

L'évaluation de l'éthique médicale des résidents

Lucie BRAZEAU-LAMONTAGNE*

Résumé *Contexte* : L'évaluation est réputée représenter la prochaine étape pédagogique à franchir pour l'éducation en éthique médicale. **But** : Élaborer une stratégie d'évaluation de l'éthique médicale des résidents cohérente avec leur apprentissage. **Modèle** : L'approche dialogique de l'éthique comme compétence clinique fournit un modèle intégrateur pour évaluer l'éthique professionnelle des résidents durant leur formation : la sensibilité éthique identifie les enjeux en présence ; la délibération précise le nœud du dilemme entre deux valeurs en conflit ; l'action témoigne de la décision dans le contexte ; le dialogue révèle les raisons d'agir dans une argumentation convaincante dans les circonstances ; l'environnement donne le contexte et les circonstances qui colorent le cas précis du dilemme et influencent le comportement professionnel adopté. **Application et exemple** : Compétence complexe, transversale, dialogique se construisant tout au long de la formation clinique, l'éthique s'intègre à la formation clinique dans l'exemple fourni. Son évaluation doit être interactive, de médiation humaine, et doit suivre toute la formation. L'évaluation de l'éthique doit être variée : le carnet de stage, les séances d'apprentissage au raisonnement éthique (ARE) et l'observation directe couvrent l'éventail de la réalité clinique dont l'éthique est indissociable. **Conclusion** : Le modèle de l'approche dialogique de l'éthique comme compétence clinique peut guider l'évaluation de l'éthique professionnelle des résidents.

Mots clés Évaluation de l'éthique ; compétence clinique ; formation éthique médicale ; décision médicale ; carnet de stage ; apprentissage au raisonnement éthique (ARE).

Summary *Context*: Evaluation is considered the next step in medical ethics education. **Purpose**: To design medical ethics evaluation in line with postgraduate clinical training. **Model**: The dialogical approach of ethics as clinical competence provides a useful model to evaluate medical ethics of residents during their training. Sensitivity identifies the items at stake. Deliberation peaks in tearing dilemma between two conflicting values. Action spells out decision. Dialogue reveals the reasons of action, i.e. the choice actually made, in a convincing argumentation. **Applied to residents**: An example is given that integrates ethics into the actual training as a complex transversal and dialogical clinical competence learned during the whole medical training. To evaluate medical ethics, assessments should be interactive, humanly mediated and take place during the whole clinical training. It should be integrated to every single clinical rotation evaluation till the final certification. Ethics assessment should be varied ; log, ethical reasoning learning sessions and direct observation cover the spectrum of clinical reality which ethics cannot be disconnected from. **Conclusion**: The dialogical approach of ethics as clinical competence may help in evaluating medical ethics of residents coherently.

Keywords Ethics assessment; clinical competence; medical ethics training; medical decision; logbook; Ethical Reasoning Learning (ERL).

Pédagogie Médicale 2002 ; 3 : 152-158

*Département de Radiologie diagnostique - Centre hospitalier et Faculté de Médecine de l'Université de Sherbrooke - 3001, 12^e avenue Nord - Sherbrooke, Qc - Canada J1H 5N4 - Tél. (819) 346-1110 poste 14985 - Télécopieur : (819) 820-6423
mailto:Lucie.Brazeau.Lamontagne@USherbrooke.ca

Les milieux académiques manifestent de plus en plus d'intérêt pour la formation éthique des médecins de demain. Même si les programmes de médecine consacrent un nombre croissant d'heures au sujet, les façons stratégiques d'évaluer l'apprentissage de l'éthique appartiennent encore au futur¹.

En 2001, Patenaude et coll. ont présenté un modèle dialogique de l'éthique comme compétence clinique². Dans ce modèle, l'éthique imprègne toute l'expertise clinique et constitue un ensemble dynamique de compétences fait de connaissances théoriques (déclaratives), et pratiques (connaissances d'action). Le médecin démontre son éthique professionnelle dans sa pratique quotidienne au service des patients, à l'écoute des influences culturelles et des personnes avec lesquelles il interagit. L'éthique n'est donc pas seulement le jugement de valeur porté sur une situation singulière. L'éthique du libre arbitre plonge dans la réalité de l'action dans un « ici et maintenant » où autrui veut dire le malade et ses proches, le collègue et les intervenants professionnels et sociaux. Ce modèle intégrateur peut inspirer l'évaluation de l'éthique des médecins en formation. Pour y arriver, il faut une évaluation de l'éthique médicale des résidents qui en favorise l'apprentissage ; nous illustrons cette stratégie par un exemple.

Contexte

Les études médicales de la résidence (ou de l'internat) sont consacrées à l'apprentissage clinique qui aboutit au permis d'exercice autonome de la médecine*. Les apprentissages sont évalués durant les stages cliniques. Le milieu de formation est celui de la pratique clinique réelle, surtout hospitalo-universitaire, parfois en cabinet ou en clinique affiliée à un programme universitaire d'enseignement.

L'éthique figure en rubrique distincte aux formulaires d'évaluation clinique des résidents (internes) que les médecins enseignants doivent remplir. Pourtant la manière d'en tenir compte n'est pas explicitée. Ainsi ni le projet européen d'enseignement de l'éthique biomédicale³ ni le projet canadien d'éducation des médecins spécialistes du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) ne font mention d'un système d'évaluation de l'éthique médicale⁴.

Méthode

Le modèle de l'approche dialogique de l'éthique comme compétence clinique. Le but d'une formation en éthique médicale durant la résidence est l'acquisition de compétences durables grâce auxquelles le médecin certifié discerne et choisit avec expertise, constance et intégrité le mieux-être du patient dans l'exercice de sa profession. Le médecin fait preuve d'éthique professionnelle non seulement dans ses rapports avec les patients et leurs proches mais aussi avec les collègues, les institutions et la société.

Le modèle proposé comporte 5 mots-clés : sensibilité éthique, délibération, décision-action, dialogue et environnement. Aux quatre phases de la démarche éthique que Legault⁵ a décrite, le modèle ajoute la prise en compte de l'environnement.

La sensibilité éthique

Elle aperçoit les enjeux dans la pratique. C'est elle qui permet aux gens, même non avertis, de ressentir un malaise (petit ou gros) devant une situation, de prendre conscience de la situation et de reconnaître qu'il y a dilemme. La sensibilité éthique serait à l'identification des enjeux d'un cas précis, ce que l'acuité visuelle est à la perception de tel objet. L'évaluation de la sensibilité éthique passe par l'évaluation de l'identification des enjeux en pratique.

La délibération

Elle prend la forme d'un inventaire critique et réfléchi de la situation. Elle fait le tour des données probantes, des consignes légales, des facteurs psychologiques, économiques et socioculturels que les sciences humaines explorent. Elle dépasse les réactions spontanées ; elle creuse les dimensions du problème. Appelée « la sagesse de l'expérience », c'est ce que recherche la consultation d'un collègue estimé pour son discernement.

La décision

Ce qui permet de dire que la délibération est terminée et que la décision est effective, c'est l'action. L'action exprime la décision ; la décision signe le geste profes-

* L'externat aussi se consacre à l'apprentissage clinique mais il n'aboutit pas au permis d'exercice autonome de la médecine.

Concepts et Innovations

sionnel responsable. L'action toute seule ne dit pas les raisons d'agir. La succession des actions peut prendre un sens qui trahisse des raisons d'agir incohérentes avec les propos de l'acteur.

Le dialogue

Il traverse toutes les compétences éthiques du médecin, à condition que le médecin tienne compte d'autrui « personne entière » et pas seulement « individu physique ». Le médecin interagit avec les personnes malades et leurs proches, avec des collègues, avec des intervenants institutionnels et sociaux qui sont des personnes individuelles ou collectives. La conception que le médecin se fait de la personne, objet d'étude ou sujet d'inquiétude ou les deux, détermine s'il peut y avoir dialogue ou non. La conception de la personne (l'anthropologie fondatrice des philosophes) se dévoile dans le dialogue. Refuser le dialogue pour garder secrète sa conception de la personne trahit le peu de cas fait de cette personne.

L'environnement

Sans être une compétence en soi, l'environnement est un puissant modulateur du comportement professionnel. L'environnement impose des contraintes multiples. Dans l'univers hospitalo-universitaire comme dans tous les univers, l'environnement dicte un code « pour initiés seulement ». Les Américains parlent de « *hidden curriculum*⁶ » pour décrire l'influence environnementale qu'ils ont observée dans leurs travaux auprès des étudiants en médecine où ils ont remarqué qu'entre le discours et l'agir, les gestes des enseignants sont les plus forts. Mais l'idée n'est pas récente ; elle se devine dans le vieil exemple de grammaire latine : « *Exempla trahunt* ». Les gestes peuvent être dictés par des mœurs de groupe, voire de société.

Notre modèle à 5 mots-clés est général. Dans ce qui suit, nous l'adaptions au contexte de la résidence.

Le modèle appliqué aux résidents

La sensibilité éthique du résident

Satterwhite et coll. ont montré qu'elle s'aiguise ou s'érode au gré des expériences des stages cliniques⁷, donc qu'elle est « éduicable ». D'après notre modèle, elle s'évalue *via* l'identification des enjeux en cause

dans la pratique clinique réelle : capter l'impératif d'agir ici et maintenant ; reconnaître les personnes et les groupes impliqués ; pressentir les conséquences d'agir ou d'omettre ; situer le geste spontané par rapport aux différentes normes professionnelles, légales et culturelles pertinentes. Cette exploration de la sensibilité éthique du résident passe par la parole. Or, elle n'est pas confinée aux concepts ; le cas clinique concret où le résident s'implique en fournit le contexte authentique. Pour évaluer la sensibilité éthique d'un résident, il faut savoir ce qu'il identifie comme dilemme dans sa pratique à lui. Sensibilité éthique et compétence à identifier les enjeux éthiques sont pratiquement indissociables aux fins de l'évaluation. C'est le recueil des données éthiques.

La délibération éthique du résident

Interpellé par un cas réel, le résident délibère en faisant le tour des raisons qui le convainquent d'agir. Envisager les conséquences, favorables ou non, éclaire ses vraies raisons d'agir. Pour évaluer la délibération éthique du résident, il faut l'écouter « faire le tour de la question » et exposer clairement et sans complaisance le nœud du dilemme. Il faut l'écouter préciser les valeurs entre lesquelles il veut trancher. Selon le cas clinique réel, cette délibération est construite à l'avance, pour savoir quoi faire en urgence, ou bien elle critique le geste posé. Ou encore la délibération s'élabore pendant que le cas est pris en charge. C'est l'analyse des données éthiques.

La décision éthique du résident

Étape cruciale où le résident résout le dilemme éthique posé par la situation clinique, la décision-action comprend le geste clinique lui-même et la manière de le poser en atténuant les effets du sacrifice que le choix impose. Pour évaluer la décision-action du résident, il faut le regarder agir. Pour évaluer ses raisons d'agir, il faut lui donner l'occasion d'élaborer ses arguments et d'en parler avec lui. Les raisons d'agir et l'action sont à l'éthique ce que le diagnostic et le traitement sont à la démarche clinique.

Le dialogue du résident

Durant l'inventaire de la situation, ainsi que durant la délibération et la décision-action, le résident entre en

relation avec des personnes impliquées dans le dilemme éthique qui l'occupe. Le patient, les proches du patient, les collègues, les groupes et les institutions sont ses interlocuteurs lors des soins qu'il prodigue à ce patient. Au regard de l'une ou l'autre de ces parties, les raisons d'agir que le résident a retenues pratiquement doivent se révéler raisonnables et convaincantes (« avoir du bon sens »). Pour évaluer le dialogue du résident, il faut l'écouter présenter les motifs de sa décision et l'écouter tenir compte de ce que disent les parties. Ainsi, il faut le voir « coélaborer le sens de sa décision⁵ ». C'est la poursuite de l'investigation éthique.

L'environnement du résident

Institutions, composantes sociétales, lois et normes, ressources matérielles et humaines font partie des éléments auxquels le résident est sensible ; il en tient compte et dans sa délibération, et dans sa décision et dans le dialogue où il épanouit le sens de sa décision. L'évaluation consiste à voir si le résident le fait de façon complète, impartiale et pertinente⁸ : sait-il adapter son plan sans mettre son choix de valeur en péril ?

Exemple d'application

L'évaluation de l'éthique des résidents exige de leur laisser la parole pour qu'ils exposent les enjeux qu'ils identifient dans leur pratique, la délibération qu'elle leur inspire et les actions qu'ils posent. Il leur faut un espace dialogique pour élaborer le sens de leur décision. Il faut enfin les voir agir. L'exemple exige un acteur. Ce sera Pablo, un résident au début de la 4^e de ses 5 années de radiologie, au CHU de Sherbrooke. L'exemple exige de choisir des outils d'évaluation. Ce seront le carnet de stage, les séances d'apprentissage au raisonnement éthique (ARE) et l'observation directe.

Le carnet de stage

Le carnet de stage proposé ici est apparenté à celui qui est utilisé pendant la première année du cours de médecine à Sherbrooke pour le stage d'immersion clinique⁹. Le carnet de stage ressemble aussi au « portfolio » de l'apprenti sculpteur qui garde des exemples de ses croquis antérieurs et y revient pour approfondir un concept créateur. Le carnet de stage que nous proposons emprunte également au journal de bord : il garde

trace du contexte réel et de la démarche d'argumentation que le résident a vécus¹⁰. Il sert à se rappeler et structurer les dialogues où le résident apprend et se forme. Le carnet collige les influences sur les élaborations du sens des décisions de même que les modifications critiques et réfléchies qui façonnent le discernement professionnel. Le carnet, rédigé tout le long de la résidence, permet de suivre le progrès des compétences éthiques du résident.

Exemple du carnet de stage de Pablo.

Au début de sa résidence, Pablo a reçu un carnet de stage « éthique » de la radiologie qui ne comportait que 4 grands titres : le consentement, la confidentialité, les enjeux de fin de vie et l'allocation des ressources et une 1^{re} référence¹¹. Il a reçu comme consigne de colliger sous chaque grand titre au moins un cas illustrant un dilemme qu'il a rencontré réellement dans sa pratique de résident de radiologie. Voici les quelques notes qu'il vient d'inscrire sous « confidentialité ».

*Hier, juste avant 12 h 00, je terminais ma dernière échographie de l'avant-midi. J'avais mis beaucoup de temps à faire cette échographie, parlant avec la dame, lui précisant que j'étais résident. Elle était farcie de métastases hépatiques. Elle venait pour le savoir. Elle lutte contre le cancer du sein depuis 2 ans. J'ai rapporté mon examen à mon patron, déjà en retard. Il confirme en maniant la sonde lui-même, m'entraîne hors de la salle, me dit de dicter le rapport comme je le lui ai rapporté et me quitte sur-le-champ. En retournant pour le dicter, M^{me} *** m'attend avec son mari, avocat. Elle me demande ses résultats. Je lui dis que le médecin qui a demandé l'examen va recevoir le rapport d'ici deux jours au maximum. Or elle m'informe qu'il est absent pour 2 semaines. Mon « mutisme » a plongé cette patiente et son mari dans un désarroi total. M^{me} *** me dit que le médecin qui a demandé l'échographie n'est pas son médecin de famille, qu'elle ne voit pas pourquoi elle ne pourrait être informée par moi qui l'ai vue plus longtemps que ce médecin demandeur. J'opte pour son médecin de famille et la quitte pour lui téléphoner. Je tombe sur la fille du médecin qui attend son père, le cabinet étant fermé pour tout l'après-midi... je ne savais pas quoi faire.*

Moins je parlais, plus la patiente et son mari étaient convaincus que l'écho était positive...

À démêler : le droit à l'information et le respect de la confidentialité.

Les séances d'apprentissage au raisonnement éthique (ARE)

Le volet discussion-dialogue représente une composante essentielle et, à ce titre, il requiert un espace et un temps dédiés. Durant les stages cliniques, les temps pour débattre des enjeux éthiques sont rares. Les séances d'ARE sont inspirées des séances d'apprentissage au raisonnement clinique (ARC)¹². Séances en groupe restreint, elles donnent au résident l'occasion d'interagir avec ses pairs et les médecins enseignants. Le résident y présente ce dont son carnet porte la trace : les raisons de ses décisions ou indécisions qu'il expose dans une argumentation soumise au débat de ses pairs. Ensemble et avec leurs formateurs, les résidents apportent une rétroaction collégiale à leurs pairs et coévaluent le sens donné au geste médical. Les séances d'ARE sont nécessairement interactives ; elles forment le résident au dialogue et fournissent l'occasion de l'évaluer.

Reprenons l'exemple de Pablo. Les séances d'ARE qu'il a eues en groupe au sujet de Mme*** lui ont permis d'explorer les changements annoncés au code de déontologie des médecins au Québec en matière de confidentialité et de droit à l'information. Il croyait que les obligations d'informer le malade ne touchaient que le médecin traitant et a découvert que le code de déontologie des médecins touche tous les médecins, sans distinction, même les médecins résidents.

Durant les discussions, sa collègue Geneviève a raconté comment elle a vécu le doute diagnostique l'an dernier en attendant le verdict des investigations puis de la chirurgie pour son nodule thyroïdien. Le médecin enseignant a souligné les définitions changeantes du médecin traitant selon qu'on parle au médecin en cabinet ou au médecin hospitalier. Pablo a ajouté ce qu'il a fait : il avait opté pour chercher un autre interlocuteur que lui car il croyait ainsi protéger Mme***. Mais Mme*** est devenue de plus en plus convaincue de son diagnostic sombre et il ne pouvait pas la reconforter sans se démasquer. De plus, les arguments du mari avocat plaçant le droit à l'information sont devenus de plus en plus véhéments. Au prochain groupe d'ARE, c'est Geneviève qui présentera sur le consentement à une biopsie mammaire, proposée séance tenante à la patiente lors d'une mammographie diagnostique. Pablo s'attend à ce que droit à l'information, confidentialité et médecin traitant reviennent comme notions clés et se ménagent des blancs à compléter alors.

La séance d'ARE est-elle un mode d'apprentissage ou une évaluation ? Tout comme les séances de laboratoire mettent en pratique ET en évidence ce que sait l'apprenti pour agir, les séances d'ARE sont un apprentissage ET une évaluation. Quelle évaluation ? L'évaluation authentique à laquelle réfère Jouquan¹³. La même que celle des stages cliniques. Celle qui corrige les maladresses cliniques, qui accompagne les démarches cliniques, qui supporte les apprentissages cliniques, qui interroge les raisons d'agir, qui fait les liens entre l'expérience clinique et les notions théoriques. Celle qui aperçoit les dilemmes et tente de les résoudre. L'évaluation des AREs est formative. Rien n'empêche qu'une séance d'ARE soit artificiellement dépouillée de son levier formateur et soit décrétee seulement évaluative pour des fins de certification.

L'observation directe

Durant les stages cliniques, l'observation directe permet d'évaluer le résident dans l'action réelle. Quand l'enseignant clinique remplit un formulaire d'évaluation au terme d'un stage, il résume, au meilleur de son souvenir, les différents épisodes de soin dont il a été témoin, lui-même et/ou ses collaborateurs. Il se sert de chaque épisode de soin pour valider que le résident a construit son expertise professionnelle ; il fait la synthèse de son évaluation du résident. Tout au long du stage, l'enseignant clinique a veillé à ce que les mêmes épisodes de soins prodigués servent à l'apprentissage de cette expertise. Formation et évaluation. Les deux en même temps.

L'observation directe peut porter sur une situation clinique réelle ou simulée. La situation clinique réelle implique un vrai patient. Le colloque singulier se transforme alors en triangle. Les raisons d'agir ne sont pas nécessairement évidentes dans les gestes posés ou omis. Par conséquent, même en situation d'observation clinique, l'évaluation de l'éthique du résident devra tenir compte des raisons de la décision prise, ce qui peut rarement se faire en présence du patient. L'ARE le permet. L'observation directe porte aussi sur d'autres activités professionnelles réelles, comme la participation à un comité d'éthique clinique¹⁴, à l'évaluation de la qualité professionnelle¹.

Reprenons l'exemple de Pablo. Le patron superviseur de l'échographie n'a pas pu observer directement l'éthique de Pablo en matière de confidentialité étant parti du service avant le résultat.

Il n'a pas pu évaluer les raisons d'agir de Pablo car il n'était pas là quand Pablo les a exposées à la séance d'ARE. La prochaine fois, si le patron doit encore partir prématurément, Pablo devra décider s'il retient comme modèle pour sa pratique future l'exemple de ce superviseur ou s'il opte pour ce qu'il a inscrit dans son carnet après la séance d'ARE (1• tous les médecins ont le devoir de porter secours au malade aux prises avec une mauvaise nouvelle, peu importe que ce soit par révélation ou déduction ; 2• le silence peut être aussi révélateur que la parole ; 3• respecter un malade, c'est aussi honorer ses demandes d'information). Les facteurs de l'environnement (la salle d'attente pleine, le patron qui évite les questions des patients, la colère d'un médecin demandeur qui réclame le monopole de réponse à ses patients) font partie de l'environnement modulateur de son comportement professionnel, Pablo le sait...

Le tableau 1 résume l'évaluation de l'éthique médicale. Le résident témoigne de sa sensibilité éthique dans le recueil des données qu'il retient pour analyse, réflexion et débat. L'environnement pose la situation et se retrouve partout où le résident compose avec les contraintes formelles et informelles. Ce tableau n'aborde que l'évaluation de l'éthique médicale du résident. Pas plus que notre travail, il n'aborde le contenu spécifique du programme d'éthique médicale de chaque résidence ni l'évaluation de ce programme,

ni l'expertise des médecins enseignants. Quoiqu'ils soient des sujets incontournables en matière d'apprentissage de l'éthique médicale, ils dépassent les limites du présent article.

Conclusion

Selon le modèle dialogique de l'éthique comme compétence clinique, l'évaluation de l'éthique médicale doit découler directement des tâches qui sont confiées au résident dans la pyramide clinique. L'évaluation de l'éthique doit suivre les apprentissages éthiques que le résident fait durant toute sa formation, à mesure qu'il construit son expertise médicale. L'éthique professionnelle comporte le geste et la parole, parole dite, parole écoutée, parole partagée. L'évaluation de l'éthique des résidents doit porter sur l'ensemble de ce complexe qui anime toute leur formation clinique.

Remerciements

Ce travail n'aurait pas été possible sans le privilège d'un congé sabbatique accordé par l'Université de Sherbrooke et dont le département de radiologie diagnostique a fourni les conditions matérielles. Nos remerciements vont aussi à Jacques Barrier, à Michelle Dionne, à Marie-Annick Emmery, à Gloria Jeliü et à Albert Lamontagne pour leurs précieux commentaires et leur inestimable soutien.

Tableau 1 : Évaluation de l'éthique médicale des résidents

| | | |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Carnet de stage | Identification Délibération Décision-action Dialogue | Décrire les enjeux de la situation Clarifier le nœud du dilemme Écrire la solution rationnelle du dilemme Écrire les résultats du dialogue |
| Séances d'ARE | Identification Délibération Décision-action Dialogue | Partager les enjeux de la situation Exposer le nœud du dilemme Exposer les arguments de la décision-action Co-élaborer le sens de la décision avec les collègues |
| Observation clinique | Recueil des données Analyse des données Diagnostic et plan de soins Dialogue | Partager les enjeux de la situation Clarifier le nœud du dilemme Diagnostiquer, traiter, soigner Établir le consensus des personnes |

Références

1. Hope T. *Ethics and law for medical students : the core curriculum.* *J Med Ethics* 1998 ; 24 : 147-148.
2. Patenaude J, Lambert C, Dionne M, Marcoux H, Jeliu G, Brazeau-Lamontagne L. *L'éthique comme compétence clinique : modélisation d'une approche dialogique.* *Pédagogie Médicale* 2001 ; 2 : 71-79.
3. Dickenson DL, Parker MJ. *The european biomedical ethics practioner education project : an experiential approach to philosophy and ethics inhealth care education.* *Medicine, Health Care and Philosophy* 1999 ; 2 : 231-237.
4. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Projet canadien d'éducation des médecins spécialistes. Compétences pour le nouveau millénaire : rapport du groupe de travail sur les besoins sociétaux Can MEDs 2000, 1996 (www.rcpsc.medical.org)*
5. Legault GA. *Professionnalisme et délibération éthique.* Presses de l'Université du Québec. Québec 1999.
6. Hafferty FW, Franks R. *The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education.* *Acad. Med.* 1994 ; 69 : 861-871.
7. Satterwhite RC, Satterwhite III WM, Enarson C. *An ethical paradox : the effect of unethical conduct on medical students' values.* *Journal of Medical Ethics* 2000 ; 26 : 462-465.
8. Brazeau-Lamontagne L, Legault GA. *Consent : radiologists' dilemma about contrast media.* *Can Assoc Radiol J* 1993 ; 44 : 90-92.
9. DesMarchais J. *Apprendre à devenir médecin.* Université de Sherbrooke : Canada. 1996.
10. Sanders M. *The forgotten curriculum: an argument for medical ethcics education.* *JAMA* 1995 ; 274 : 768-769.
11. Armstrong JD. *Morality, Ethics, and Radiologists' Responsibilities.* 1999. *AJR ; August 1999, 279-284.*
12. Chamberland M, Hivon R, Tardif J, Bédard D. *Évolution du raisonnement clinique au cours d'un stage d'externat : une étude exploratoire.* *Pédagogie médicale* 2001 ; 2 : 9-17.
13. Jouquan J. *L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale.* *Pédagogie Médicale* 2001 ; 2 : 38-52.
14. Llorca G. *Rôles des comités d'éthique dans la formation médicale.* *Pédagogie Médicale* 2001 ; 2 : 157-162.