

Comment préparer les médecins à participer à une relation patients- partenaires plus active *dans une équipe pluridisciplinaire de soins*

Bernard Vermeulen

09.05.2019



Les chroniques de Judith Nicogossian : entre transhumanisme et communication non-verbale

LE PATIENT-EXPERT, ENTRE FICTION ET RÉALITÉ

Que faut-il faire pour mériter le titre de patient-expert ?



Se souvenir Apprendre Prévoir



- Il y a 21 offices régionaux des eaux aux [Pays-Bas](#) en 2019.
- Ces offices comptent parmi les plus anciennes institutions néerlandaises.
- La première régie des eaux officielle est l'Office des eaux de la Rhénanie, créé en 1255 par le comte [Guillaume II de Hollande](#) en vue d'assurer la sécurité des villages et des hameaux.
- La plus ancienne coopération de cet ordre est mise en place à [Utrecht](#) en 1122, lorsque vingt hameaux se sont mobilisés pour construire une digue entre le [Kromme Rijn](#) et [Wijk bij Duurstede](#).
- En 1323, cette coopération est nommée l'Office des eaux des *Lekdijk Bovendams*.

Stephen Hawking



Brèves
aux **réponses**
grandes
questions

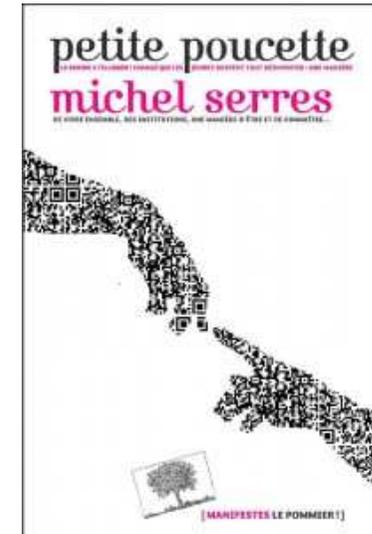


« ...j'ai un intérêt personnel pour le temps.
D'abord, le livre qui m'a rendu célèbre au-delà de
la communauté scientifique était intitulé : brève
histoire du temps.
Du coup, certains pourraient imaginer que je suis
un expert du temps, **quoique par les temps qui
courent il ne fasse pas bon être un expert..... »**

Nos sociétés occidentales ont déjà vécu deux révolutions : le passage de l'oral à l'écrit puis de l'écrit à l'imprimé.

Comme chacune des précédentes révolutions, la troisième, toute aussi décisive, s'accompagne de mutations politiques, sociales et cognitives. Ce sont des périodes de crises

Petite Poucette va devoir réinventer une manière de vivre ensemble, des institutions, une manière d'être et de connaître... débute une nouvelle ère qui verra la victoire de la multitude...

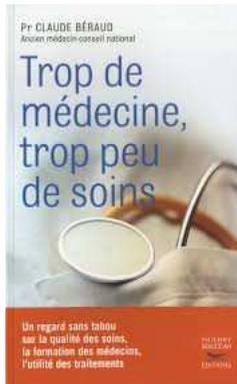


2012

L'ÉMERGENCE DU PATIENT-EXPERT : UNE PERTURBATION INNOVANTE

Fabienne BOUDIER
Erudite, Université Paris-Est-Créteil
boudier@u-pec.fr
Faouzi BENSEBAA
Université Paris 8, ISERAM, ISEG
faouzi.bensebaa@wanadoo.fr
Adrienne JABLANCZY
ISERAM, ISEG
adrienne.jablanczy@iseg.fr

<https://www.cairn.info/revue-innovations-2012-3-page-13.htm>



séminaire
pratique-sante.ch


ESPACECOMPÉTENCES


Association suisse
des experts diplômés
en gestion hospitalière
Schweizerische Vereinigung
eidgenössisch diplomierter
Spitalverwaltungsfachleute

L'année 2011 a été déclarée en France « année des patients et de leurs droits » avec comme objectif de « renforcer la visibilité et l'effectivité des droits des patients, améliorer leur information, et promouvoir leur place dans le système de santé »¹. D'aucuns peuvent y voir une tentative de réponse aux reproches faits ces dernières années à la médecine. Mise au banc des accusés pour la technicité et la segmentation grandissante des soins, l'agressivité des thérapies proposées, la focalisation croissante sur les aspects relatifs au coût, la médecine est de plus en plus présentée comme déshumanisée avec notamment, une érosion de la rencontre entre patient et médecin, ce dernier apparaissant comme de plus en plus spécialisé et souffrant cruellement d'un manque de temps.

Ainsi, le principe du colloque singulier, c'est-à-dire la relation bilatérale entre le patient et le médecin (« la rencontre d'une confiance et d'une conscience » selon la formule souvent attribuée à Hippocrate) sur lequel s'est fondée la pratique médicale depuis l'Antiquité, en faisant du médecin le cœur du système de santé, chancelle sous l'effet de plusieurs coups de butoir. Renforcement du droit des patients, évolution des technologies de l'information et de la communication (TIC), transformations sociétales, notamment dans

Le Consentement éclairé...

Prof. Olivier Guyot :

1996 : Le secret médical

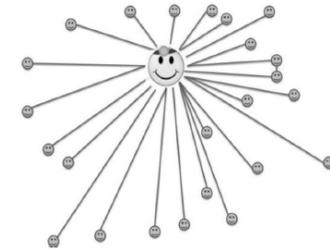
- l'ignorance des choses médicales fait inévitablement du malade la partie la plus faible dans la relation médicale :
- constitue le fondement et la justification du paternalisme médical qui a prévalu au XXème siècle

Prof. Didier Sicard :

De 1999 à 2008 : Président du Comité consultatif national d'éthique : France

« La confiance dans la médecine n'a jamais été simultanément aussi grande et aussi faible... »

La connaissance médicale centralisée



Complexité de la médecine...

On dispose aujourd'hui de :

- 13'500 diagnostics différents

Traités par :

- 4'000 types d'interventions techniques
- 6'000 médicaments



Il existe de nos jours des spécialistes de spécialités !



La santé à l'heure de l'intelligence artificielle

Le monde de la santé est sûrement l'un des secteurs où les enjeux sont les plus importants.

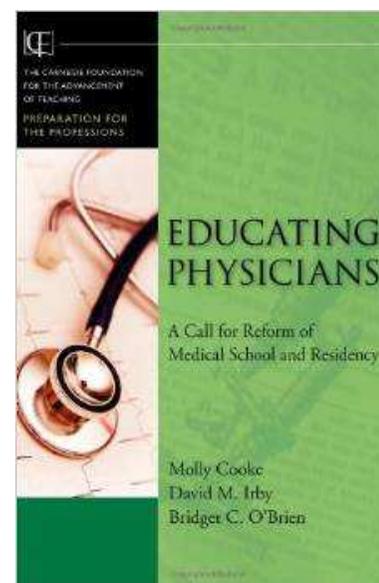
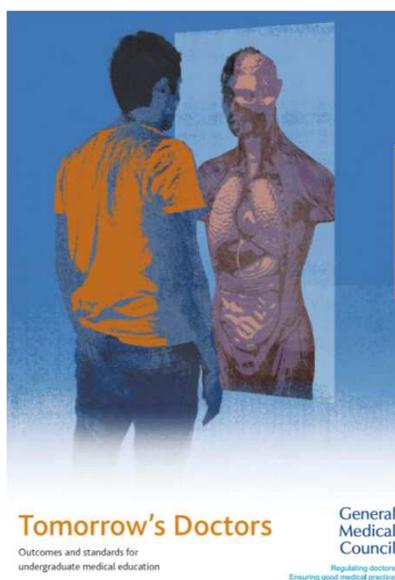
- Jusqu'où une machine sera-t-elle capable d'analyser, de diagnostiquer et d'apprendre continuellement ?
- Quelle forme prendront la collaboration ou le partenariat entre l'homme et la machine ?
- Pourra-t-elle remplacer le professionnel, et si oui dans quelle mesure ?
- Quelle délégation de compétences ?
- Quelle division du travail ?
- Quelles activités ou spécialités médicales seront prioritairement concernées ?

Le médecin de demain ?

- *Journée de réflexion du Département de Médecine – UniFr/HFR*
- *Quelles sont les compétences attendues à la fin des études ?*
- *Comment les atteindre ?*

Formation et compétences médicales

Les deux sujets sont intimement liés



Se Souvenir

History of objectives in medical education

- 1950s: Explicit objectives for medical education
- 1960s: Bloom's taxonomy of objectives for education (knowledge – skills – attitude)
- 1970s: “Competency-based Medical Education”
- 1980s: Physicians for the 21st Century (USA)
- 1990s: Blueprints for UME (Dutch and other)
- 2000s: CanMEDS, ACGME-Outcome project
- 2010s: 2nd Carnegie report USA (after Flexner)

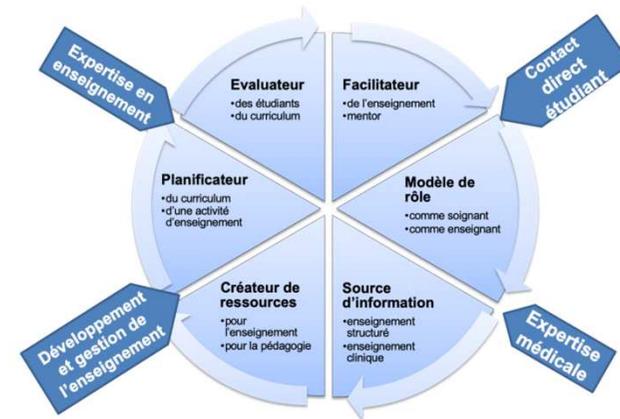
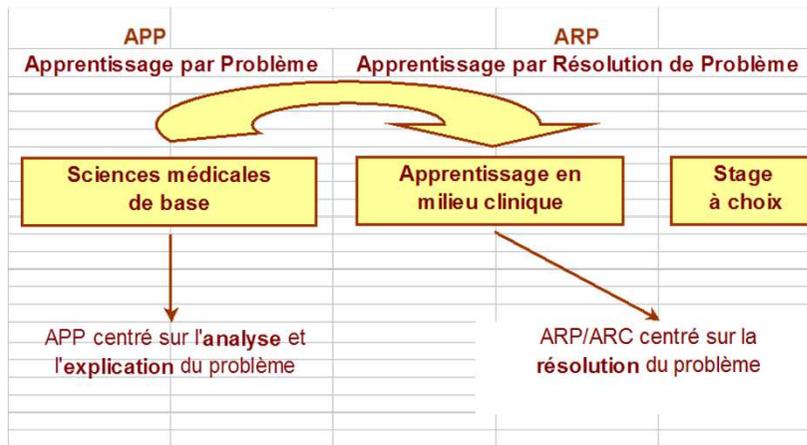
Se Souvenir

années	Courants d'idées en éducation médicale	Le « bon professeur »	« Faculty development » : Compétences requises
1970	« Behavioural » (maîtrise par la pratique)	Expert du contenu	Donner son cours de façon structurée pour atteindre les objectifs d'apprentissage
1980	« Cognitive » (construction active de la connaissance) <ul style="list-style-type: none"> ➢Curriculum intégré ➢Théories de l'apprentissage de l'adulte 	Expert du processus (en plus du contenu)	Identifier les préconceptions de l'étudiant Activer les connaissances préalables Proposer des activités qui favorisent l'apprentissage
1990	« Social learning » (lifelong learning, collaboration) <ul style="list-style-type: none"> ➢Centré sur l'étudiant ➢PBL ➢Apprentissage dans la communauté ➢Evidence-based medicine ➢Modèles de rôle 	Modèle de rôle, facilitateur	Favoriser un apprentissage indépendant et « lifelong » Encourager l'apprentissage collaboratif Evaluer par les pairs
2000	« Professionalism » <ul style="list-style-type: none"> ➢Centré sur le patient ➢Exposition clinique précoce ➢Apprentissage dans le contexte (OSCE) ➢Technologies de l'information ➢Best evidence medical education 	Professionnel de l'enseignement (accréditation)	Développer la réflexion dans et sur l'action Self évaluation Apprendre aux étudiants à enseigner
2010	« Inter-professionalism » ?		

1995 : réforme des études de médecine UNIGE

= extraordinaire moteur de réflexion pédagogique

Se Souvenir



Se Souvenir

24

EDUCATING PHYSICIANS

Table 1.1. Flexner's Recommendations for Educating Physicians in 1910

Goals	Challenges	Recommendations
Standardization	Lack of standard, rigorous educational program	Insist on a four-year college degree as a prerequisite to medical studies.
	Poorly prepared students	Standardize a four-year curriculum in 2+2 design.
	Heterogeneity in student achievement	Establish accreditation process for medical schools.
Integration	Limited science in the curriculum	Integrate advances in the laboratory with practice at the bedside.
	No connection between practice and science	Provide clinical training in university teaching hospitals.
Habits of inquiry and improvement	Excessive emphasis on rote memorization rather than on learning by doing in the laboratory and hospital	Train physicians to "think like scientists."
	Faculty tradition-bound rather than scientifically oriented	Require medical education to be taught by scientifically trained faculty members within university settings.
Professional formation	Teaching by unqualified faculty members	Immerse medical education in university culture.
	Role modeling by physicians with varying competency, in many proprietary and for-profit schools	Facilitate close and sustained contact between learners and scientifically based faculty role models.

Table 1.2. Recommendations for Educating Physicians, 2010

Goals	Challenges	Recommendations
Standardization and individualization	Medical education is: o Not outcomes-based o Inflexible o Excessively long o Not learner-centered	Standardize learning outcomes through assessment of competencies. Individualize learning process within and across levels. Offer elective programs to support development of skills for inquiry and improvement.
Integration	Poor connections between formal knowledge and experiential learning Fragmented understanding of patient experience Poor understanding of nonclinical and civic roles of physicians Inadequate attention to the skills required for effective team-delivered care in a complex health care system	Connect formal knowledge to clinical experience, including early clinical immersion and adequate opportunities for more advanced learners to reflect and study. Integrate basic, clinical, and social sciences. Engage learners at all levels with a more comprehensive perspective on patients' experience of illness and care, including more longitudinal connections with patients. Provide opportunities for learners to experience the broader professional roles of physicians, including educator, advocate, investigator.
Habits of inquiry and improvement	Focused on mastering today's skills and knowledge without also promoting knowledge building and an enduring commitment to excellence	Incorporate interprofessional education and teamwork into the curriculum. Prepare learners to attain both routine and adaptive forms of expertise. Engage learners in challenging problems, and allow them to participate authentically in inquiry, innovation, and improvement of care.

Meeting of the Swiss Interfaculty Committee for Medicine, June 18, 2014

Beyond competencies Bringing objectives for medical education closer to the workplace

Olle ten Cate, PhD

Center for Research and Development of Education
University Medical Center Utrecht



UMC Utrecht

Profiles

Un nouveau référentiel suisse pour les
études de médecine basé sur les
compétences (PROFILES) :



Apprendre

Profiles displays three interdependent chapters of equal importance :



A first chapter listing a series of learning objectives related to the different roles of doctors, inspired by the CanMEDs Roles used worldwide



A second chapter presenting a set of entrustable professional activities (EPAs) reflecting the main medical tasks that a physician must be able to perform autonomously on the first day of his residency



A third chapter listing around 265 common clinical situations that a doctor is expected to deal with after passing the Swiss Federal Licensing Examination

asegh+

Association suisse
des experts diplômés
en gestion hospitalière

Schweizerische Vereinigung
eidgenössisch diplomierter
Spitalverwaltungsfachleute

Ce qui change

Le marché de la santé et la reconstruction de l'interaction patient-médecin

Philippe BATIFOULIER

Economix, Université Paris Ouest Nanterre La Défense
Philippe.Batifoulier@u-paris10.fr

L'orientation marchande des réformes transforme profondément l'interaction médecin-patient, qui constitue le noyau dur des systèmes de santé¹. Les patients actifs et mieux informés ont trouvé un nouveau statut de consommateur. La prise de parole revendiquée par la démocratie sanitaire a été transformée en stratégie « exit » de la logique marchande. Dans la mesure où le consommateur souverain peut plus facilement comparer des produits standardisés, la construction du marché requiert une nouvelle conception du soin, qui tient compte de l'avancée de l'industrialisation de la médecine. Cette normativité marchande influence les règles déontologiques de la profession et active le libéralisme médical qui est source d'inégalités et d'inefficacité.



La plupart des gens n'écouent pas
avec l'intention de comprendre

Ils écoutent avec l'intention de répondre

Ce qui change

Relation Médecin - Patient

Modèle de prise de décision dans le contexte clinique

Bulletin des médecins suisse 2014

Tableau 1
Modèles de prise de décision dans le contexte clinique.¹

	Modèle paternaliste	Modèle Interprétatif ²	Modèle de la décision partagée (SDM)	Modèle de la décision éclairée
Rôle du médecin	Protecteur, bienfaiteur	Représentant du patient	Partenaire	Expert technique
Echange d'Informations	unilatéral médecin ↔ patient	unilatéral médecin ↔ patient (savoir)	réciproque médecin ↔ patient	unilatéral médecin ↔ patient
Prise en compte des valeurs et préférences du patient	Aucune importance donnée aux préférences pour une prise de décision objective.	Le médecin s'enquiert des préférences du patient et il en tient compte dans l'évaluation.	Le médecin voit avec son patient quelles sont ses préférences.	Le patient connaît ses propres préférences.
Evaluation	Le médecin seul, éventuellement avec d'autres professionnels de la santé.		Médecin et patient ensemble, évent. avec son milieu social et d'autres professionnels.	Le patient seul, évent. avec son milieu social et d'autres professionnels.
Décision	Médecin, le patient donne son accord.		Médecin et patient	Patient
Tâches médicales	Etant donné les connaissances professionnelles et l'expérience du médecin, l'éthique veut qu'il choisisse objectivement le meilleur traitement pour son patient et qu'il obtienne au préalable son accord.	Etant donné les connaissances professionnelles et l'expérience du médecin ainsi que les valeurs du patient, l'éthique veut qu'il choisisse le meilleur traitement pour son patient et qu'il obtienne au préalable son accord.	Etant donné ses connaissances professionnelles et son expérience, le médecin informe son patient des différentes possibilités thérapeutiques et il s'enquiert de ses préférences. L'éthique veut que le médecin l'encourage à participer au processus décisionnel, le soutienne et choisisse avec lui le meilleur traitement.	Etant donné les connaissances professionnelles et l'expérience du médecin, l'éthique veut qu'il donne des informations neutres et compréhensibles sur les différentes possibilités thérapeutiques à son patient de manière à ce qu'il puisse choisir librement le meilleur traitement.
Image du patient	En raison d'un savoir lacunaire, d'une objectivité déficiente et de limites liées à sa maladie, le patient ne peut pas prendre une décision optimale.		Le patient peut décider avec son médecin lorsque celui-ci l'encourage à participer au processus décisionnel et l'y accompagne.	Le patient peut décider en toute indépendance lorsque le savoir manquant lui est transmis de manière compréhensible.

Apprendre - Ce qui change

Intégration verticale et horizontale des connaissances et compétences

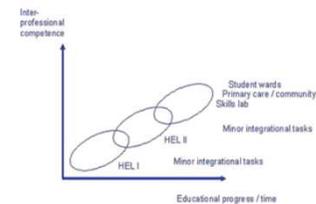
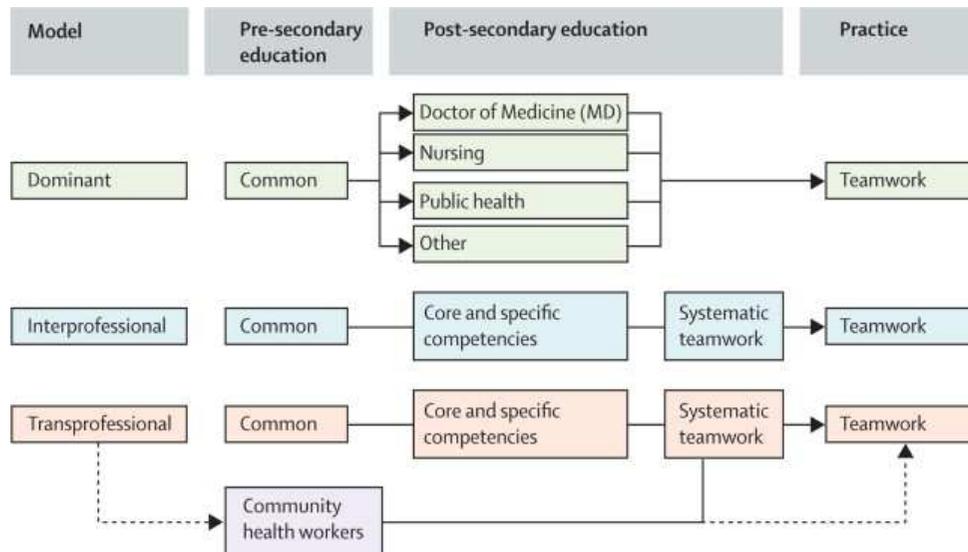


Figure 3. Comprehensive interprofessional learning in the "Linking IPE model". These steps could be identified early, in the middle and final IPE closely linked to each other.

Domain: Team Functioning

COMPETENCY STATEMENT: Learners/practitioners understand the principles of team work dynamics and group/team processes to enable effective interprofessional collaboration.

Descriptors

To support interprofessional collaboration, learners/practitioners are able to:

- understand the process of team development
- develop a set of principles for working together that respects the ethical values of members
- effectively facilitate discussions and interactions among team members
- participate and be respectful of all members' participation in collaborative decision-making
- regularly reflect on their functioning with team learners/practitioners and patients/clients/families
- establish and maintain effective and healthy working relationships with learners/practitioners, patients/clients, and families, whether or not a formalized team exists
- respect team ethics, including confidentiality, resource allocation, and professionalism.

Twenty years experiences of interprofessionnal education in Linköping – ground-breaking and sustainable

M Wilhelmsson and all: J Interprof Care 2009 Mar;23(2):121-33

- ***Changes in public health services***
 - The new society and “the new critical generation” require new models in health and social care and education through new pedagogical models
- ***New working models in health and social care***
 - To respect the knowledge and skills of all professionals
 - Team training together with other health science programs
- ***Changes of the national health and social care policy***
 - Greater emphasis on health prevention
 - Clarifying the different roles between hospital care and primary care
- ***Meeting the demands of a new educational policy and social care from “the new generation”***
 - Emphasis on learning in contrast to teaching
 - Life-long learning
 - Students own responsibility for their learning
 - Learning should be deeply rooted internationally

Changement de paradigme dans l'enseignement de l'éthique

Bulletin des médecins Suisse 24.4.2019

Dr phil., biol.dipl., Rouven Porz (Insel)

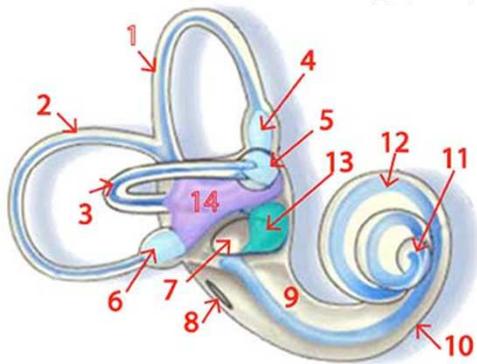
L'objectif est en résumé de valoriser professionnellement l'enseignement de l'éthique dans tous les métiers de la santé :

- l'éthique est une discipline à part entière
- Les éléments clés de l'enseignement de l'éthique doivent être les mêmes quelque que soit la filière professionnelle concernée.



Ce qui a changé en 40 ans dans la vie des médecins assistant(e)s et/ou chef(fe)s de clinique

- Choisir sa spécialité
- Organiser un parcours de formation et répondre aux exigences de certification
- Répondre aux attentes « Hospitalières »
- Avoir une vision à 10 ans de ses objectifs professionnels :
- Rester à l'hôpital ou s'installer
- Développement de la vie privée



C'est complexe !!!

Labyrinthe membraneux

1. canal antérieur, 2. canal postérieur, 3. canal latéral, 4. ampoule du canal antérieur,
5. ampoule du canal latéral, 6. ampoule du canal postérieur, 7. fenêtre ovale,
8. fenêtre ronde, 9. rampe vestibulaire, 10. rampe tympanique,
11. hélicotreme, 12. canal cochléaire, 13. saccule, 14. utricule

Décision médicale et Information des patients

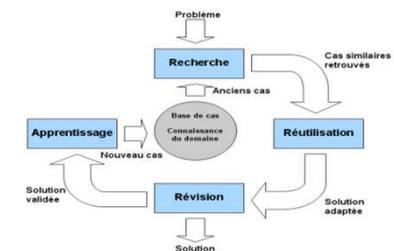
La nécessaire interrogation « a posteriori » Pierre le Coz

Le moment philosophique de la décision médicale qualifie la **reprise rétrospective** (à la faveur d'une terminologie différente de celle qui baigne la pratique) **du processus décisionnel**.

Encourager au sein des établissements de santé **l'habitude d'évaluer** « a posteriori » la décision et l'information médicale **à la lueur d'un questionnement éthique** articulé au tour de trois concepts organisateurs :

1. **autonomie**
2. **bienfaisance**
3. **non-malfaisance**

En intégrant : **exigence de justice, principes éthiques, contextes, émotions, règles** (*qui sont des valeurs pragmatiques – les directives d'information*)



Est-ce que le patient auto-soignant est devenu le patient expert ?

- Les initiatives d'autogestion de la maladie dans le contexte de maladies chroniques illustrent cette tendance.
- Alors que le patient ne peut espérer guérir et doit surmonter sa maladie au quotidien, certains professionnels de santé ont commencé, dans les années 1980, à le considérer comme un acteur potentiel de ses propres soins et à lui transmettre un savoir pour mieux gérer sa maladie (dans le contexte du diabète et de l'insuffisance rénale chronique par exemple) :
- **c'est l'« auto-soignant » (Herzlich et Pierret, 1984).**
- Les professionnels enseignent aux malades des techniques parfois sophistiquées pour favoriser leur autonomie et réduire leur dépendance à l'institution biomédicale.

Mettre en œuvre l'éducation thérapeutique

Jean-François d'Ivernois
 Professeur en sciences de l'éducation,
 Université Paris-13
Rémi Guagnayre
 Professeur en sciences de l'éducation,
 Université Pats-13,
 Laboratoire de pédagogie de la santé
 (UPRES JE 2137),
 UFR SMBH Léonard-de-Vinci

L'accroissement des affections chroniques a rendu nécessaire l'éducation thérapeutique des patients. Comment doit-elle s'organiser ? Dans quel cadre ? Par qui est-elle dispensée ? Comment ?

Un plan national d'éducation pour la santé visant en particulier à organiser et valoriser financièrement l'éducation thérapeutique, tant au sein des établissements que des réseaux de soins, a été adopté par le gouvernement français. Cette décision a été logiquement suivie d'une commande auprès du pôle nomenclature de la Crants afin que celui-ci élabore une typologie précise des activités d'éducation thérapeutique et propose un mode de financement de celles-ci. Cette mission représente l'aboutissement de plusieurs années de réflexion et de propositions comme en témoignent, en 1998, les rapports du Haut Comité de la santé publique et de la Conférence nationale de la santé, et de la direction générale de la Santé en 1999. Elle constitue une incontestable avancée du concept d'éducation thérapeutique.

Principes méthodologiques
 L'éducation thérapeutique du patient, de par sa nature et ses caractéristiques, n'est pas directement assimilable à un acte de soins, ce qui signifie que l'expérience et les méthodes acquises en matière de caractérisation des actes et techniques de soins ne sont pas transposables à cette pratique. Dans un système de soins où la prise en charge des actes de soins dépend directement de leur nomenclature, il faut imaginer une typologie qui prenne en compte plusieurs variables constitutives de l'éducation thérapeutique :

- le patient par rapport à la maladie (stade inaugural, installation de la maladie,

- stade de complication, d'incident, stade de maintien et de suivi),
- le patient en tant qu'apprenant (le patient motivé ou non à apprendre, éprouvant des difficultés d'apprentissage ou aux ressources limitées),
- les éducateurs (il peut s'agir d'un médecin spécialiste, d'un médecin généraliste, d'une sage-femme, d'un odontologue, de personnels paramédicaux — infirmiers, diététiciennes, kinésithérapeutes — d'un éducateur pour la santé, d'un membre d'une association de patients...),
- le lieu d'éducation : l'expérience montre que l'éducation thérapeutique du patient peut être délivrée aux différents niveaux du service hospitalier, du réseau de soins et du centre de santé, du cabinet libéral, des établissements climatiques et thermaux,
- le type de maladie ou d'affection, selon qu'elle est aiguë ou chronique et qu'elle requiert un niveau de compétence plus ou moins élevé de la part du patient.

On comprend dès lors la difficulté de mettre en lien l'ensemble de ces variables légitimes dans un système fonctionnel qui apporte à la santé des patients. Pour aider à la mise en place de cette typologie, nous avons proposé un système fondé sur les valeurs et les principes suivants.

La description de l'activité d'éducation thérapeutique doit être basée sur les compétences à atteindre par le patient suite à une éducation thérapeutique. Elle est donc centrée sur le patient éduqué plutôt que sur le soignant qui éduque. Ce changement de centrage, qui tire sa légitimité des acquis

adsp n° 36 septembre 2001 | 11

Apprendre – Prévoir

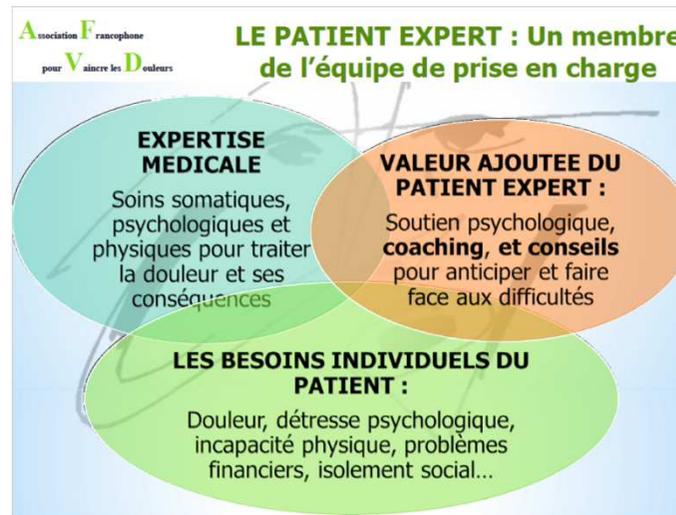


Apprendre - Ce qui change - Prévoir

Intégration verticale et horizontale des connaissances et compétences

A National Interprofessional
Competency Framework

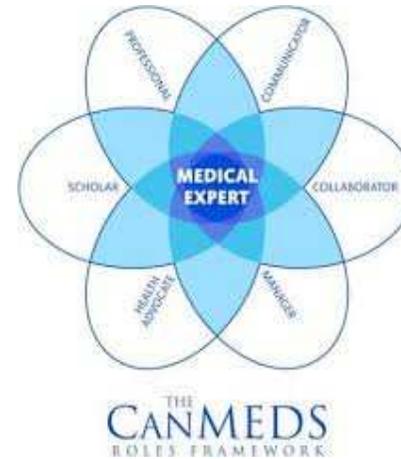
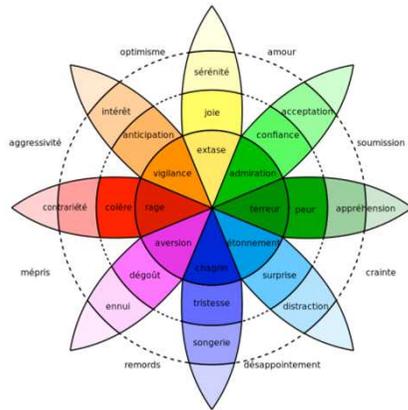
FEBRUARY 2010



Le patient.....le médecin

Qu'elle est la place de l'émotion dans l'activité quotidienne du médecin ?

Ce qui change



Apprendre

Happiness is a skill - Emotional balance is a skill - Compassion and altruism are skills and like any skill they need to be developed. That's what education is about.

Matthieu Ricard

Domains and some possible roles of expert patients

2

Canadian Respiratory Journal

TABLE 1: Domains and some possible roles of expert patients.

Clinical	<p>Help disease management (for themselves and/or other patients, particularly for chronic or rare conditions)</p> <p>Identification of patient needs and communication of their values, perceptions, and preferences</p> <p>Identify and report on possible side effects of treatments</p> <p>Support interventions from physicians and other health care professionals, particularly in primary care—help translation of guidelines into care</p>
Educational	<p>Education of other patients</p> <p>Contribute to updating knowledge of health professionals</p> <p>Help develop decision aids</p> <p>Contribute to the development and evaluation of educational programs</p> <p>Participate in patients' versions of guidelines or directly contribute to current medical guidelines</p> <p>Get involved in an internet chat or blog or in a community of practice</p>
Research	<p>Advise on study designs</p> <p>Contribute to evaluation of new treatments</p> <p>Help choose research questions and define patient-relevant outcomes</p> <p>Help to design and implement end-of-study knowledge translation plans</p>
Others	<p>Lobby to health care authorities</p> <p>Represent patients in various committees</p> <p>Participate in activities of patients' associations</p> <p>Contribute to the development of support groups</p>

Un nouveau référentiel suisse pour les études de médecine basé sur les compétences (PROFILES) : Implications pour la faculté de médecine de Genève

Prévoir



- Develop a competency framework within health professions educational curricula focused on building effective partnerships with patients, families, and communities.
- Design and teach both coursework and experiential offerings in the institutions that educate health professionals to produce the effective partnership competencies mentioned above.
- Leaders of both healthcare and health professions education organizations must create new vision and mission statements and operational processes that meaningfully incorporate patients, families, and communities as partners.



Changement de paradigme :

- La connaissance
- L'éducation
- la santé
- La production
- L'Etat



- L'innovation s'accélère, brouille les frontières entre les différents secteurs.
- Les prouesses technologiques se succèdent et repoussent les limites de la prévention, du soin et de l'accompagnement



GILLES
BABINET

L'ère numérique,
un nouvel âge de l'humanité

Cinq mutations qui vont
bouleverter notre vie

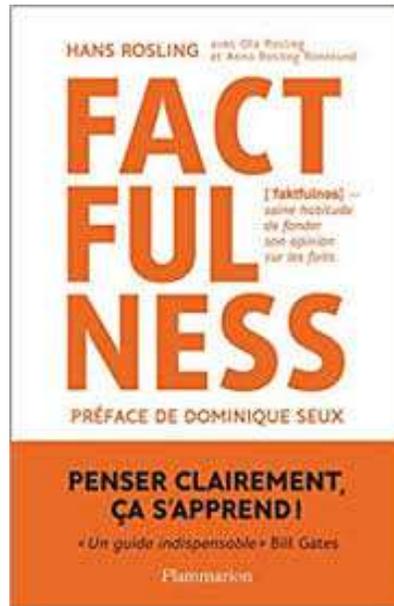
2014

LE PASSEUR

Conclusion

VISION *Exemplary learning environments prepare, support, and inspire all involved in health professions education and health care to work toward optimal health of individuals, populations, and communities.*





Prévoir avec du bon sens !

Un devoir à redécouvrir ?

C'est le fonctionnement même de notre cerveau qui nous induit en erreur :

- En nous incitant à choisir un coupable à tout phénomène
- En résumant la plupart des problèmes en une stérile opposition binaire
- En nous incitant de réagir en urgence confondant ainsi peur et danger
- En étant facilement ébloui par les gros chiffres
- En dramatisant à l'accès et en adorant cela

