeantes et demandent beaucoup de flexibilité. Les différents aspects offrent un travail à l'hôpital palpitant et enrichissant. La collaboration avec différents groupes de personnes et de professionnels (patients-es, étudiant-es, médecins assistant-es, direction de la clinique et des soins, etc.) et la possibilité d'agir et d'exercer une influence à différents niveaux peuvent conduire à une grande satisfaction.

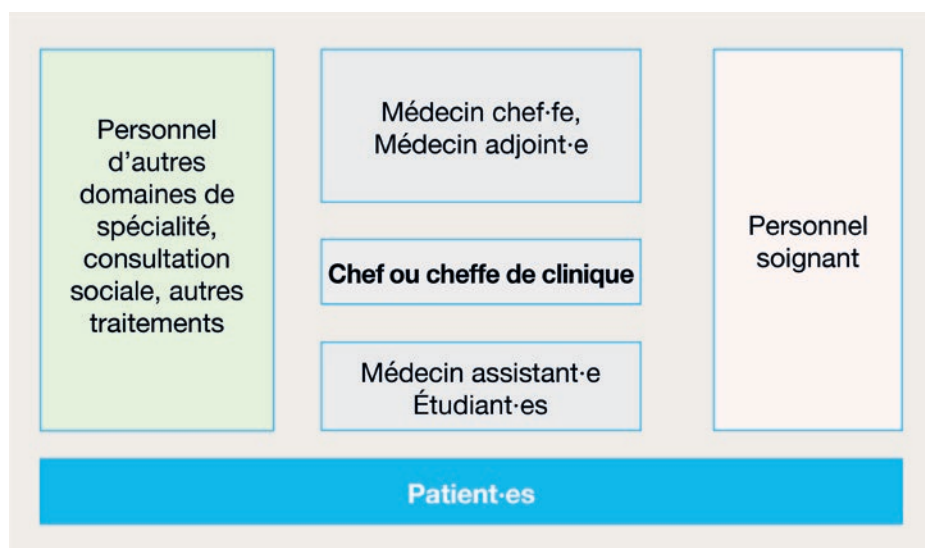


Figure 1: Position du chef ou de la cheffe de clinique à l'hôpital.

Passer chef ou cheffe de clinique: un défi de taille

La transition de médecin assistant-e à chef ou cheffe de clinique est souvent perçue comme très difficile et éprouvante, et comporte le risque de tomber dans une situation de surmenage chronique. Combiné à un manque de soutien, cela peut conduire à un burnout [1, 2]. Le changement de fonction est souvent abrupt, et la préparation est insuffisante voire inexistante. Ce sont en particulier les tâches non cliniques qui sont exigeantes [3]: le passage d'une fonction d'assistant-e supervisé-e à une position de chef ou cheffe de clinique ayant ses propres responsabilités est vécu comme une étape majeure.

Afin d'atteindre une meilleure préparation à la fonction de chef ou cheffe de clinique, il est essentiel de définir les tâches et compétences correspondantes qui sont pertinentes et vécues comme difficiles, et d'évaluer s'il est possible de mieux acquérir ces dernières au cours de la formation postgraduée de médecin spécialiste ou dans le cadre d'un programme spécifique («Faculty Development»).

Dans le cadre d'une étude multicentrique menée dans des cliniques de médecine interne en Suisse, des entretiens avec des médecins assistant-es, des chefs et cheffes de clinique et des médecins-chef-fes, les sujets suivants ont été définis comme particulièrement éprouvants [4]: 1. la prise du rôle de «chef-fe d'équipe», 2. l'équilibre entre assurance de la sécurité pour les patient-es et création d'un environnement d'apprentissage pour les médecins assistant-es, et 3. la prise de la responsabilité de la gestion des cas médicaux et 4. la prise de décision dans les situations médicales non claires des patient-es.

Afin de pouvoir relever ces défis, les chefs et cheffes de clinique ont besoin de compétences en matière de direction d'une équipe, de communication et d'enseignement, en plus d'une expertise médicale approfondie dans leur discipline. Des connaissances concernant l'organisation et le financement du système de santé et l'assurance qualité sont indispensables pour une gestion responsable des ressources médicales. Un «réseau» personnel constitué de collègues expérimentés au sein de la clinique et de l'hôpital apporte une sécurité supplémentaire en cas de problématiques nouvelles et floues.

Compétences de base: quelles sont-elles?

Une expérience solide et vaste dans sa propre discipline est une condition préalable pour la supervision clinique et l'accompagnement direct des patient-es (consultations spéciales,

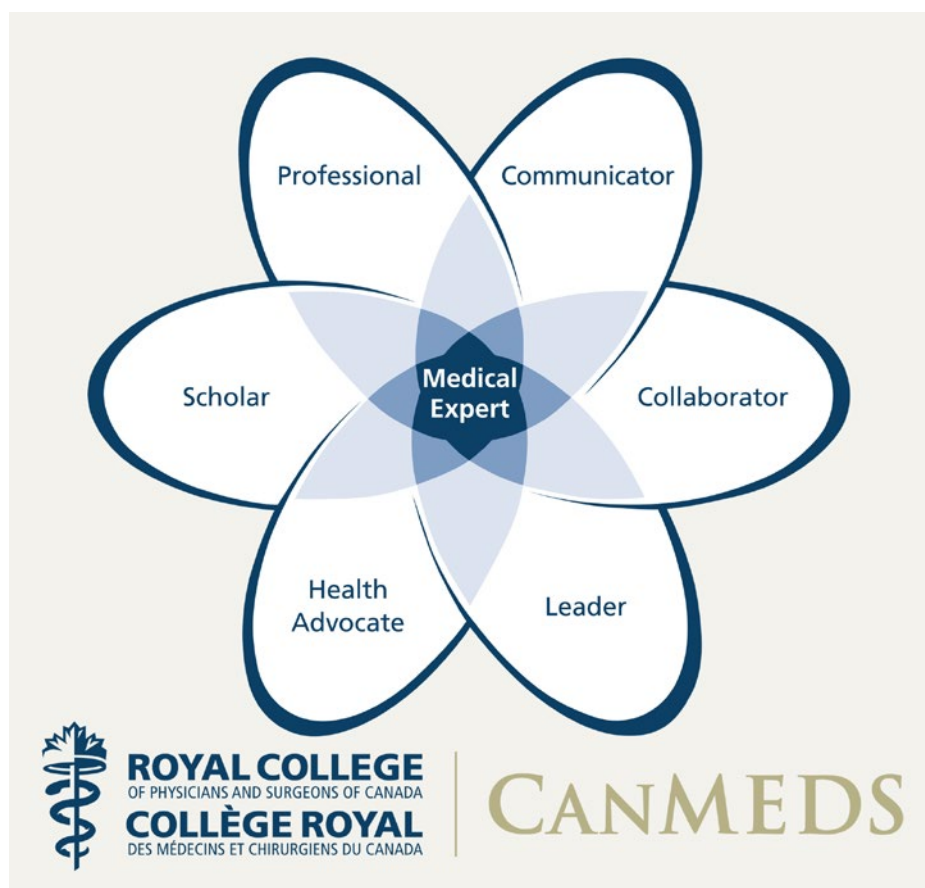


Figure 2: Rôles CanMEDS (www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e).

interventions chirurgicales, etc.). Les connaissances spécifiques et les aptitudes cliniques nécessaires sont définies par les sociétés de discipline médicale dans le contenu des programmes de formation postgraduée. Après justification des années de formation postgraduée requises, passage des examens et des cours nécessaires, et remplissage des évaluations basées sur le poste de travail, l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) décerne le titre de médecin spécialiste correspondant [5]. Celui-ci constitue le fondement pour la mise en application indépendante des connaissances spécifiques et des aptitudes dans le quotidien clinique.

La maturité purement clinique du médecin spécialiste basée sur les seules connaissances et aptitudes n'est pas suffisante pour assumer la responsabilité de la prise en charge des patient-es et des autres personnes impliquées. Une multitude de compétences personnelles supplémentaires en lien avec les collaborateurs et pour les diriger sont nécessaires afin d'assurer avec succès la fonction de chef ou cheffe de clinique. Ces compétences centrales sont décrites dans les «Objectifs de formation généraux» de l'ISFM [6] et se basent sur les rôles de «l'expert médical» [7] (fig. 2):

Ils comprennent notamment la sécurité dans la communication («communicator»), la routine

dans la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire en équipe («collaborator»), une approche scientifique des problématiques cliniques en matière de diagnostic et de traitement, et la transmission de connaissances et de compétences aux jeunes collègues non expérimentés («scholar»), ainsi qu'une attitude professionnelle dans le quotidien clinique («professional»).

Des compétences spécifiques requises

Direction d'équipe, leadership et communication

Diriger une équipe médicale signifie assumer la responsabilité des activités et de la formation postgraduée des médecins assistant-es et des étudiant-es. Il appartient à la fonction dirigeante de toujours garder une vue d'ensemble sur le département, et notamment de la situation de chaque patient-e ou des ressources existantes (mise à l'épreuve des médecins, admissions et sorties de patient-es, lits libres, capacités du personnel soignant, etc.). L'adoption de cette perspective de premier plan demande de l'exercice et elle est initialement difficile. Au début, les nouveaux chefs de cliniques et nouvelles cheffes de clinique alternent souvent entre le rôle de médecin assistant-e et le rôle de chef-fe de clinique [4]. Cela crée un risque de

malentendus et des responsabilités floues quant aux tâches concrètes au sein de l'équipe, ainsi que des inhibitions quant à la reprise d'un leadership dans les situations de conflit.

Afin d'assurer le flux d'informations, des structures journalières bien définies (rapports, entretiens concernant les patient-es, etc.) et une communication claire sont des éléments utiles [6]. Par exemple, les formulations à la première personne peuvent souligner l'importance d'une information. Une attitude positive et stimulante aide à la réalisation des tâches par ordre de priorité. Avec des ressources disponibles de plus en plus limitées, l'importance de la fonction directrice du chef ou de la cheffe de clinique augmente car la prise en charge des patient-es est plus efficace et de meilleure qualité lorsque l'équipe est dirigée clairement. Un leadership clinique réussi est associé à de bonnes issues cliniques [8, 9]. Cet effet a été mis en évidence de façon concrète dans les situations d'urgence lors desquelles une «hands-off approach» du chef ou de la cheffe d'équipe est indispensable [10, 11].

Compétences pédagogiques

Avec la supervision médicale, l'enseignement est une des principales missions des chefs et cheffes de clinique. Ceux-ci sont directement responsables de la formation initiale et postgraduée clinique et contribuent activement au succès de la clinique en tant qu'établissement de formation postgraduée. Ainsi, ils apportent une contribution essentielle pour l'assurance d'une relève bien formée et garantissent également des candidatures de grande qualité des médecins assistant-es pour la clinique. L'enseignement dispensé par les chefs et cheffes de clinique a généralement lieu sans acquisition d'aptitudes et de connaissances spécifiques à un enseignement efficace. Il existe des méthodes d'enseignement faciles à acquérir et qui, avec un peu d'exercice, s'intègrent bien dans le quotidien clinique [12–15]: on compte notamment le «clinical reasoning», l'utilisation des bonnes techniques de questionnement afin d'exploiter et élargir les connaissances théoriques au quotidien, l'instruction et la supervision ciblées d'interventions pour les spécialistes en médecine intensive, et les discussions systématiques des cas. Les retours directs et concrets aux médecins assistant-es à propos de leur performance et la discussion d'autres objectifs d'apprentissage par un feedback systématique, constructif, et donné sans délai constituent un autre élément central pour le succès de l'apprentissage [16–18].

L'introduction d'EPA («entrustable professional activities») renforce l'importance de l'interaction directe (en particulier sous forme de feedback) avec les médecins en formation

postgraduée. Les EPA permettent d'évaluer le niveau d'autonomie atteint pour une activité de médecin spécialiste. Cela doit permettre aux médecins assistant-es de bénéficier d'une prise de responsabilités progressive en formation postgraduée, adaptée au niveau. Pour une mise en œuvre réussie du concept d'EPA, il faut des chefs et cheffes de clinique qui soient formés et exercés à l'évaluation différenciée des activités cliniques.

Connaissances en matière d'assurance qualité et de financement du système de santé

Pression des coûts, problèmes de financement et manque de personnel dans le domaine de la santé ont des répercussions sensibles sur l'organisation des hôpitaux et les processus patient dans les départements (séjours plus courts, ambulatoire plutôt que stationnaire, etc.). Cela influe sur les domaines de compétence et de responsabilité des chefs et cheffes de clinique et nécessite une adaptation flexible des processus. Dans ce contexte souvent tendu, assurer de bons soins médicaux est un défi de taille. C'est pourquoi il est très important que les chefs et cheffes de clinique sachent quels instruments utiliser pour mesurer et assurer la qualité médicale (par ex. «Critical Incident Reporting System» [CIRS], revues de morbidité et de mortalité [RMM]) [19]. Des connaissances de base sur le financement du système de santé (organismes payeurs; assurances, «Diagnosis Related Groups» [DRG] etc.), l'organisation et la gestion de l'hôpital aident les chefs et cheffes de clinique à évaluer et bien classer ces altérations et leurs répercussions sur la prise en charge des patient-es [20, 21].

Préparation aux futures activités du chef de clinique et de la cheffe de clinique

Les sociétés de médecins spécialistes, l'ISFM et les hôpitaux devraient mieux préparer les futurs chefs et cheffes de clinique à leurs tâches, de façon plus ciblée, et y mettre les ressources nécessaires. Outre l'assurance d'une vaste formation postgraduée clinique de médecin spécialiste, on compte également les formations supplémentaires pour les compétences décrites ci-dessus.

Actuellement, des programmes de développement des facultés voient le jour dans différentes cliniques et permettent d'acquérir des compétences supplémentaires en communication, leadership, enseignement ou assurance qualité. L'ISFM élargit sans cesse son offre de cours «teach-the-teachers» traitants des thématiques du leadership et de l'enseignement [22].

L'introduction des EPA permet un transfert plus équilibré d'autonomie et de compétences

aux médecins assistant-es, ce qui les prépare de façon plus ciblée aux responsabilités qu'ils auront dans leur future fonction.

L'accompagnement personnel par un ou une collègue ayant plus d'expérience peut être très précieux pour les nouveaux chefs et cheffes de clinique en cas d'incertitudes, en particulier pour les nouvelles tâches exigeantes comme l'évaluation et la prise en charge des patient-es à la situation floue, la gestion des collaborateurs ou collaboratrices difficiles ou la gestion d'un département surchargé. Le coaching et le mentorat apportent de la sécurité, ont une influence positive sur l'évitement d'un burnout, et peuvent donner des impulsions pour la planification de carrière ultérieure [23].

Chef et cheffe de clinique: modèle dépassé ou modèle d'avenir?

Malgré leur rôle de garant d'une prise en charge de haute qualité des patient-es et leur implication décisive dans la formation initiale et postgraduée, le travail des chefs et cheffes de clinique n'est pas perçu comme suffisamment attrayant par eux-mêmes et par l'hôpital pour rester longtemps au même poste: de nombreux jeunes collègues le quittent après quelques années. Ici aussi, le manque de personnel se fait sentir. Les raisons possibles sont regroupées dans le tableau 1.

Les sociétés de discipline médicale, les hôpitaux et les cliniques doivent repenser et revaloriser le rôle des chefs et cheffes de clinique. Il faut des perspectives d'évolution avec des domaines de responsabilité clairs et des élargissements des compétences, des possibilités de travail à temps partiel et des incitations financières afin d'accroître l'attractivité de la fonction dans un contexte multidisciplinaire.

Une équipe stable de chefs et cheffes de clinique, fournissant un travail d'équipe exemplaire et apportant une grande expertise, permet à une clinique de réduire ses dépenses et de gagner du temps. Les vastes compétences des chefs et cheffes de clinique expérimentés dans la formation initiale et postgraduée valorisent l'attractivité d'une clinique aussi bien en tant qu'établissement de formation postgraduée qu'en tant qu'employeur, et se remarquent dans l'évaluation annuelle des établissements de formation postgraduée par l'ISFM. Mais pour garder l'équipe de chefs et cheffes de clinique au sein de l'hôpital, des mesures actives doivent être mises en place.

Création de perspectives

Les sociétés de discipline médicale, les directions de cliniques et les hôpitaux doivent mettre en place des cours de développement de facul-

Tableau 1: Pourquoi les chefs et cheffes de clinique ne restent-ils pas à long terme à l'hôpital?**Raisons possibles**

Surmenage en raison de compétences insuffisantes dans des missions supplémentaires pertinentes pour l'exercice de la fonction de chef/cheffe de clinique
Absence d'opportunités de carrière
Horaires et gardes limitants et éprouvants, et horaires de travail irréguliers
Peu de possibilités de travail à temps partiel dans la prise en charge stationnaire de patientes et patients
Rémunération insuffisante par rapport à l'activité médicale privée
Manque d'estime

tés et des cours «teach-the-teachers» (par ex. en tant que programme fixe pour les chefs et cheffes de clinique) avec des tuteurs et tutrices formés en conséquence [22]. Actuellement, la participation à ces cours est généralement basée sur le volontariat, et ils sont fréquentés spontanément, par intérêt, souvent lors du temps libre (ce sont avant tout les formations postgraduées spécifiques à la spécialité qui sont accomplies avec les cinq jours de formations habituellement payés), et souvent financés par les participant-es eux-mêmes. La fréquentation de ces cours devrait donc faire l'objet d'un soutien actif (avec temps supplémentaire) et financier. Les compétences spécifiques pour les médecins spécialistes exerçant à l'hôpital et en formation postgraduée doivent faire partie des exigences pour le titre de médecin spécialiste. Il convient de mentionner ici en exemple la formation postgraduée d'interniste hospitalier en médecine interne générale, qui offre une excellente préparation professionnelle à la fonction de chef ou cheffe de clinique accompagnant des patient-es de plus en plus complexes et multi-morbides.

Avec leurs médecins cadres, les cliniques doivent mettre en place un mentorat structuré et ciblé pour les chefs et cheffes de clinique avec une évaluation systématique des candidats et candidates au poste de chef et cheffe de clinique. Elles doivent permettre ces perspectives de carrière complète à la clinique, avec ou sans activité de recherche (fig. 3). Les chefs et cheffes de clinique disposant de compétences et tâches supplémentaires en enseignement, échographie, planification opérationnelle ou gestion de la qualité peuvent être reconnus avec une désignation supplémentaire et des domaines de responsabilité définis afin de valoriser leur rôle essentiel même sans carrière académique. De la même manière, il est possible d'acquérir d'autres compétences et connaissances via un master (par ex. Medical Education, Public Health, etc.) ou un «Certificate in Advanced

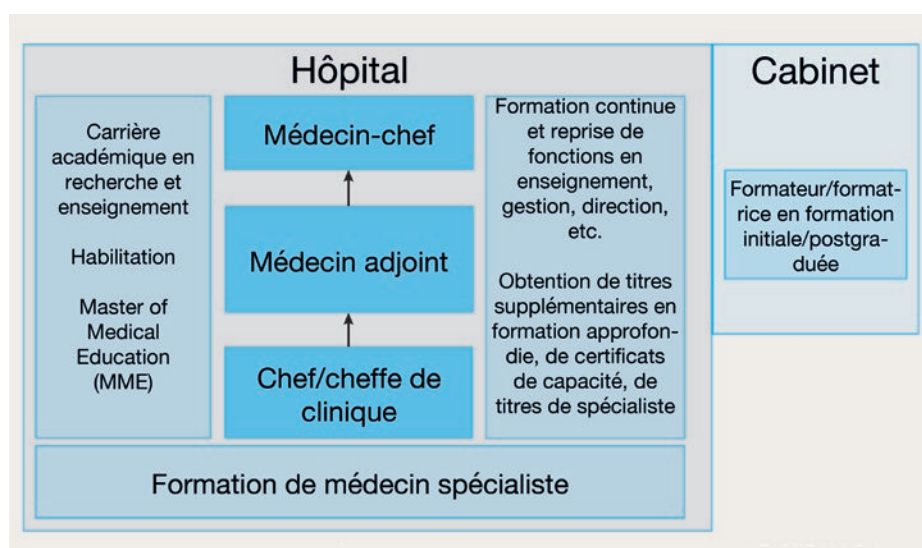
Studies» dans le domaine de la santé qui permettent notamment une promotion en tant que médecin spécialiste hospitalier.

La carrière des chefs et cheffes de clinique ayant une activité académique évolue généralement dans un environnement universitaire; ils contribuent ainsi grandement au développement de leur discipline. Au sein de la clinique et de l'hôpital, il faut un parcours de carrière, de sorte que les chefs et cheffes de clinique exerçant une activité dirigeante puissent être valorisés avec plus de responsabilités et de tâches et que leur expertise ne se perde pas. Mais l'activité de chef ou cheffe de clinique est également une excellente préparation pour toutes les personnes qui exerceront plus tard dans un cabinet de médecine de famille.

Outre le maintien des temps de travail, des plans de service innovants (par exemple avec adaptation des roulements d'équipes au volume de patient-es), une formation postgraduée intégrée au travail posté, des horaires de bureau réservés aux tâches supplémentaires et des compensations prévues peuvent réduire la

charge de travail. L'intervention de spécialistes cliniques des soins serait un soutien non seulement pour les médecins assistant-es, mais aussi pour les chefs et cheffes de clinique (par ex. pour l'aide au triage des admissions de patient-es stationnaires, la prise en charge et la supervision de patient-es stationnaires non compliqués, ou la prise en charge d'échographies simples). L'intervention au sein de réseaux de cliniques de différentes tailles avec différents spécialistes ou les séjours à l'étranger dans le cadre d'un programme de chef ou cheffe de clinique avec obtention de compétences cliniques spécifiques (hôpital central, clinique spécialisée, urgence interdisciplinaire, etc.) peuvent constituer un énorme enrichissement du travail de chef ou cheffe de clinique pour rendre apte pour des tâches spécifiques (par ex. rotation au service des urgences).

À l'avenir, la possibilité de travail à temps partiel et de partage de poste devrait être une évidence non seulement pour le travail ambulatoire, mais aussi pour le travail stationnaire.

**Figure 3:** Possibilités de carrière.

Les futures générations exigent des employeurs beaucoup de flexibilité et de liberté dans la conciliation de la vie professionnelle et de la vie privée [24].

La rémunération pour les chefs et cheffes de clinique doit être comparable à l'activité en cabinet afin que le travail à l'hôpital soit compétitif.

L'implication dans des projets cliniques pertinents et des décisions ainsi que des événements de cohésion d'équipe sont une possibilité supplémentaire pour valoriser l'activité de chef ou cheffe de clinique à l'hôpital.

Tous ces «investissements» dans l'équipe de chefs et cheffes de clinique sont «récompensés» par une équipe stable très bien formée. Un modèle moderne de la fonction de chef ou cheffe de clinique représente l'avenir pour une prise en charge de haute qualité des patient-es, et il est indispensable pour la formation initiale et postgraduée.

Perspective d'avenir

Le manque de personnel qualifié et la pression des coûts vont inévitablement avoir une influence sur les soins médicaux et sur la formation postgraduée clinique des médecins, surtout en l'absence de relève de chefs et cheffes de clinique. Le besoin des nouvelles générations de plus de possibilités d'emploi à temps partiel sera également un facteur qui renforcera le manque de personnel qualifié.

Forte d'une formation professionnelle poussée et de compétences supplémentaires, l'équipe de chefs et cheffes de clinique joue un rôle fondamental dans cet environnement marqué par les changements: elle assure la qualité des soins et la formation initiale et postgraduée de la relève. Dans sa fonction de plaque tournante, elle est garante de la qualité médicale à l'hôpital. Elle se distingue par une profonde expertise de spécialiste et des compétences supplémentaires dans l'enseignement, la communication, le leadership et la gestion hospitalière. Ses rôles sont multiples, palpitants et diversifiés [6, 7].

Correspondance

Dr méd. Martin Perrig
Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin (KAIM)
Inselspital
Freiburgstrasse 16p
CH-3010 Bern
[martin.perrig\[at\]insel.ch](mailto:martin.perrig[at]insel.ch)

Disclosure statement

Les auteur-es ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêts potentiel.

Références

1 Westerman M, Teunissen PW, van der Vleuten CP, Scherpbier AJ, Siegert CE, van der Lee N, Scheele F. Understanding the transition from resident to attending physician: a transdisciplinary, qualitative study. *Acad*

L'essentiel pour la pratique

- Par leur supervision, les chefs et cheffes de clinique assurent une qualité et une sécurité élevées des soins apportés aux patientes et patients d'une clinique. Par ses missions variées et l'activité interdisciplinaire, cette fonction offre un travail palpitant, multiple, dynamique, offrant toujours de nouveaux défis.
- Les chefs et cheffes de clinique dirigent une équipe médicale et assurent la formation initiale et postgraduée de la relève médicale à l'hôpital.
- Pour mener à bien leurs missions, les chefs et cheffes de clinique ont besoin d'une expertise médicale dans leur discipline, de compétences dans le domaine des «objectifs de formation généraux de l'expert médical», et de connaissances dans la direction d'une équipe, la communication, l'enseignement et le système de santé.
- Afin de relever les défis dans la zone de tension entre pression des coûts, soins médicaux, manque de personnel qualifié et promotion de la relève clinico-médicale, la fonction de chef ou cheffe de clinique doit à l'avenir gagner en importance dans chaque hôpital.

Med. 2010;85(12):1914-9.

- 2 Westerman M, Teunissen PW, Fokkema JP, van der Vleuten CP, Scherpbier AJ, Siegert CE, Scheele F. The transition to hospital consultant and the influence of preparedness, social support, and perception: A structural equation modelling approach. *Med Teach*. 2013;35(4):320-7.
- 3 Morrow G, Burford B, Redfern N, Briel R, Illing J. Does specialty training prepare doctors for senior roles? A questionnaire study of new UK consultants. *Postgrad Med J*. 2012;88(1044):558-65.
- 4 Roten C, Baumgartner C, Mosimann S, Martin Y, Donzé J, Nohl F, et al. Challenges in the transition from resident to attending physician in general internal medicine: a multicenter qualitative study. *BMC Med Educ*. 2022;22(1):336.
- 5 Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) [Internet]. Berne: ISFM; c2023 [consulté le 05.08.2023]. Réglementation pour la formation postgraduée 2000. Disponible sur: https://www.siwf.ch/files/pdf29/wbo_2000_f.pdf
- 6 Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) [Internet]. Berne: ISFM; c2023 [consulté le 05.08.2023]. Catalogue des objectifs de formation Objectifs de formation généraux pour les programmes de formation postgraduée 2014. Disponible sur: https://www.siwf.ch/files/pdf17/allg_lz_f.pdf.
- 7 Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCP). Ottawa ON Canada: RCP; c2023 [abgerufen am 05.08.2023]. CanMEDS 2019. Verfügbar unter: <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/can-meds-framework-e>.
- 8 Neily J, Mills PD, Young-Xu Y, Carney BT, West P, Berger DH, et al. Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality. *JAMA*. 2010;304(15):1693-700.
- 9 Wheelan SA, Burchill CN, Tiliin F. The link between teamwork and patients' outcomes in intensive care units. *Am J Crit Care*. 2003;12(6):527-34.
- 10 Kim MM, Barnato AE, Angus DC, Fleisher LA, Kahn

- JM. The effect of multidisciplinary care teams on intensive care unit mortality. *Arch Intern Med*. 2010;170(4):369-76. 24;170(10):867.
- 11 Cooper S, Wakelam A. Leadership of resuscitation teams: "Lighthouse Leadership". *Resuscitation*. 1999;42(1):27-45.
- 12 Neher JO, Stevens NG. The one-minute preceptor: shaping the teaching conversation. *Fam Med*. 2003;35(6):391-3.
- 13 Irby DM, Wilkerson L. Teaching when time is limited. *BMJ*. 2008;336(7640):384-7.
- 14 Khin-Htun S, Kushairi A. Twelve Tips for Developing Clinical Reasoning Skills in the Pre-Clinical and Clinical Stages of Medical School. *Med Teach*. 2019;41(9):1007-11.
- 15 Wolpaw TM, Wolpaw DR, Papp KK. SNAPPs: a learner-centered model for outpatient education. *Acad Med*. 2003;78(9):893-8.
- 16 van de Ridder JM, Stokking KM, McGaghie WC, ten Cate OT. What is feedback in clinical education? *Med Educ*. 2008;42(2):189-97.
- 17 Wisniewski B, Zierer K, Hattie J. The Power of Feedback Revisited: A Meta-Analysis of Educational Feedback Research. *Front Psychol*. 2020;10:3087.
- 18 Ende J. Feedback in clinical medical education. *JAMA*. 1983;250(6):777-81.
- 19 Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM). Relevé, analyse et publication de données concernant la qualité des traitements médicaux. Berne: ASSM; 2009.
- 20 Office fédéral de la statistique. Coût et financement du système de santé. Neuchâtel: OFS; 2022.
- 21 Roten C, Perrig M, Hg. Die oberärztliche Tätigkeit – eine neue Herausforderung. 1. Aufl. Göttingen: Hogrefe; 2021.
- 22 Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) [Internet]. Berne: ISFM; c2023 [consulté le 05.08.2023]. Teach the Teacher. Disponible sur: <https://siwf.ch/fr/projets/cbme/teach-the-teachers.cfm>.
- 23 Swendiman RA, Edmondson AC, Mahmoud NN. Burnout in surgery viewed through the lens of psychological safety. *Ann Surg*. 2019;269(2):234-5.
- 24 Maurer S. Die Generation Z ist eher wertkonservativ. *SÄZ*. 2023;104(23):16-20.



Dr méd. Martin Perrig
Universitätsklinik für Allgemeine Innere
Medizin (KAIM), Inselspital, Bern