

LE DEPLOIEMENT DU PARTENARIAT AVEC LES PATIENTS DANS LA FORMATION INITIALE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE : REFLEXIONS ET PISTES D'ACTION A PARTIR DE L'EXPERIENCE DE LA FACULTE DE MEDECINE DE L'UNIVERSITE DE MONTREAL.

Auteurs : BERKESSE A. ^{1 2 3}, **KARAZIVAN P.** ^{4 5 6}, **DUMEZ V.** ^{7 8 6}

¹ M.Ing., MSc, MA.Phil

² *Conseiller stratégique et gestionnaire exécutif du pôle européen*, Centre d'Excellence sur le Partenariat avec les Patients et le Public (CEPPP)

Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

³ *Chargé de mission*, partenariat de soins

CAPPS Bretagne (structure régionale d'appui pour l'amélioration des pratiques professionnelles en santé)

⁴ MD, MA.Ed.*Co-directeur (médecin)*, Direction collaboration et partenariat patient (DCPP)

⁵ *Professeur adjoint de clinique*, Département de médecine familiale et médecine d'urgence
Faculté de médecine de l'Université de Montréal

⁶ *Co-directeur*, Centre d'Excellence sur le Partenariat avec les Patients et le Public (CEPPP)

Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

⁷ MSc

⁸ *Co-directeur (patient)*, Direction collaboration et partenariat patient (DCPP)

Faculté de médecine de l'Université de Montréal

RESUME : Nous assistons depuis quelques années à une recrudescence des mouvements sociaux et sociétaux porteurs d'une vision plus démocratique, décentralisée et émancipatrice mais également moins inégalitaire des institutions.

Le mouvement du partenariat de soins est l'un d'entre eux et le « modèle de Montréal » l'une de ses manifestations concrètes. Cet article part de l'expérience du déploiement d'une culture de partenariat fondée sur ce modèle au sein de la faculté de médecine de l'Université de Montréal afin d'identifier les pistes d'action desquels nous inspirer pour initier un tel déploiement dans d'autres institutions de formation initiale et continue des professionnels de la santé ailleurs dans le monde.

MOTS CLES : patient partenaire, patient formateur, partenariat patient, études médicales, partenariat de soins, transformation des organisations.

INTRODUCTION

Nous assistons depuis quelques années à une recrudescence des mouvements sociaux et sociétaux porteurs d'une vision plus démocratique, décentralisée et émancipatrice mais également moins inégalitaire des institutions. **Le constat d'un écart grandissant entre les intérêts auxquels répondent ces institutions et les besoins populationnels** (notamment en matière d'accès à l'éducation, aux soins, à une qualité de vie décente, etc.) **nourrit cette remise en question de la légitimité des institutions.**

Les citoyens qui s'investissent à travers ces différents mouvements ne formulent plus seulement des revendications visant l'application de ces principes à l'État et son gouvernement mais également à ses institutions (d'enseignement, de santé, de recherche, etc.). Le mouvement du partenariat de soins est l'un d'entre eux et le « modèle de Montréal »¹ l'une de ses manifestations concrètes.

Dans ce texte, nous présentons les fondements du modèle de Montréal, la stratégie de déploiement de la culture et des pratiques de partenariat au sein de la faculté de médecine de

¹ Karazivan P, Dumez V, Flora L et al. « The Patient as Partner in Care: Conceptual Grounds for a Necessary Transition ». *Academic Medicine*, 2015, 90 (4):437-41.

l'Université de Montréal depuis 2010 ainsi que les réalisations associées en termes de gouvernance et d'activités d'enseignement. Nous intégrons également des réflexions permettant d'identifier les pistes d'action desquels s'inspirer pour initier un tel déploiement dans d'autres institutions de formation initiale et continue des professionnels de la santé ailleurs dans le monde.

I. UNE ETHIQUE DU SOIN

Il n'y a pas de soins « éthiques » ou « non-éthiques ». Chaque acte mené par un soignant² performe une éthique particulière, c'est-à-dire une conception du soin adéquat. Dans le modèle de Montréal, l'éthique du soin considérée comme devant constituer l'horizon de tout acte de soin est caractérisé par une visée première, celle de la **recherche d'une autonomie optimale des patients et de leurs proches.**

Il est en effet urgent de sortir du modèle de soin hospitalo-centré qui favorise et maintient une dépendance des patients et de leurs proches à ces milieux et qui contribue à

² Ce qui, dans le modèle de Montréal, inclut les patients et les aidants, considérés comme acteurs de soins à part entière.

l'épuisement des professionnels de la santé y travaillant du fait de leur impuissance à agir efficacement sur des problématiques complexes requérant une collaboration interprofessionnelle dans une logique de trajectoire de soin.

L'accélération croissante de la division sociale du travail depuis plusieurs siècles a contribué à une délégation également croissante de l'acte de soins. De « communautés soignantes », c'est-à-dire de communautés où les compétences de soin étaient plus largement réparties au sein des membres de la communauté, nous sommes passés à des « professionnels soignants », c'est-à-dire des individus à qui collectivement nous accordons presque unilatéralement la légitimité et la crédibilité du soin.

Alors que les patients et leurs proches continuent de développer des connaissances et compétences de soin pertinentes³, ils n'ont souvent pas conscience d'être des acteurs de soin porteurs de ces savoirs (car les récits collectifs le permettant sont rares) et ils ne sont pas reconnus institutionnellement comme ayant des compétences de soins pertinentes à mobiliser à travers le soin.

³ Ils n'ont en effet pas le choix de le faire pour survivre dans un écosystème de la santé qui ne peut par exemple pas répondre à l'ensemble de leurs besoins lorsqu'ils vivent avec des maladies chroniques.

La première visée éthique du modèle de Montréal pour les professionnels de la santé est donc de **créer au sein de la relation de soin les conditions d'expression et de mobilisation complémentaire des savoirs et compétences issus de la vie avec la maladie des patients et de leurs proches**. C'est à travers ce partenariat de soins que s'encapacitent et en particulier s'autonomisent davantage les patients comme les professionnels de la santé.

D'abord et avant tout clinique, c'est donc ensuite au niveau institutionnel, notamment par l'intermédiaire de la reconnaissance de leur statut d'acteur de soin à part entière (qui soutient alors leur légitimité à penser la réorganisation des soins), que ce partenariat contribue à établir, redéfinir et maintenir les conditions d'un écosystème de la santé permettant cette émancipation de chacun.

Nous comprenons ici que l'autonomie désirée n'est pas l'autonomie libérale d'un être indépendant des autres membres de sa communauté mais à l'opposé celle d'un être conscient de sa relation d'interdépendance d'avec les autres acteurs de soin et donc animé par **la nécessité d'agir en partenariat avec eux pour une coopération mobilisant les compétences complémentaires de tous**.

II. UNE STRATEGIE DE TRANSFORMATION ECOSYSTEMIQUE

Il existe de nombreuses stratégies permettant de faire évoluer des comportements et pratiques de soins. Nous pouvons par exemple travailler avec les institutions normatives du champ considéré (ex : le Collège royal des médecins du Canada, la Haute Autorité en Santé en France, etc.) afin de faire évoluer les critères d'évaluation des pratiques qui par leur déploiement initieront plusieurs changements désirés.

À la DCPD et au CEPPP, le principal levier que nous avons choisi d'utiliser depuis 2010 est d'**agir directement sur les conditions organisationnelles au sein desquelles les professionnels de la santé agissent au quotidien.**

Plutôt que d'investir l'essentiel de nos efforts de transformation à travers des actions de responsabilisation individuelle des professionnels de santé quant aux comportements de soins et de services adéquats à adopter, nous partons du postulat que si ces derniers ne travaillent pas en partenariat, c'est principalement (mais pas uniquement) parce qu'ils ne se sentent pas outillés à la hauteur de l'effort que requiert le cheminement de leur pratique vers le partenariat (ou encore parce qu'ils pensent qu'ils mobilisent déjà des pratiques de partenariat mais sans aucun moyen de le vérifier).

Le schéma n°1 ci-dessous illustre les différents plans de cette stratégie écosystémique :

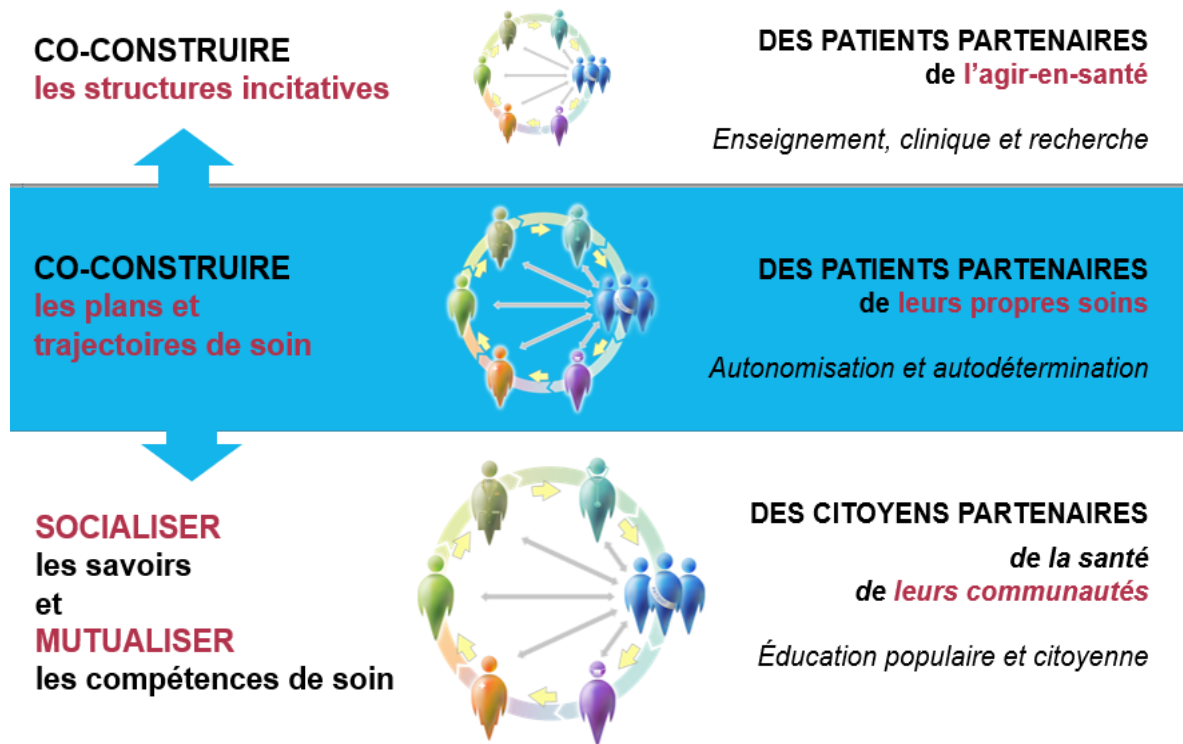


Schéma 1 : Adaptation du schéma intégré à la formation 101 du CEPPP⁴.

Intervenir dans la formation initiale et continue des professionnels de la santé par l'intermédiaire de patients partenaires profil formateur fait donc partie de cette stratégie écosystémique de déploiement de la culture et des pratiques de partenariat dans les soins.

⁴ Université de Montréal. Direction collaboration et partenariat patient (DCPP). (2019). Module 101 : « Fondements du partenariat avec les patients ». [Formation]. Montréal : DCPP.

III. LE PARTENARIAT AVEC LES PATIENTS DANS

L'ENSEIGNEMENT

Bien que le déploiement du modèle de Montréal dans l'enseignement se soit fait dès 2011 au sein du curriculum de formation initiale de l'ensemble des professionnels de la santé de l'Université de Montréal, dans cette section, nous traiterons spécifiquement du déploiement à la faculté de médecine afin de pouvoir capitaliser pleinement sur cette expérience, dans toute sa granularité.

a) Une vision facultaire

La vision des patients et professionnels composant la DCCP à la faculté de médecine de l'Université de Montréal est celle du **médecin partenaire de soins**. Le travail quotidien de recrutement et de formation des patients formateurs ainsi que de formation des duos professionnel-patient ne constitue ainsi pas la finalité de notre travail mais un moyen pédagogique permettant le développement des compétences de partenariat de soins chez ces futurs médecins.

Comme illustré sur le schéma n°2, pour travailler à la concrétisation de cette vision, les membres de la DCCP agissent à la fois au niveau de la gouvernance de la faculté, des activités d'enseignements et

de la production scientifique. Ces actions sont possibles par la constitution et l'opérationnalisation quotidienne de fonctions de soutien relative au recrutement des patients formateurs, à la formation des duos professionnels-patients, à l'évaluation des projets pilotes et à la recherche fondamentale et appliquée.

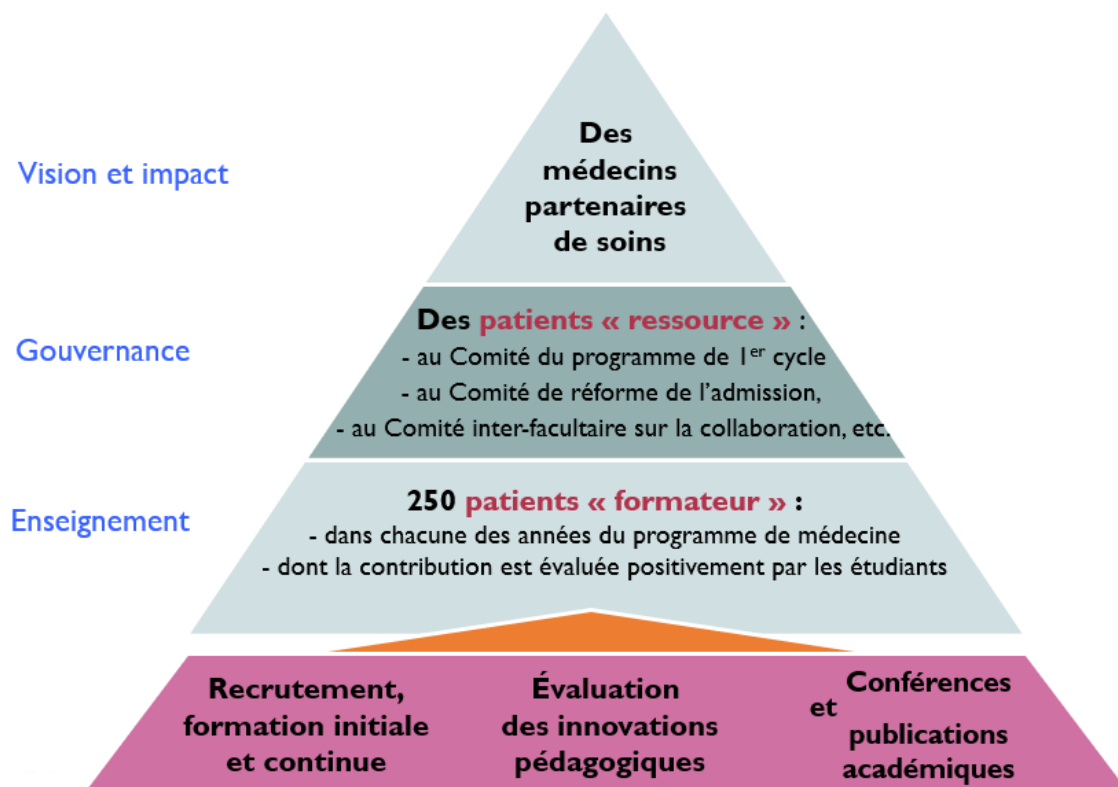


Schéma n°2 : Stratégie de déploiement de la culture et des pratiques de partenariat de soins à la faculté de médecine de l'Université de Montréal.

b) Gouvernance

Pour contribuer à la transformation de la culture et des pratiques d'une organisation, les entités de gouvernance constituent un espace privilégié d'action.

En intervenant au sein de ces espaces de réflexion collective, de consultation des pairs, de partage d'expériences entre les personnes plus ou moins anciennes dans l'organisation mais aussi et surtout des espaces de prise de décision, nous pouvons à la fois **obtenir l'accord d'initier de nouveaux projets, progressivement introduire de nouveaux objets et sujets de discussion légitimes ou encore influencer de manière durable et significative les règles qui structurent l'action au sein de l'organisation.**

Au sein de la faculté de médecine de l'Université de Montréal par exemple, les patients partenaires (profil formateur, ressource et chercheur) de la DCPD participent au comité de programme de médecine (avec le directeur du programme d'études médicales pour notamment évaluer la pertinence des enseignements des quatre premières années de médecine ou encore pour proposer de nouveaux dispositifs d'enseignement), au comité interfacultaire opérationnel (dont les membres élaborent et coordonnent les activités pédagogiques communes entre les différentes facultés des sciences de la santé) ou encore au comité de réforme de l'admission à la résidence (équivalent de l'internat en France et où sont par exemple discutés les modes et critères d'évaluation les plus adéquats pour recruter les futurs médecins).

Cet investissement de temps et d'énergie est parfois remis en question compte tenu de la dimension parfois très opérationnelle

des discussions qui y ont lieu par rapport au niveau stratégique de compétence des membres de la DCPD qui y participent.

Les rencontres durent la plupart du temps entre 1h30 et 3h et il arrive parfois que la fenêtre d'influence pertinente permettant de contribuer au déploiement du partenariat de soins soit de quelques minutes. Les avancées significatives réalisées dans la plupart des organisations où les membres de la DCPD et du CEPPP ont toutefois, pour la majorité d'entre elles, été réalisées au sein de tels contextes.

Dans une telle perspective, il est donc nécessaire d'avoir une vision à moyen et long terme de la transformation des milieux afin de prendre le temps de s'engager au sein d'entités de gouvernance qui permettent à la fois **une meilleure appropriation de la culture du milieu, une familiarisation avec les acteurs stratégiques en présence et surtout des lieux où saisir des opportunités de coopération qui pourront de manière plus ou moins importante, plus ou moins indirecte, contribuer à la mission.** Les résultats de cette stratégie de gouvernance ne sont donc pas linéaires mais par percées successives à travers le temps, au gré des opportunités et collaborations émergentes.

c) Activités d'enseignement

La nature et l'envergure de l'engagement des patients au sein de la formation des professionnels de la santé dépend de la nature et de l'envergure du développement des compétences visées. Impliquer des acteurs standardisés formés par des patients formateurs au sein d'ECOS, faire témoigner un patient sur son expérience de l'annonce d'un diagnostic ou encore faire co-animer un atelier d'éthique clinique par un duo professionnel-patient permet le développement de compétences distinctes et à des degrés distincts. À l'Université de Montréal, nous définissons notamment le type d'engagement à partir de la catégorisation illustrée par le schéma n°3 :

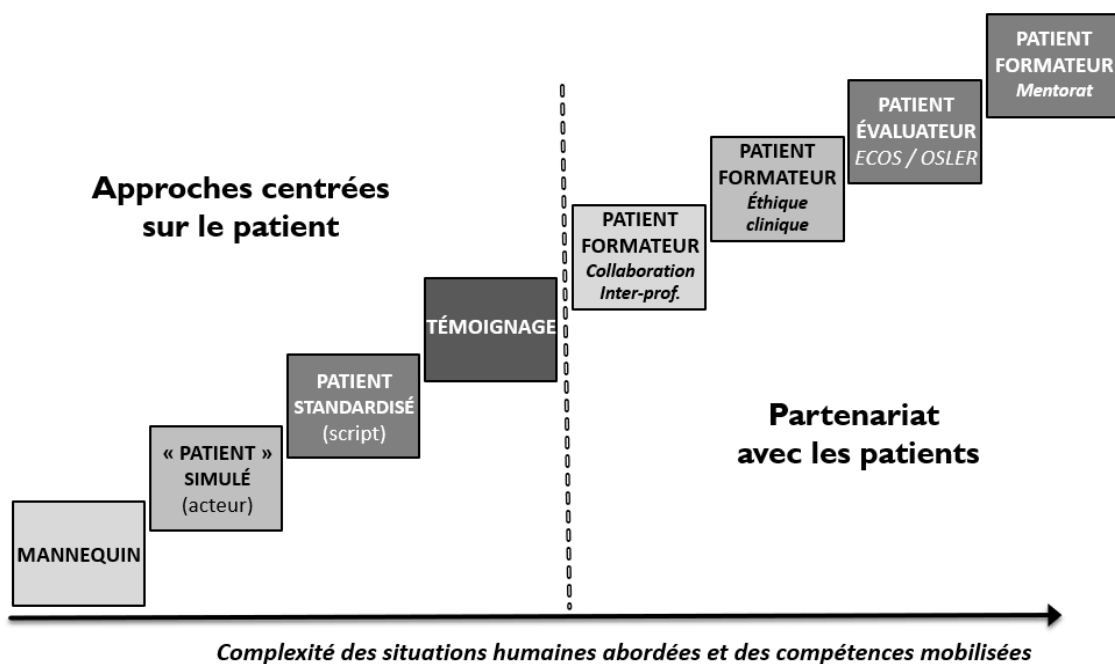


Schéma n°3 : Catégorisation des acteurs impliqués selon les contextes pédagogiques d'implication.

Le recrutement et la formation des patients formateurs dépend de

ce fait du contexte d'engagement et des compétences à développer chez les étudiants. Par exemple, parmi les critères de recrutement utilisés par les membres de la DCP, le degré de recul vis-à-vis de sa maladie ne sera pas évalué de manière également exhaustive selon que le patient formateur aura à faire un témoignage précis, long et détaillé d'un moment affectivement marqué de sa vie avec la maladie ou qu'il aura à co-animer l'élaboration d'un plan d'intervention interprofessionnel d'un patient imaginaire décrit dans une vignette clinique pour une pathologie qui n'est pas directement la sienne.

Aussi, la séparation entre les contextes d'enseignement favorisant une approche centrée sur le patient versus une approche partenariale est plus floue et ambiguë. En effet, la co-construction et la co-animation d'un atelier d'éthique clinique auprès des étudiants de médecine n'annule pas pleinement la probabilité d'incarner ou de véhiculer une approche du soin centrée sur le patient plutôt qu'un partenariat de soins.

Inversement, solliciter un patient formateur pour contribuer à travers un témoignage ne présuppose pas systématiquement l'instrumentalisation du patient formateur aux fins pédagogiques déterminées par le médecin enseignant. Il est possible en effet de co-construire avec un patient formateur l'entièreté de l'activité d'enseignement et que ce témoignage s'intègre adéquatement à

un fil conducteur pédagogique décidé par l'ensemble des partenaires.

Ce que nous avons toutefois appris de nos expériences, c'est que 1) recruter des patients ou proches partenaires de leurs propres soins, 2) les engager le plus en amont possible (dès que la création d'une nouvelle activité d'enseignement ou l'actualisation de l'une de celles existantes est proposée), 3) les former en duo avec les professionnels et 4) les faire contribuer à des réflexions sur des situations humaines complexes (trajectoires de soins, coopération interprofessionnelle, enjeux d'éthique clinique, mentorat des étudiants, etc.) constituent des **facteurs augmentant considérablement la probabilité que soit incarné le partenariat dans le processus et véhiculé une conception du soin caractérisée par la mobilisation complémentaires des savoirs et expériences des professionnels et patients.**

d) Portrait des activités impliquant des patients formateurs

En 2019, voici le portrait des activités de partenariat dans l'enseignement élaborées, implantées et évaluées avec des patients formateurs au sein du curriculum d'études médicales à l'Université de Montréal :

2019 - 2020

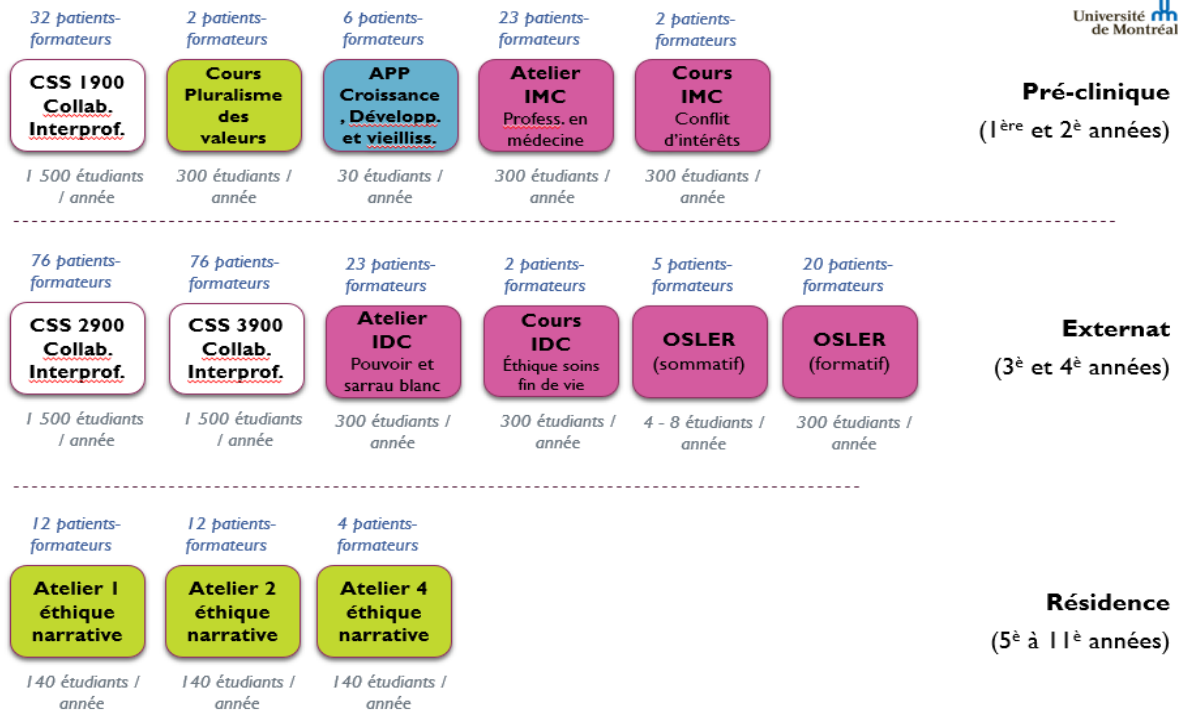


Schéma n°4 : portrait des activités de partenariat dans l'enseignement élaborées, implantées et évaluées avec des patients formateurs au sein du curriculum d'études médicales à l'Université de Montréal.

Ne constituant pas le cœur de cet article, nous décrivons ici seulement succinctement quelques-unes de ces activités pour illustration :

- Cours CSS : ateliers où des duos patient-professionnel de la santé animent une réflexion sur la collaboration interprofessionnelle au sein de groupes de 13 étudiants (un pour chaque discipline des sciences de la santé : pharmacie, médecine, sciences infirmières, etc.).
- OSLER : c'est un examen clinique pratique, standardisé et

intégratif d'environ 30 minutes au sein duquel nous avons remplacé les patients simulés (des acteurs) par des patients formateurs. Les étudiants en médecine de 4^{ème} année doivent accueillir, faire l'anamnèse et ausculter un patient qui ne joue pas un rôle mais incarne un épisode de soin qu'il a réellement vécu. L'étudiant s'isole ensuite pour élaborer un plan de soins qu'il doit proposer au patient. Deux médecins observent et évaluent l'étudiant.

- Ateliers d'éthique clinique : des trios médecins-internes-patients (3^{ème} et 4^{ème} années) ou des duos médecins-patients (5^{ème} à 8^{ème} années) animent au sein de groupes de 10 à 25 étudiants des réflexions sur les enjeux d'éthique clinique auxquels ils font face au quotidien dans leurs stages cliniques dans les différentes spécialités (aide médicale à mourir, consentement, rapports de pouvoir médecin/patient, etc.).

IV. LE CHANGEMENT DE CULTURE A L'UNIVERSITE DE MONTREAL

Près de 10 ans après les premières initiatives de Vincent Dumez et

son équipe à la faculté de médecine de l'Université de Montréal, plusieurs changements significatifs ont eu lieu.

Pour n'en citer que quelques-uns :

- Des usagers participent désormais à la sélection des étudiants en 1^{ère} année de médecine (à travers les MEM – Mini Entrevues Multiples) et bientôt à la sélection des étudiants à la résidence (internat en France).
- Des patients interviennent comme formateurs auprès des futurs (étudiants) et actuels (co-formateurs) médecins.
- Des patients participent à l'évaluation des compétences des futurs médecins.
- Un patient participe au comité de révision des études post-doctorales (équivalent en France de l'internat et où sont traitées les évaluations d'exclusion potentielle d'étudiants ayant d'importantes difficultés en clinique).
- Des patients accompagnent sous forme de mentorat des futurs médecins tout au long de leur formation.
- Des patients co-dirigent des directions de la faculté de médecine.
- Des patients participent aux réflexions et décisions sur la

gouvernance de la faculté (admission, évaluation, agrément, réforme des programmes, gestion budgétaire de la faculté, etc.)

- Des patients co-enseignent un cours de maîtrise recherche en sciences biomédicales.
- Des patients produisent de la littérature scientifique et professionnelle sur le partenariat en enseignement.

V. APPRENTISSAGES PERTINENTS POUR LE DEPLOIEMENT DU PARTENARIAT DANS L'ENSEIGNEMENT EN FRANCE

Après avoir observé des initiatives d'engagement des patients dans d'autres pays, notamment en France et en Suisse, depuis plusieurs mois et avoir assisté à de nombreux colloques regroupant la présentation d'initiatives européennes en la matière, plusieurs constats et pistes d'action nous apparaissent pertinents à partager avec les acteurs de ce déploiement

En voici quelques-uns :

- **Agissez en partenariat le plus en amont possible** : le co-leadership de l'expérimentation et la co-construction de

l'activité pédagogique (les contenus, les séquences d'animation, la méthode pédagogique, etc.) favorisent la dynamique partenariale pendant l'enseignement et la co-responsabilité des résultats. Il arrive en effet régulièrement que des professionnels intéressés par le partenariat nous sollicitent en nous mentionnant qu'ils aimeraient tout d'abord se rencontrer entre professionnels pour circonscrire leur mandat, élaborer une méthodologie de travail et ainsi pouvoir intégrer le ou les patients dans un cadre mieux défini. Bien que l'intention soit rarement malveillante, un tel travail de prédéfinition du cadre et de l'horizon du travail commun à partir des préoccupations et aspirations propres aux professionnels érode significativement les conditions d'une quelconque co-construction par la suite.

- **Adoptez une posture pragmatique :** les premiers projets pilotes d'engagement des patients dans l'enseignement ont été réalisés sans l'aide d'outils formels (pour le recrutement ou la formation des patients par exemple) et avec peu de connaissances dans ce champ. Il est essentiel d'adopter une philosophie de l'action du type *learn-by-doing*, c'est-à-dire une logique d'expérimentation visant à tester dans des conditions sécuritaires (dans un premier temps une initiative de taille restreinte, mobilisant des enseignants qui sont des

leaders pédagogiques et des acteurs du changement qui sont à l'aise avec l'incertitude, etc.) des activités d'enseignement en partenariat. En neuf années d'expérimentation de cette stratégie, notre équipe n'a fait l'expérience d'aucun échec significatif remettant en cause l'élan de déploiement de ces pratiques à l'Université de Montréal. Aujourd'hui, l'utilisation dans d'autres contextes universitaires de cette méthodologie qui a empiriquement fait ses preuves peut réduire considérablement la probabilité d'un échec.

- **Travaillez à la déconstruction des idées reçues les plus courantes sur le partenariat :** une grande partie des initiatives de partenariat sont freinées sur la base d'arguments fallacieux ou incomplets qui illustrent en premier lieu la résistance des approches paternalistes ou centrées sur le patient. Pour contribuer à la remise en question de ces arguments, vous devez développer des argumentaires nuancés, référencés (littérature scientifique) et partagés avec vos collègues sur les questions notamment de représentativité (porte-parole associatif ou représentant des usagers vs. patient formateur), de légitimité (savoirs profanes vs. savoirs scientifiques), d'imputabilité (patient formateur vs. duo patient-professionnel) ou encore de standardisation (acteur vs. patient formateur).

- **Ne subissez pas l'inertie institutionnelle, au contraire, capitaliser dessus** : l'inertie est l'une des caractéristiques les plus communes des institutions et les organisations de formation des professionnels n'y échappent pas. Plutôt que d'attendre que les différents projets de réforme créent un espace dédié au partenariat au sein des curriculums, profitez des ouvertures initiées soit par des enseignants qui veulent revoir leur cours et cherchent de l'aide pédagogique (la contribution de patients formateurs à l'actualisation des contenus et de la structure de l'activité et/ou la possibilité d'une co-animation pourrait être une contrepartie qu'ils sont prêts à concéder), soit par des dispositifs (ex : simulation, ECOS, etc.) ou thématiques d'enseignement émergents ou en croissance (ex : éthique clinique, directives médicales anticipées, soins de fin de vie, etc.) qui constituent des vecteurs pertinents pour le déploiement de la culture et des pratiques du partenariat.
- **Soyez vigilants quant à l'asymétrie d'exigence** : il est fréquent que le degré d'exigence envers les patients formateurs soit significativement plus important que celui envers les professionnels. Leur droit à l'erreur est souvent beaucoup moins élevé et ils portent souvent de manière disproportionnée l'incertitude associée à l'expérimentation.

En tant qu'initiateurs de ces projets, soyez vigilants à cette asymétrie qui constitue un facteur de risque pour la réussite de vos initiatives.

▪ **Revenez toujours à l'argument pédagogique :**

généralement, nous apprécions la présence du patient tant qu'il est d'accord avec le groupe. Cependant, lorsqu'il manifeste un désaccord, le réflexe est trop souvent de délégitimer son intervention en pointant le fait qu'il n'est pas représentatif des autres patients. On peut notamment y voir l'influence de l'épistémologie biomédicale qui voit le patient comme un échantillon d'une population. L'enjeu, c'est qu'il n'est jamais demandé la même chose au médecin. Ce dernier a sa place autour de la table parce qu'on lui reconnaît une expertise, une compétence, pas parce qu'il est représentatif de ses collègues. Il faut donc rappeler régulièrement que le patient est autour de la table pour les mêmes raisons : parce qu'il a une expérience du soin et des compétences propres nécessaires pour le travail qu'ils ont à faire ensemble.

▪ **Visez une saine conflictualité plutôt que le consensus :**

une relation partenariale n'est pas une relation exempte de conflits. Si les patients comme les professionnels s'auto-régulent continuellement en filtrant selon la désirabilité sociale leurs réflexions à partir de ce qu'ils imaginent être une

considération problématique pour l'autre, les décisions prises le seront sur la base de réflexions incomplètes et mèneront à des activités pédagogiques banales où les étudiants percevront rapidement la faible dimension partenariale entre les acteurs. Au contraire, une fois que vous les aurez accompagnés à prendre conscience qu'ils forment une communauté de destin, le terrain sera alors prêt pour la pleine expression de leurs rapports-au-monde respectifs.

Alexandre Berkesse, Philippe Karazivan et Vincent Dumez.

BIBLIOGRAPHIE

Karazivan P., Dumez V., Flora L., Pomey M.-P., Del Grande C., Guadiri S., Fernandez N., Jouet E., Las Vergnas O., Lebel P. (2015), « [The Patient as Partner in Care: Conceptual Grounds for a Necessary Transition](#) », *Academic Medicine*, April 2015 - Volume 90 - N° 4 – pp.437–441.